

Bericht zur Drogensituation 2012

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

Bericht zur Drogensituation 2012

Autorinnen/Autoren:

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

Unter Mitarbeit von:

Hans Kerschbaum
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung BMG:

Johanna Schopper

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Oktober 2012

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

ISBN 978-3-85159-170-5

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 2011/12. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Stationäre Suchtbehandlung in Österreich“ sowie „Drogenpolitik in Großstädten“ gewählt wurden.

Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Politischer und organisatorischer Rahmen

2012 ist mit dem „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ (NPSG) eine umfassende Regelung in Kraft getreten, mit der die Verbreitung von *Research Chemicals* und anderen (neuen) psychoaktiven Substanzen sowie die mit ihrem Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden sollen. Neue suchtpolitische Grundlagen wurden in der Steiermark („Die neue Steirische Suchtpolitik“) und in Tirol („Tiroler Suchtkonzept 2012“) beschlossen. In Salzburg wurde die Evaluation der in den bisherigen Konzepten empfohlenen Maßnahmen abgeschlossen, auf dieser Basis soll nun das Drogenhilfesystem (inklusive Suchtprävention) weiterentwickelt werden. Wie bereits in den neuen/aktualisierten Suchtkonzepten der letzten Jahre beziehen sich auch die hier erwähnten sowie die Salzburger Bemühungen sowohl auf stoffgebundenes als auch auf stoffungebundenes Suchtverhalten.

Drogenkonsum in der Bevölkerung

Zur Einschätzung der Drogensituation können bezüglich des Cannabiskonsums bei Jugendlichen neue Ergebnisse der HBSC-Studie (2010) herangezogen werden. 31 Prozent der 17-jährigen Burschen und 27 Prozent der 17-jährigen Mädchen haben bereits einmal in ihrem Leben Cannabis probiert. Diese Konsumerfahrungen beschränken sich meist auf eine kurze Probierphase, wie der Vergleich des Lebenszeitkonsums mit dem Konsum in den letzten dreißig Tagen zeigt. Die ermittelten Konsumzahlen liegen etwas niedriger als in der ESPAD-Befragung 2008, diese Diskrepanz dürfte aber in erster Linie auf Unterschiede im Erhebungsdesign zurückzuführen sein. Szenebefragungen geben Hinweise auf eine gewisse Bedeutung neuer psychoaktiver Substanzen (*Legal Highs* und *Research Chemicals*) in der Partyszene.

Suchtprävention

Das Thema Kindergesundheit rückte in den letzten Jahren in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Aktivitäten, ein Kindergesundheitsdialog wurde geführt und eine Kindergesundheitsstrategie entwickelt. Dies trägt zu einer anderen Wahrnehmung des Themas in der Bevölkerung sowie in anderen Politikbereichen bei und erhöht die Chancen auf Umsetzung umfassender Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In der Suchtprävention, häufig ein Bestandteil gesundheitsfördernder Maßnahmen, wurden im Berichtszeitraum in erster Linie bestehende Maßnahmen/Programme/Projekte weitergeführt und weiterentwickelt.

Problematischer Drogenkonsum

Mit der Aufnahme des Routinebetriebs von *eSuchtmittel* (Umstellung der Datenerfassung hinsichtlich Substitutionsbehandlungen, Begutachtungen nach § 12 SMG und suchtgiftbezogener Todesfälle auf Onlinebasis inklusive umfangreicher Qualitätssicherungsmaßnahmen) im Frühjahr 2011 hat sich die Datenqualität des für die Schätzung des problematischen Drogenkonsums wichtigen Registers der Substitutionsbehandlungen stark verbessert (Vollständigkeit der Meldungen, Eliminierung des Ghost-Case-Fehlers). Aktuelle Schätzungen für 2010 und 2011 lassen eine Prävalenzrate von 29.500 bis 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum (in Österreich in erster Linie polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten) plausibel erscheinen. Etwa die Hälfte dieser Personen konsumiert Opiate intravenös. Die Schätzungen ergeben bezüglich der letzten Jahre eine stabile Situation. Im Rahmen von *eSuchtmittel* können für 2011 auch erstmals valide Aussagen zu den Leitdrogen der nach § 12 SMG begutachteten Personen gemacht werden. Die beiden häufigsten Leitdrogen sind – in Einklang mit den Daten aus dem Behandlungsbereich – Cannabis und Opiate. Es zeigt sich, dass insbesondere bei Cannabiskonsum der Bedarf einer gesundheitsbezogenen Maßnahme von den Gesundheitsbehörden regional stark unterschiedlich beurteilt wird.

Drogenbezogene Behandlungen

Es werden weiterhin Bemühungen zur Verbesserung der Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung gesetzt, z. B. konnten nun auch in NÖ Honorarvereinbarungen zwischen NÖGKK und Ärztekammer NÖ getroffen werden. Im Berichtszeitraum standen in einigen Bezirken etwas mehr Ärztinnen und Ärzte für die Durchführung einer Opioid-Substitutionsbehandlung zur Verfügung als 2011. Zusätzlich werden Maßnahmen zu strukturellen Veränderungen in der Suchthilfe insgesamt gesetzt, so wird im Sinne einer Regionalisierung der Suchthilfe eine Drogenambulanz für die Obersteiermark eingerichtet. Zur Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung wurde eine Leitlinie für den Umgang mit Benzodiazepinen entwickelt und in den mit der

Problematik befassten ärztlichen Berufskreisen verbreitet; außerdem wurde der Entwurf eines Handbuchs für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG zur Begutachtung durch die relevanten Behörden ausgeschickt.

Die aktuellsten Daten aus dem Behandlungsbereich bestätigen, dass Opiate nach wie vor als Leitdroge dominieren und Kokain hier eine untergeordnete Rolle spielt. Cannabis ist nach Opiaten weiterhin die zweithäufigste Leitdroge. 2011 befanden sich 16.782 Personen in Substitutionsbehandlung und somit etwa die Hälfte aller Personen mit problematischem Opiatkonsum. 17 Prozent der Behandelten sind unter 25 Jahre alt und 25 Prozent 40 Jahre oder älter. Die verschriebenen Substitutionsmittel variieren in den Bundesländern.

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. Die Zahlen zu HIV bewegen sich weiterhin auf niedrigem Niveau (je nach Datenquelle 0 % bis 4 %). Allerdings hat sich der Rückgang der Anzahl der in die österreichische HIV-Kohorte aufgenommenen Personen mit Ansteckungsweg i. v. Drogenkonsum der letzten Jahre 2011 nicht fortgesetzt. Die weitere Entwicklung sollte genau beobachtet werden, um einem Anstieg der HIV-Problematik bei Personen mit i. v. Drogenkonsum rechtzeitig entgegenwirken zu können. Einen hohen Stellenwert hat neben der Behandlung der Suchterkrankung (siehe oben) der Spritzentausch und -verkauf zur Verhinderung von Infektionen mit über vier Millionen in drogenspezifischen, meist niederschweligen Einrichtungen verkauften/getauschten Spritzen.

Insgesamt wurden für das Jahr 2011 auf Basis von Obduktionsbefunden 177 tödliche Drogenüberdosierungen¹ verzeichnet. Weitere 24, allerdings nicht obduzierte, Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2011 von 201 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2010: 187 Fälle). Eine Aussage zu kurzfristigen Trends ist nicht möglich. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nach einem erkennbaren Anstieg zwischen 2003 und 2006

1

Suchtgiftbezogene Todesfälle unter Berücksichtigung von Überdosierungen mit Beteiligung neuer psychoaktiver Substanzen.

die Anzahl der tödlichen Überdosierungen in den letzten Jahren nicht zurückgegangen ist. Eine wichtige Grundlage für gezielte Maßnahmen zur Reduktion der Zahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle bietet eine in Wien erstellte Analyse zu Risikoprofilen. Auf Bundesebene wird der Frage nach Barrieren nachgegangen, die eventuell dem Rufen der Rettung bei Drogennotfällen entgegenstehen.

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. Diesbezüglich liegen erste Informationen zur bedarfsorientierten Mindestsicherung vor. Weiterhin lag der Schwerpunkt auf Verbesserungen bei der Vermittlung von geeigneten Arbeitsangeboten und von Angeboten zur Erarbeitung von Zukunftsperspektiven. Daneben werden Aktivitäten zur Freizeitgestaltung angeboten. Neue Wohnangebote sind geplant bzw. stehen bereits zur Verfügung.

Straftaten wegen Drogendelikten

Die Anzahl der suchtgiftbezogenen Anzeigen ist 2011 weiter angestiegen und hat sowohl bei den Vergehens- als auch bei den Verbrechenstatbeständen zugenommen. Die Anzeigen im Zusammenhang mit Heroin und Opiaten sind zurückgegangen, während jene für Cannabis, Amphetamin und Methamphetamin, Ecstasy, Mephedron, suchtgifthältige Medikamente und psychotrope Substanzen bzw. Medikamente angestiegen sind. 2011 sank die Zahl der gemeldeten vorläufigen Anzeigenzurücklegungen, außer im Zusammenhang mit Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen und psychotropen Stoffen, wo es zu einer Erhöhung kam. Die Gesamtanzahl der Verurteilungen hat weiter zugenommen, ist allerdings bezüglich Verbrechen im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Im selben Zeitraum zeigten die Daten für die Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ einen leichten Rückgang. Als problematisch wird von Expertinnen und Experten weiterhin gesehen, dass die Kostentragung durch die Justiz für stationäre Therapie auf sechs Monate beschränkt ist und dass unter Umständen etwaige Folgekosten von den Ländern zu tragen sind.

Drogenmärkte

Bei den Beschlagnahmungen dominiert Cannabis nach wie vor. Im letzten Jahr ist die Anzahl neuer psychoaktiver Substanzen auf dem europäischen Markt weiter stark angestiegen. Im Bereich der Party- bzw. Clubszene spielen diese neuen psychoaktiven Substanzen jedoch eine geringere Rolle als noch im Vorjahr, allerdings sind sie verstärkt als unerwartete Beimengungen in „herkömmlichen“ Substanzen wie Ecstasy,

Speed oder Kokain zu finden. Daten zur Reinheit und Konzentration der in Österreich erhältlichen Substanzen zeigen wie in den vergangenen Jahren eine erhebliche Schwankungsbreite. Von *checkit!* mussten bei den Substanzeanalysen in der Partyszene vermehrt Warnungen wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe der untersuchten Proben ausgesprochen werden, u. a. wegen der Beimengung von PMA/PMMA in Ecstasy, von Levamisol in Kokain und von 4-MA in Speed.

Schwerpunkt „Stationäre Suchtbehandlung in Österreich“

Stationäre Suchtbehandlung bieten in Österreich etliche Einrichtungen mit unterschiedlichen Strukturen und Behandlungsstrategien an. Der Großteil der Einrichtungen ist nach § 15 SMG kundgemacht, erfüllt somit die Qualitätsanforderungen des SMG, arbeitet abstinenzorientiert bzw. abstinenzgestützt und entspricht eher dem Konzept einer stationären Psychotherapie als dem ursprünglichen Konzept der therapeutischen Gemeinschaft. Zunehmende Flexibilisierung, Verkürzung der Behandlungsdauer und Integration verschiedener Suchtformen waren bzw. sind die Trends in der Weiterentwicklung der stationären Suchtbehandlung. Qualitätssicherung ist zwar ein wichtiges Thema und wird mit vielfältigen Methoden umgesetzt, Evaluationen und Studien zu stationärer Suchtbehandlung werden eher selten durchgeführt und publiziert.

Schwerpunkt „Drogenpolitik in Großstädten“

In diesem Kapitel wird die Drogenpolitik Wiens dargestellt, da Wien mit einer Wohnbevölkerung von etwa 1,7 Millionen als einzige Stadt Österreichs das EBDD-Kriterium von mehr als 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern erfüllt. Oberste strategische Leitlinie der Wiener Drogenpolitik ist seit 1999 das „Wiener Drogenkonzept“, das sich auf alle Problemstellungen im Zusammenhang mit den im österreichischen Suchtmittelgesetz geregelten Substanzen konzentriert, aber von der strategischen Ausrichtung her auch den Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen mit einbezieht. Dabei ist die Wiener Drogenpolitik als Querschnittsmaterie integraler Bestandteil kommunalen Handelns und baut auf den vier Säulen Prävention, Beratung/Behandlung/Betreuung, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen / soziale (Re-)Integration sowie öffentlicher Raum/Sicherheit auf. Für die Umsetzung des Wiener Drogenkonzepts, die strategische Ausrichtung der Drogenpolitik und die Organisation des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks in Wien sind der Drogenkoordinator und der Drogenbeauftragte der Stadt Wien verantwortlich. Aktuelle Schlüsselthemen stellen die Eindämmung der missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln und die Eingrenzung des Benzodiazepinkonsums bei Personen in Substitutionsbehandlung dar. Eine wesentliche Rolle kommt auch der Arbeit im öffentlichen Raum zu.

Inhalt

Kurzfassung	III	
Einleitung	1	
TEIL 1: Neue Entwicklungen und Trends		
1	Politischer und organisatorischer Rahmen	5
1.1	Einleitung	5
1.2	Rechtliche Rahmenbedingungen	5
1.3	Politische und administrative Rahmenbedingungen	7
1.4	Budgets und Finanzierungsregelungen	11
2	Drogenkonsum in der Bevölkerung	12
2.1	Einleitung	12
2.2	Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	13
2.3	Drogenkonsum bei Jugendlichen	13
2.4	Drogenkonsum in spezifischen Gruppen	15
3	Suchtprävention	17
3.1	Einleitung	17
3.2	Strukturelle Prävention	18
3.3	Universelle Suchtprävention	21
3.4	Selektive Suchtprävention	24
3.5	Indizierte Suchtprävention	26
3.6	Nationale und lokale Medienkampagnen	27
4	Problematischer Drogenkonsum	28
4.1	Einleitung	28
4.2	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen	29
4.3	Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs	32
4.4	Intensive, regelmäßige, langdauernde und andere problematische Formen des Drogengebrauchs	34
5	Drogenbezogene Behandlungen	35
5.1	Einleitung	35
5.2	Beschreibung, Verfügbarkeit und Qualitätssicherung	36
5.2.1	Strategie/Politik	36
5.2.2	Behandlungssysteme	40
5.3	Zugang zum Behandlungssystem	50
5.3.1	Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen	50
5.3.2	Trends und Anzahl der betreuten Personen	56

6	Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	59
6.1	Einleitung.....	59
6.2	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	60
6.3	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	64
6.4	Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität	66
7	Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	72
7.1	Einleitung.....	72
7.2	Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen	72
7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektions- krankheiten.....	75
7.4	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	77
8	Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration	78
8.1	Einleitung.....	78
8.2	Soziale Problemlagen und Drogengebrauch	79
8.3	Soziale (Re-)Integration.....	81
9	Prävention von Drogendelikten, Straftaten und Haft.....	87
9.1	Einleitung.....	87
9.2	Straftaten wegen Drogendelikten.....	88
9.3	Prävention von Straftaten wegen Drogendelikten	92
9.4	Interventionen im System der Strafjustiz	93
9.5	(Problematischer) Drogenkonsum in Haft.....	97
9.6	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	97
9.7	Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft.....	98
10	Drogenmärkte.....	100
10.1	Einleitung.....	100
10.2	Verfügbarkeit und Angebot von Drogen.....	100
10.3	Sicherstellungen.....	101
10.4	Reinheit und Preis	102

Teil 2: Schwerpunktthemen

11	Stationäre Suchtbehandlung in Österreich	109
11.1	Entwicklung und Rahmenbedingungen	109
11.1.1	Entwicklung stationärer Suchtbehandlung.....	109
11.1.2	Strategien und politische Rahmenbedingungen für stationäre Suchtbehandlung	111
11.2	Verfügbarkeit und Charakteristika	113
11.2.1	Verfügbarkeit stationärer Suchtbehandlung	113
11.2.2	Charakteristika stationärer Suchtbehandlung	117
11.3	Qualitätssicherung	127
11.4	Diskussion und Ausblick	128

12	Drogenpolitik in Großstädten	131
12.1	Funktionen und Verantwortlichkeiten der Großstadt in der Drogenpolitik.....	131
12.2	Fallbeispiel Bundeshauptstadt	135
12.2.1	Schlüsselmerkmale der Drogenpolitik in Wien.....	135
12.2.2	Vier Bereiche der Wiener Drogenpolitik.....	139
12.2.3	Aktuelle Themen in Wien.....	142
	Quellenverzeichnis	145
	Bibliographie	147
	Zitierte Bundesgesetze	157
	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	158
	Datenbanken.....	159
	Websites.....	165
	Anhang A: Tabellen, Karte	175
	Anhang B: Abkürzungsverzeichnis	209
	Anhang C: Standard Tables & Structed Questionnaires	215

Tabellen, Abbildungen und Karten

Tabellen:

Tabelle 5.1	Begutachtungen, begutachtete Personen und angeordnete Maßnahmen in Österreich, 2011	38
Tabelle 6.1:	Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV in Österreich, 2011	63
Tabelle 9.1:	Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie 2002 bis 2011	95
Tabelle 10.1:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2011	105
Tabelle 11.1:	Einrichtungen für stationäre Suchttherapie in Österreich, Status, Plätze und betreute Personen, 2011	115
Tabelle 11.2:	Einrichtungen für stationäre Suchttherapie in Österreich, Zielgruppen, Therapiedauer und –form, 2011	121
Tabelle A1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittel–erfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2011	177
Tabelle A2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittel–erfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2011	178
Tabelle A3:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2002–2011	180
Tabelle A4:	Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2002–2011	180
Tabelle A5:	Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2002–2011	181
Tabelle A6:	Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2011	182
Tabelle A7:	Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2011	183
Tabelle A8:	Entwicklung der Aids–Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2002–2011	184

Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2002–2011	184
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2002–2011	184
Tabelle A11:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2002–2011	185
Tabelle A12:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2011	186
Tabelle A13:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2002–2011	187
Tabelle A14:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2011	187
Tabelle A15:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2011	188
Tabelle A16:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2002–2011	189
Tabelle A17:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/ Suchtmitteln in Österreich, 2002–2011	189
Tabelle A18:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2002–2011	190
Tabelle A19:	Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2002–2011	191
Tabelle A20:	Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2011	192
Tabelle A21:	Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2002–2011	193

Tabelle A22: Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutions- behandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2011	193
Tabelle A23: Personen, die im Jahr 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent	194
Tabelle A24: Personen, die im Jahr 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent.....	195
Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent.....	196
Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent.....	197
Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	198
Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent.....	199
Tabelle A29: Sprizentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote & nach Bundesländern, 2011	199
Tabelle A30: Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO) in Prozent, 2004-2010	200
Tabelle A31: Eigenständig werden, Schuljahr 2011/2012.....	201
Tabelle A32: plus, Schuljahr 2011/2012.....	202
Tabelle A33: movin', 2011	203
Tabelle A34: Bestimmungen der Jugendschutzgesetze der Bundesländer zum Erwerb, Besitz oder Konsum von Alkohol und Tabak- produkten, zum Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten sowie zu für junge Menschen verbotenen Lokalen	204
Tabelle A35: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2010 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen und Geschlecht.....	207

Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich.....	8
Abbildung 2.1:	Konsumerfahrungen mit Cannabis bei 15- und 17-Jährigen nach Geschlecht in Österreich 2010	14
Abbildung 2.2:	Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Substanzen bei Vorarlberger Party-Besucherinnen/-Besuchern 2011	15
Abbildung 2.3:	checkit!: Thematisierte Substanzen bei den Gesprächen je Setting - zweites Halbjahr 2011	16
Abbildung 4.1:	2-Sample-CRC-Schätzungen mit und ohne „Ghost-Case“-Korrektur, 2006 bis 2011, und 2-Sample-CRC-Schätzungen, basierend auf eSuchtmittel	30
Abbildung 4.2:	Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition von nach § 12 SMG begutachteten Personen 2011 nach Bundesland	33
Abbildung 5.1:	Anzahl der Personen, die 2011 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung.....	51
Abbildung 5.2:	Leitdroge(n) der Personen, die 2011 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, in Prozent, nach Art der Betreuung.....	52
Abbildung 5.3:	Leitdroge(n) der Personen, die in Österreich eine drogenspezifische längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, 2006 bis 2011 in Prozent	53
Abbildung 5.4:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2011 in Österreich eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht.....	54
Abbildung 5.5:	Altersstruktur 2011 der in Österreich in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland	55
Abbildung 5.6:	Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2002-2012	56
Abbildung 5.7:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2011	58

Abbildung 5.8:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter	58
Abbildung 6.1:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die angeben, sich über i. v. Drogenkonsum mit HIV infiziert zu haben, nach Alter und Jahren	61
Abbildung 6.2:	HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und ganslwirt 2006–2011	62
Abbildung 6.3:	Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle in Österreich, mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2000 bis 2011	66
Abbildung 6.4:	Prozentanteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2002–2011	69
Abbildung 6.5:	Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich in Prozent, 2002–2011	70
Abbildung 7.1:	Spritzentausch und –verkauf in Österreich, 2005, 2007, 2009 bis 2011	75
Abbildung 9.1:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2002–2011	88
Abbildung 9.2:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2002–2011	89
Abbildung 9.3:	Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 SMG in Österreich, 2002 bis 2011	91
Abbildung 9.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2002 bis 2011	96
Abbildung 9.5:	Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2002–2011	97
Abbildung 10.1:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften und psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2002–2011	102

Karten:

Karte 5.1: Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte, Stand Juni 2012	42
Karte 5.2: Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2012	43
Karte 5.3: Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2012	44
Karte 7.1: Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2012	74
Karte 8.1: Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2012	83
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken	208

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 17. 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 dem Bundesministerium für Gesundheit als nationaler 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 2011). 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 2011c) und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2011 bis Sommer 2012 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2011. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind das die Themen „Stationäre Suchtbehandlung in Österreich“ und „Drogenpolitik in Großstädten“. 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

1.1 Einleitung

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 nationale Suchtstrategie ist im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Vorbereitung. 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-Klassifizierung² 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.

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die bereits im Vorjahr thematisierte umfassende Regelung zu *Research Chemicals* (GÖG/ÖBIG 2011c) wurde im Berichtszeitraum beschlossen, das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl I 2011/146 v. 29. 12. 2011) und eine darauf basierende Verordnung (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung – NPSV, BGBl II 2011/468

²

COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) 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.

v. 30. 12. 2011) sind mit 1. 1. 2012 in Kraft getreten. Die bis dahin geltende Verordnung zu Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten, wurde dadurch obsolet und daher aufgehoben. Das NPSG soll dazu beitragen, die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen und die mit ihrem Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen zu minimieren. Es sieht u. a. Folgendes vor:

- » § 3 Abs 1 ermächtigt den/die Bundesminister/in für Gesundheit, mit Verordnung Substanzen als „Neue Psychoaktive Substanz“ zu bezeichnen, wenn anzunehmen ist, dass diese aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit von Konsumentinnen und Konsumenten besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann.
- » Nach § 3 Abs 2 können mit Verordnung statt der Bezeichnung einzelner Substanzen ganze chemische Substanzgruppen definiert werden, wenn damit den mit der Verbreitung solcher Substanzen verbundenen Gesundheitsgefahren besser vorgebeugt werden kann.
- » Anlage I der Verordnung (NPSV) enthält derzeit sieben einzelne Substanzen, Anlage II definiert neun verschiedene Substanzklassen, und Anlage III enthält zur Veranschaulichung dieser Substanzklassen Beispiele chemischer Strukturformeln.
- » Die in der Verordnung (NPSV) bezeichneten Substanzen dürfen nicht mit dem Vorsatz in Verkehr gebracht werden, dass sie von anderen angewendet werden, um eine psychoaktive Wirkung im menschlichen Körper hervorzurufen. Verstöße sind mit gerichtlicher Strafe (Grunddelikt: Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren) bedroht (§ 4 Abs 1). Zieht eine solche Straftat eine schwere Körperverletzung oder gar den Tod eines Menschen nach sich, drohen ein bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2). Der Besitz oder Konsum der genannten Substanzen ist nicht strafbar.
- » Nach § 5 sind die in der Verordnung angeführten Substanzen auch dann einzuziehen, wenn keine bestimmte Person wegen einer Straftat nach § 4 verfolgt oder verurteilt werden kann. Zoll und – bei Verdacht eines arzneimittelrechtlichen Verstößes – das Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen haben im Rahmen der Prävention für entsprechende Marktbeobachtung, Risikobewertung und Information der relevanten Gesundheitsdienste zu sorgen (§ 8).

Die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) als Koordinatorin des österreichweiten Informations- und Frühwarnsystems über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum wurde mit dem Monitoring neuer psychoaktiver Substanzen im Sinne des NPSG beauftragt sowie mit der Entwicklung eines geeigneten Prozesses für zukünftige Risikobewertungen. Das Monitoring soll v. a. eine Basis für entsprechende Präventionsmaßnahmen bieten, ist aber auch eine wichtige Grundlage für allfällige Risikobewertungen. Im Berichtszeitraum wurden vom Beirat des Informations- und Frühwarnsystems Empfehlungen für den Umgang mit *Research Chemicals* erarbei-

tet, die sich auf eine Verbesserung der Datenbasis, auf präventive Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Behandlung beziehen³.

Ende April 2012 wurden vom BMG Entwürfe für Novellen zur Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung bzw. Suchtgift-Grenzmengenverordnung dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleitet. Die durch die Novellen vorgesehenen Änderungen beziehen sich unter anderem auf:

- » die Erfassung des im Rahmen der Schmerzbehandlung eingesetzten Wirkstoffs Tapentadol als Suchtgift,
- » die Optimierung der Versorgung von Ärztinnen und Ärzten mit Formblättern für die Substitutionsverschreibung,
- » Maßnahmen zur optoelektronischen Identifizierung von als gestohlen oder in Verstoß geraten gemeldeten Suchtgiftvignetten bzw. -rezepten,
- » das Mitführen ordnungsgemäß verschriebener suchtmittelhaltiger Arzneimittel (Anpassung an internationale Richtlinien),
- » die Ermöglichung der ärztlichen Verschreibung von in Europa zugelassenen Fertigarzneimitteln aus Cannabisextrakt sowie
- » die Verschreibung von Benzodiazepinen (vgl. Kap. 5.2.1).

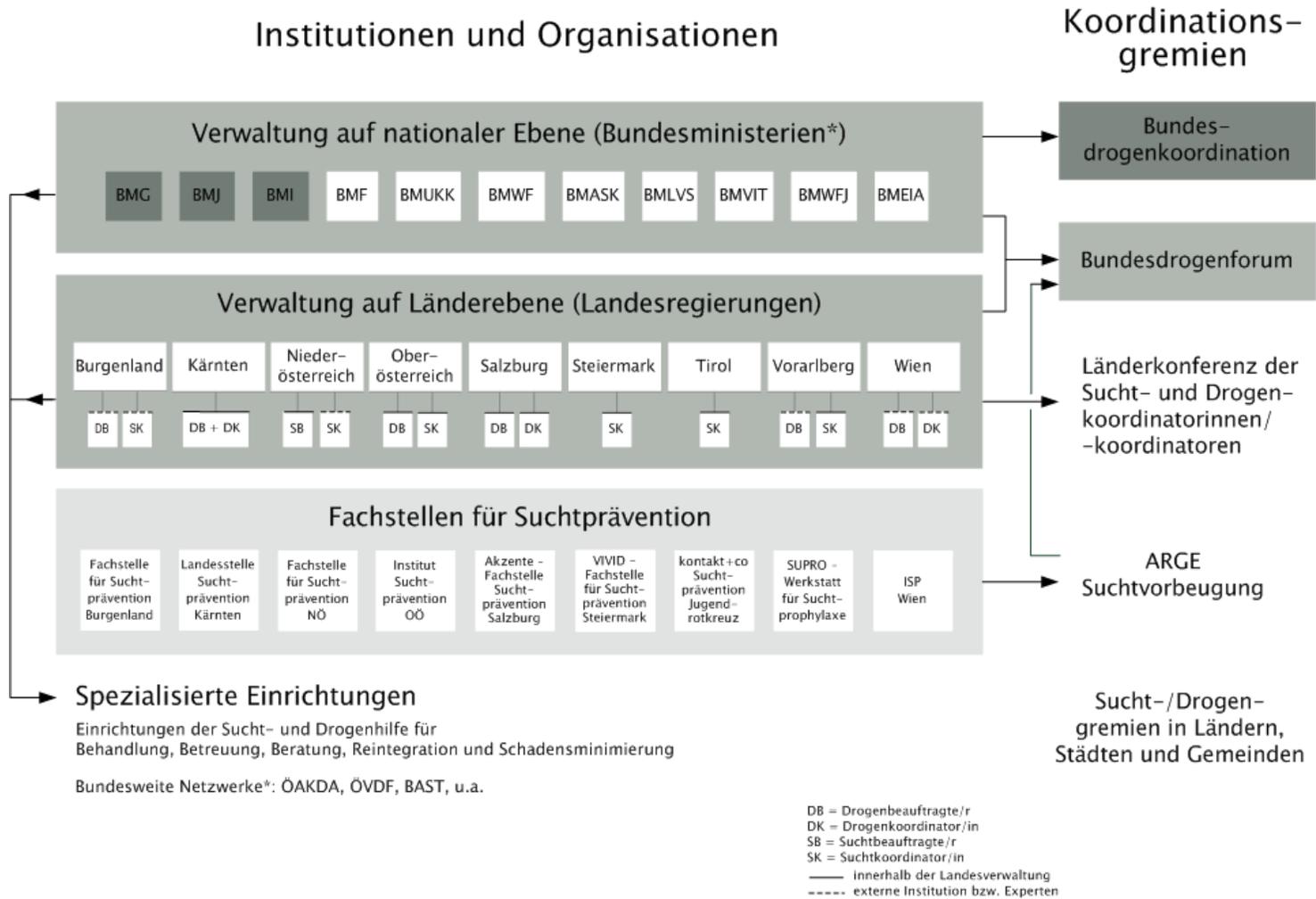
1.3 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten. Das **Bundesdrogenforum** (BDF; vgl. Abb. 1.1) trat im Berichtszeitraum zweimal regulär zusammen (Oktober 2011, April 2012). Im Berichtszeitraum wurde die Geschäftsordnung des BDF aktualisiert. Das BDF wird als ein Koordinierungs- und Beratungsgremium der Bundesdrogenkoordination für die Kooperation mit den Bundesländern neu definiert. Auf der Tagesordnung standen unter anderem erste Erfahrungen mit der eingeschränkten Kostentragung des BMJ für den Bereich Alternativen zur Bestrafung, die weitere Vorgangsweise hinsichtlich des Handbuchs für die Vollziehung des § 12 SMG, die Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei opioidabhängigen Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 5.2.1) sowie die Drogenpolitik in der Tschechischen Republik.

3

Zu finden unter http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Informationen_zu_neuen_pschoaktiven_Substanzen_und_Drogen bzw. <http://forum.goeg.at/ewsforum/>

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



* siehe Abkürzungsverzeichnis

Die Umsetzung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* soll vom neu eingerichteten *Forum Suchtpolitik Steiermark* unterstützt werden (Ederer, p. M.). Dieses Forum stellt eine Plattform aller Einrichtungen dar, die Menschen mit Suchtproblemen betreuen und behandeln, und soll einmal jährlich tagen. Es soll verhindern, dass „Suchtpolitik mit dem legalen Status von Substanzen verknüpft und auf die Finanzierung von Suchthilfe beschränkt“ (Ederer, p. M.) wird. Das bereits bestehende *Drogenfachgremium Steiermark* ist weiterhin das konzeptuell arbeitende Gremium und kann im Auftrag des Landes und des *Forums Suchtpolitik Steiermark* z. B. zu aktuellen Problemstellungen und Fragen Lösungsvorschläge und Diskussionsgrundlagen erarbeiten und zur Entscheidung vorlegen.

In Wien hat im Jänner 2012 die *Suchthilfe Wien (SHW)*, zu hundert Prozent eine Tochter der *Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH*, die Einrichtungen und deren operative Tätigkeiten des früheren *Vereins Wiener Sozialprojekte* übernommen (SDW 2012).

Die **Adaptierung der drogen- bzw. suchtpolitischen Grundlagen** wurden im Berichtszeitraum in der Steiermark und in Tirol abgeschlossen. Im Dezember 2011 wurde die neue Steirische Suchtpolitik vom steirischen Landtag zur Kenntnis genommen, gleichzeitig wurde die Entwicklung von Aktionsplänen zur möglichst raschen und effizienten Umsetzung der darin angeführten Ziele gefordert (Landtag Steiermark 2011a und b). In der neuen Steirischen Suchtpolitik werden folgende Leitlinien formuliert (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011):

- » Orientierung am Schadenspotenzial und an der tatsächlichen Problemlast von Substanzen oder Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial,
- » Prävention durch strukturelle Maßnahmen in allen Politikfeldern,
- » differenzierte Zielgruppenorientierung,
- » inhaltliche Ausweitung der Suchtpolitik auf psychoaktive Medikamente, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen sowie Produkte zur Optimierung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit,
- » Angebotssteuerung,
- » Sicherstellung eines differenzierten und integrierten Hilfsangebots,
- » Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für die Betroffenen,
- » Regionalisierung und wohnortnaher Ausbau der Suchthilfe,
- » evidenzbasierte und aktive Suchtpolitik.

In der neuen steirischen Suchtpolitik wird auch festgehalten, dass von der strukturellen Unterversorgung „alle Behandlungsbereiche (niederschwellig-nachgehend, ambulant und stationär) sowie komplementäre Angebote zur sozialen Integration und Rehabilitation als auch die psychosoziale Grundversorgung“ betroffen sind. Diese Unterversorgung soll gezielt abgebaut werden (vgl. auch Kap. 5.2.1 und 8.3).

Abgesehen von der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* ist der *Regionale Strukturplan Gesundheit Steiermark 2011* relevant, der im Sommer 2011 von der Gesundheitsplattform Steiermark beschlossen wurde und vorsieht, dass die Planung der fachärztlichen Versorgung im Bereich psychosoziale Dienste (die suchtspezifische Angebote inkludieren) erfolgen soll, und zwar nach Vereinheitlichung der Dokumentation und unter Berücksichtigung eines Modellprojekts zur integrierten ambulanten psychiatrischen fachärztlichen Versorgung (Gesundheitsfonds Steiermark 2011). Für diese Planung wurde eine Planungsgruppe eingesetzt, deren Vorschläge bis Herbst 2012 vorliegen sollen (Ederer, p. M.). Mit Hilfe eines offenen und begleiteten Prozesses und unter Einbindung von Fachleuten aus den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen sollen sowohl Praxisnähe als auch größtmögliche Identifikation der Leistungserbringer mit den Planungsaussagen sichergestellt werden.

Das neue *Suchtkonzept 2012* für Tirol wurde im Juli 2012 vom Tiroler Landtag zur Kenntnis genommen (Gstrein, p. M.). Im Gegensatz zu früheren Konzepten bezieht es auch legale Substanzen und substanzungebundene Suchtformen mit ein. Aufbauend auf einer Umfeld-Analyse wurde ein Maßnahmenkatalog erstellt, der in Zusammenarbeit mit der Arbeits- und Steuerungsgruppe des Amtes der Tiroler Landesregierung priorisiert wurde (Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2012). Die vorgeschlagenen Maßnahmen (vgl. auch Kap. 5.2.1 und 8.3) beinhalten:

- » eine Optimierung der Versorgung von Menschen mit problematischem Drogenkonsum in Krisensituationen,
- » Verbesserungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen,
- » Verbesserungen im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie,
- » die Weiterentwicklung der Suchtprävention,
- » eine Optimierung der Angebote im Bereich der Jugenddrogenberatung,
- » eine Optimierung von Wohnangeboten und Arbeitsprojekten für suchtkranke Menschen sowie
- » die flächendeckende Versorgung mit sterilem Injektionsbesteck.

In Salzburg wurde die Evaluation der in den bisherigen Konzepten (Drogenkonzept und Rahmenkonzept für Suchtprävention) empfohlenen Maßnahmen abgeschlossen (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2012). Die Ergebnisse wurden im Sommer 2011 im Drogenpolitischen Beirat diskutiert und dienen nun als Basis für die Weiterentwicklung des Drogenhilfesystems, die Teil der Weiterentwicklung der gesamten psychosozialen Versorgung ist. Als Ziel des Prozesses wurde eine Differenzierung des Systems bei gleichzeitiger Fokussierung von Leistungsangeboten in den einzelnen Handlungsfeldern formuliert. Auch in Salzburg ist eine Ausweitung von Aufgaben und Funktionen des Drogenhilfesystems auf ein Suchthilfesystem vorgesehen. Hinsichtlich der Suchtprävention wird die Notwendigkeit einer Fokussierung auf zielgruppenspezifischere sekundärpräventive Maßnahmen abgeleitet. Dazu sollen in einem ersten Schritt

adäquate Steuerungsinstrumente auf der Ebene von spezifischen Settings der Suchtprävention entwickelt werden, die anschließend die vorgesehenen Maßnahmen inhaltlich umsetzen sollen.

Im Mai 2012 startete die zweite Welle der Delphi-Studie zur Vorbereitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) mit einer Abstimmung hinsichtlich des weiteren Prozesses sowie einiger relevanter im Dokument verwendeter Begriffe auf Basis des vollständig überarbeiteten Ausgangsdokuments.

1.4 Budgets und Finanzierungsregelungen

Für den Berichtszeitraum sind keine Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich zu verzeichnen. Eine Darstellung der Finanzierung drogenspezifischer Behandlungen findet sich in GÖG/ÖBIG 2010a. Zu den öffentlichen Budgets können keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden, da sie großteils nicht drogenspezifisch gegliedert sind.

Informationen zu der durch das Budgetbegleitgesetz 2011 eingeschränkten Kostentragung des BMJ (gemäß § 41 SMG für gesundheitsbezogene Maßnahmen) im Falle einer stationären Therapie auf sechs Monate (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) sowie zur weiteren Kostenentwicklung finden sich in Kap. 9.4. Weitere exemplarische Informationen zur Finanzierung von Suchtbehandlung sind in Kap. 11 zu finden.

Wie im letzten Jahr, wird auch dieses Jahr aus manchen Bundesländern und Fachstellen für Suchtvorbeugung von gekürzten oder eingefrorenen Budgets berichtet, die dazu führen, dass die Aktivitäten auf bereits laufende beschränkt oder diese sogar eingeschränkt werden müssen. In Tirol musste beispielsweise das Projekt *Salute* (hausärztliche Frühintervention mit dem Fokus auf Alkohol) bis auf Weiteres eingestellt werden (Gollner, p. M.). Neue Angebote zu entwickeln und zu etablieren bzw. ein Ausbau der bestehenden ist unter diesen Voraussetzungen nicht möglich. In OÖ trifft das beispielsweise den Ausbau der psychosozialen Versorgung für Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung (Schwarzenbrunner, p. M.).

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.1 Einleitung

Die wichtigsten Datenquellen zum Drogenkonsum in der Bevölkerung stellen die in den Jahren 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 *checkit!* bzw. spezielle Erhebungen 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 dreißig Tagen). Für Aussagen über den 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.

2.2 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung wurden im Berichtszeitraum keine Studien durchgeführt. Die aktuellsten österreichweiten Zahlen stammen aus dem Jahr 2008 (GÖG/ÖBIG 2009b und 2010a).

2.3 Drogenkonsum bei Jugendlichen

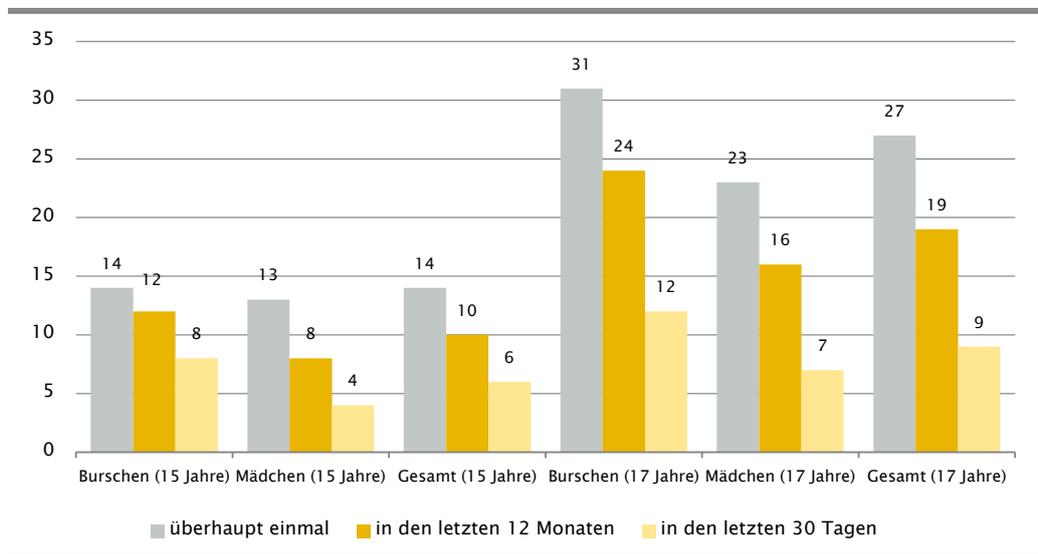
Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen wurden im Berichtszeitraum die Ergebnisse des internationalen WHO-HBSC-Survey 2009/2010⁴ publiziert. Bezüglich illegaler Drogen wird ausschließlich nach Cannabis gefragt. Für die Altersgruppe der 15-Jährigen zeigt sich seit der ersten Erhebung 2001/2002 eine stabile Lebenszeiterfahrung hinsichtlich Cannabis von 14 Prozent (vgl. Tabelle A2 im Anhang A). Insbesondere bei den 17-Jährigen ergibt sich – wie auch in anderen Erhebungen (z. B. ESPAD) – eine höhere Prävalenz der Cannabiserfahrung bei den Burschen als bei den Mädchen (vgl. Abb. 2.1). Insgesamt liegen die Prävalenzzahlen etwas unter jenen der ESPAD-Erhebung 2009 (vgl. Strizek et al. 2008, GÖG/ÖBIG 2010a). Das unterschiedliche Setting der beiden Studien (ESPAD mit Fokus auf Substanzkonsum, HBSC mit Fokus auf Gesundheit) bzw. das unterschiedliche Befragungssetting (ESPAD: externe Befragungsleitung, HBSC: Befragungsleitung durch Lehrende) könnten Ursachen dafür sein.

In der internationalen HBSC-Publikation (Currie et al 2012) werden die 15-Jährigen bezüglich ihres Cannabis-Konsumverhaltens unterschieden als „discontinued users“ (Cannabis jemals konsumiert, aber nicht in den letzten 12 Monaten), „experimenters“ (Cannabiskonsum ein- bis zweimal in den letzten 12 Monaten), „regular users“ (drei- bis 39-mal in den letzten 12 Monaten) und „heavy users“ (40-mal oder öfter in den letzten 12 Monaten).

4

Das WHO-Projekt „Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)“ befasst sich mit dem Gesundheitszustand und -verhalten von Schulkindern und wird in Österreich seit dem Schuljahr 1983/84 regelmäßig durchgeführt. Bei der Befragung im Schuljahr 2009/2010 (die Erhebung in Österreich erfolgte im Jahr 2010) wurde zum vierten Mal nach 2001/02 auch der Cannabiskonsum erhoben. In Österreich wurden insgesamt 6.493 Schülerinnen und Schüler befragt (1.457 11-Jährige, 1.726 13-Jährige, 1.820 15-Jährige und 1.490 17-Jährige). Die Teilnahme an der Studie war freiwillig und anonym. Die Fragebögen inklusive Informationsmaterialien wurden an die Schulen in entsprechender Anzahl verschickt. Die Befragung fand, organisiert von einer Lehrperson, während einer Schulstunde in der Klasse statt. Die Fragebögen werden von den Schülerinnen und Schülern eigenständig ausgefüllt und in Kuverts verschlossen. Die Rücklaufquote 2010 betrug 72 Prozent. Die Fragen zum Cannabiskonsum wurden nur den 15-Jährigen und 17-Jährigen gestellt. Die entsprechenden Fragen lauteten: Hast du jemals [in deinem Leben, in den letzten 12 Monaten, in den letzten 30 Tagen] Cannabis (Haschisch, Marihuana) genommen? Antwortmöglichkeiten waren: nie; 1- bis 2-mal; 2- bis 5-mal; 6- bis 9-mal; 10- bis 19-mal; 20- bis 39-mal und öfter.

Abbildung 2.1:
 Konsumerfahrungen mit Cannabis bei 15- und 17-Jährigen
 in Österreich nach Geschlecht 2010



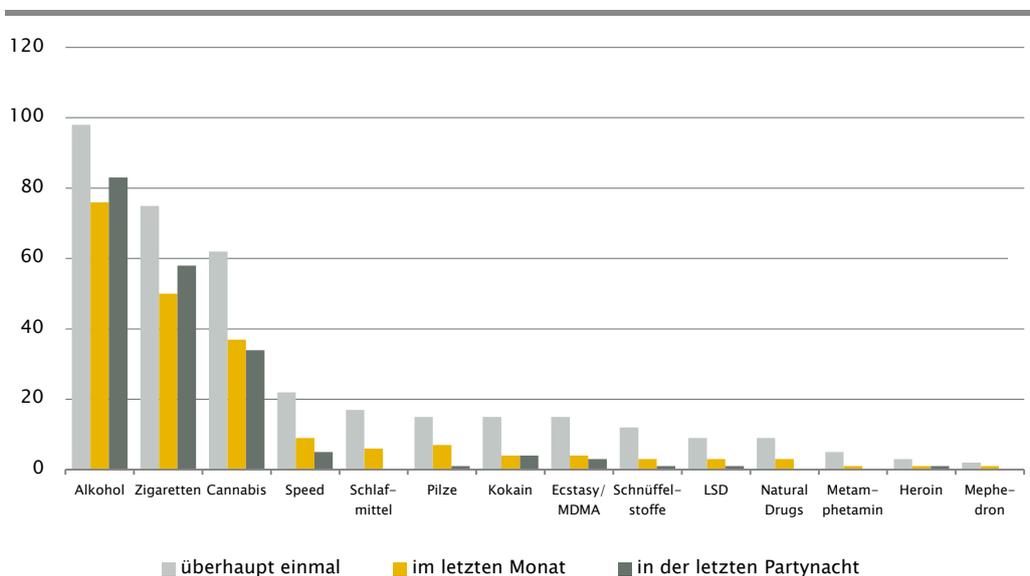
Quelle: Ramelow et al. 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Österreich zählen gemäß dieser Definition 3 Prozent der 15-jährigen Schülerinnen und Schüler zu den „discontinued users“, 4 Prozent zu den „experimenters“, 4 Prozent zu den „regular users“ und 2 Prozent zu den „heavy users“.

2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Aus Vorarlberg liegen Daten vor zum Konsum psychoaktiver Substanzen von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen, die Festivals (z. B. *Freak Wave*, *Woodrock*) oder Partys (z. B. *Poolbar*) besuchen, erhoben im Rahmen der *taktisch klug Eventbetreuung* (Valentin 2012)⁵. Alkohol und Zigaretten sind mit Abstand die am häufigsten konsumierten Substanzen, gefolgt von Cannabis. Speed, Schlafmittel und Pilze haben eine Monatsprävalenz von etwas über fünf Prozent, alle anderen Substanzen liegen darunter (vgl. Abb. 2.2).

Abbildung 2.2:
Konsumerfahrungen mit psychoaktiven Substanzen
bei Vorarlberger Party-Besucherinnen/-Besuchern 2011



Quelle: Valentin 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

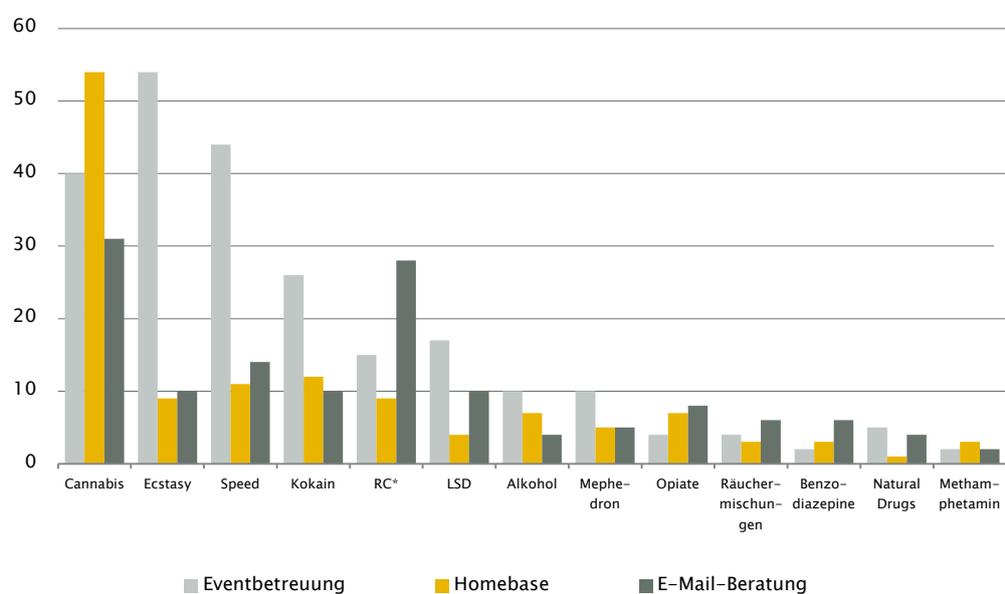
5

Die *taktisch klug Eventbegleitung* als Angebot der offenen Jugendarbeit in Vorarlberg bietet Beratung und Hilfestellung für Veranstalter/innen von Events oder Partys zu den Themenbereichen Drogenkonsum, Gewalt, Sexualität oder Rassismus und ist jährlich auf etwa 50 Events in Vorarlberg vertreten. Im Zeitraum Juni bis September 2011 wurde eine nicht repräsentative Erhebung bei Vorarlberger Partybesucherinnen/-besuchern zum Konsumverhalten bei legalen und „illegalisierten“ Substanzen durchgeführt. Dafür wurde ein Fragebogen entwickelt, der am „taktisch klug“-Info- und Beratungsstand freiwillig und anonym ausgefüllt wurde. Insgesamt liegen Daten von 304 Personen vor (60 % männlich). Etwa die Hälfte der Befragten (48 %) stammte aus der Altersgruppe 18 bis 25 Jahre, 10 Prozent waren 14/15 Jahre, 27 % 16/17 Jahre, und 15 % waren 26 bis 35 Jahre alt.

Lebenszeiterfahrungen mit *Legal Highs*, worunter Valentin vor allem Räuchermischungen (z. B. Spice) versteht, geben immerhin 30 Prozent der Befragten an (Monatsprävalenz: 9 %, letzte Partynacht: 1 %). Lebenszeiterfahrungen mit *Research Chemicals* geben 5 Prozent der Befragten an (Monatsprävalenz: 4 %).

Indirekte Informationen zu den konsumierten Substanzen lassen sich aus bei den Beratungsgesprächen von *checkit!* (vgl. Kap. 10.4) thematisierten Substanzen ableiten. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten vorkommenden Substanzen (vgl. Abb. 2.3). *Researchs Chemicals* werden bei der E-Mail-Beratung am zweithäufigsten (nach Cannabis) thematisiert (VWS 2012d).

Abbildung 2.3:
checkit!: Thematisierte Substanzen bei den Gesprächen
je Setting – zweites Halbjahr 2011



Anmerkung: * RC = *Research Chemicals* ohne Mephedron

Quelle: VWS 2012d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

3 Suchtprävention

3.1 Einleitung

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 sowie substanzungebundenen Suchtverhaltens gewinnen immer mehr an Bedeutung. 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 weiterentwickelt werden (vgl. Tab. A31 bis A33). Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters von Fachstellen, des Unterrichtsministeriums (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). Eine neue Website⁶ der ARGE Suchtvorbeugung bietet einen Überblick über alle Angebote der Fachstellen. Zusätzlich werden laufend neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und um 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. Im Herbst 2011 wurde von der ARGE Suchtvorbeugung eine Fachtagung zum Thema Kommunikation veranstaltet. Dabei wurden Strategien erarbeitet, um das Thema Suchtprävention gesellschaftsfähig zu machen sowie als Marke zu positionieren (Stiftung Maria Ebene 2012b).

6

Zu finden unter <http://www.suchtvorbeugung.net/suchtpreventionsinfo/Hauptseite>

3.2 Strukturelle Prävention⁷

Das unmittelbare Umfeld Jugendlicher hat einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, psychoaktive Substanzen zu probieren und in der Folge häufiger zu konsumieren. Es wird daher versucht, mit vielfältigsten Maßnahmen dieses Umfeld so zu gestalten, dass dessen Einfluss einen schützenden Charakter hat und dazu beiträgt, die Wahrscheinlichkeit für den Konsum psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Aktivitäten werden auch als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen von Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Substanzen und speziellen Maßnahmen zum Jugendschutz über Gesundheitsförderung⁸ bis hin zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, die die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher und dadurch indirekt auch deren Gesundheit wesentlich beeinflussen. Eine detaillierte Erläuterung der Gesundheitsdeterminanten und der Zusammenhänge hinsichtlich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen findet sich in Haas et al. (in Vorbereitung).

Das gesamte Spektrum an strukturellen Maßnahmen darzustellen würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen. Es kann daher nur auf ausgewählte Bereiche näher eingegangen werden, aufgrund der Aktualität des Themas bzw. der engen Verbindungen untereinander stehen in diesem Jahr Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sowie die Gesundheitsförderung per se im Vordergrund. Zusätzlich finden sich in Tabelle A34 die in den Landesgesetzen vorgeschriebenen Altersgrenzen für den Erwerb und Konsum von Alkohol und Tabak sowie für den Aufenthalt an öffentlichen Orten. Zum Thema Alkohol sei schließlich auf das „Handbuch Alkohol“ (Uhl et al. 2009a) bzw. dessen aktualisierte Teilbände (Uhl et al. 2011a und b) verwiesen.

In den Jahren 2010–2012 wurden vom BMG unter Einbindung von Fachleuten aus Praxis, Wissenschaft und Verwaltung Rahmen-**Gesundheitsziele** erarbeitet, ein Kindergesundheitsdialog geführt und auf dieser Basis eine Kindergesundheitsstrategie entwickelt. Die Rahmen-Gesundheitsziele (BMG 2012b) wurden im Sinne des „*Health in All Policies*“-Ansatzes erarbeitet und berücksichtigen alle Faktoren, die einen Einfluss

7

Laut EBDD wendet sich Verhältnisprävention (environmental prevention strategies) an die gesamte Bevölkerung und zielt darauf ab, das unmittelbare kulturelle, politische und soziale Umfeld bzw. die Normen zu beeinflussen.

8

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 zu befähigen, d. h. zu einem umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden.

auf die Gesundheit ausüben (d. h. Bildung, Arbeitssituation, soziale Sicherheit etc.).
Ziele sind u. a.:

- » gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche schaffen,
- » für gesundheitliche Chancengerechtigkeit zwischen den Geschlechtern und sozioökonomischen Gruppen, unabhängig von der Herkunft, für alle Altersgruppen sorgen,
- » die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken,
- » gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen,
- » psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern.

Die übergeordneten Ziele der Kindergesundheitsstrategie (BMG 2011) hängen eng mit den Rahmen-Gesundheitszielen zusammen, auf der Ebene darunter wurden jedoch zwanzig spezifische Ziele für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen formuliert. Diese Ziele wurden in fünf verschiedene Themenfelder geclustert und mit konkreten Maßnahmen versehen. Wo möglich, wurde auf bereits bestehende Modellprojekte verwiesen. Besonders erwähnenswert erscheinen für diesen Bericht folgende Maßnahmen:

- » die Entwicklung von Handlungsperspektiven für und Grundlagenarbeit zu „Frühe Hilfen“,
- » die Stärkung von Erziehungskompetenzen der Eltern,
- » das Erhalten/Schaffen von Freiräumen für Kinder und Jugendliche,
- » das Stärken/Unterstützen der Gesundheitsförderungsfunktion der außerschulischen Jugendarbeit,
- » die gesundheitsfördernde Ausrichtung von Kinderkrippen, Kindergärten und Schulen,
- » die Entwicklung von Strategien zur besseren Erreichbarkeit und Unterstützung von sozial benachteiligten Menschen und Migrantinnen bzw. Migranten sowie
- » der rasche Ausbau der kinder- und jugendpsychiatrischen stationären Versorgungsstrukturen.

Um die Umsetzung der formulierten Ziele und Maßnahmen zu fördern, soll eine Koordinationsstelle für Kinder- und Jugendgesundheit eingerichtet werden. Ende 2011 wurde mit konkreten Arbeiten zur Umsetzung des ersten Maßnahmenbündels begonnen: Die GÖG wurde damit beauftragt⁹, bis Ende 2013 eine Bestandsaufnahme zum Potenzial für „Frühe Hilfen“ durchzuführen, fachliche Grundlagen aufzubereiten, für

9

Der Auftrag ist eine Maßnahme im Rahmen der österreichweiten Vorsorgestrategie und wird aus Mitteln der Bundesgesundheitsagentur finanziert.

Wissenstransfer zu sorgen und den Praxistransfer zu unterstützen¹⁰. Die Bestandsaufnahme wird seit Anfang 2012 mit Hilfe des ENCARE-Netzwerkes (in den Bundesländern B, K, OÖ, S, ST, T, W), des Netzwerkes Familie (V) und der Fachhochschule St. Pölten (NÖ) umgesetzt.

Für Oberösterreich (OÖ) wurden bei der OÖ Gesundheitskonferenz im Februar 2012 ebenfalls Gesundheitsziele beschlossen, die sich größtenteils auch auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beziehen. Neben einer Förderung des Wohlbefindens in der Schule, der gesünderen Gestaltung von Arbeitsplätzen, der Förderung der Gesundheit in den Gemeinden, der Stärkung der psychosozialen Gesundheit junger Menschen ist explizit auch eine Verstärkung der Suchtprävention sowie eine Zusammenarbeit von Institutionen aus verschiedenen gesellschaftspolitischen Bereichen enthalten (IGP 2012). Konkret sollen in OÖ im Jahr 2020 rund 150.000 Personen jährlich durch suchtpreventive Maßnahmen erreicht werden.

Die neue Steirische Suchtpolitik (vgl. Kap. 1.3) zielt auch auf die Etablierung einer suchtpreventiven Gesamtpolitik ab, was u. a. mit der Entwicklung von thematischen Aktionsplänen und der Erschließung neuer Zielgruppen gelingen soll (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011). Während bereits eine Tabakpräventionsstrategie des Landes Steiermark existiert, sollen nun Aktionspläne für die Prävention von Alkoholabhängigkeit und Spielsucht in einem transparenten und partizipativen Prozess erarbeitet werden.

Ein zentrales Setting für **Gesundheitsförderung** ist die Schule, wo Wissen, Einstellungen und Verhaltensweisen der jungen Bevölkerung erlernt bzw. geprägt werden. Die Grundlage für Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in der Schule stellt auf Bundesebene der „Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung“ (BMUKK 1997) dar, in dem die Schaffung eines gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernumfelds als Bestandteil von schulischer Gesundheitsförderung definiert wird. Im März 2012 wurde im BMUKK eine Koordinationsstelle für Gesundheitsförderung eingerichtet, die alle Maßnahmen zur Gesundheitsförderung innerhalb des BMUKK koordinieren und abstimmen soll und derzeit an einer Gesundheitsförderungsstrategie des BMUKK arbeitet (Horschinegg, p. M.). Ein weiteres wichtiges Setting für Gesundheitsförderung ist die Gemeinde, wo die gesamte Bevölkerung (inklusive benachteiligter Gruppen) in ihrem Lebensumfeld gut erreicht werden kann. Um gesundheitsfördernde Maßnahmen an Schulen und in Gemeinden zu unterstützen, laufen bereits seit vielen Jahren Aktivitäten, z. B. mit Unterstützung vom Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) und der Sozialversicherung.

¹⁰
Weitere Informationen unter www.fruehe-hilfen.at.

3.3 Universelle Suchtprävention¹¹

Einen Überblick über die Aktivitäten zur universellen Suchtprävention und deren Rahmenbedingungen gibt der SQ 22/25. Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**, wobei Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung 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 zielt Suchtprävention v. a. auf die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und deren Reflexion ab. 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. Der Trend zu Programmen mit einem Fokus auf Haupt-, Mittel- und polytechnischen Schulen hält an, zusätzlich werden Angebote nachgefragt, die auf den spezifischen Bedarf von einzelnen Schulen abgestimmt werden.

Im Berichtszeitraum wurden abgesehen von den laufenden Programmen/Projekten vor allem Aktivitäten zur Unterstützung von Lehrkräften bei der Planung und Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen gesetzt. So wurde vom Institut für Suchtprävention das Handbuch „*Suchtprävention in der Schule*“ des BMUKK überarbeitet (Institut Suchtprävention OÖ 2012a) und wurden neue Lehrgänge bzw. Seminare an den Pädagogischen Hochschulen in NÖ bzw. Wien angeboten (Verein Dialog 2012b, Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2012a).

Das Programm PLUS (vgl. Tab. A32) wurde im Schuljahr 2011/12 erstmals auch in der achten Schulstufe eingesetzt. Aus NÖ wird jedoch berichtet, dass die Umstellung der Hauptschulen auf *Neue Mittelschulen* an diesen Schulen sämtliche Ressourcen bindet und daher keine neuen Klassen für PLUS-Kurse zustande gekommen sind (Weissensteiner, p. M.).

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** bestehen die Aktivitäten weiter (v. a. aus

11

Universelle Prävention wendet sich über verschiedene Settings (z. B. Schule, Gemeinde, Kindergarten) an große Gruppen der Bevölkerung, die – unabhängig von der individuellen Situation – dieselbe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen.

Fortbildungsmaßnahmen, Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabende). Viele Maßnahmen setzen auch an den Erziehungskompetenzen der Eltern an.

In NÖ wird als ein Bestandteil des im Jahr 2010 eingeführten *Blau.Gelben.Elternpasses*, eines Pilotprojekts zur Elternbildung¹², seit 2011 von der Fachstelle für Suchtprävention NÖ das Modul *Entwicklungen zur Pubertät* inklusive des Themas Suchtvorbeugung angeboten (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2012b). Die Module dieses Pilotprojektes setzen grundsätzlich auf Beteiligung, gegenseitigen Austausch und das Erarbeiten von individuellen Lösungen. Der ebenfalls in NÖ angebotene Fortbildungskurs *Weinen, Wüten, Lachen* für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen wurde um ein Aufbau-Modul zum Thema Gruppendynamik erweitert (Hörhan, p. M.).

VIVID (2012) berichtet von einer steigenden Nachfrage nach dem Angebot des *Spielzeugfreien Kindergartens* im Jahr 2011, was mit einer erhöhten Präsenz des Themas Glücksspielsucht in Verbindung gebracht wird.

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.

Aus OÖ wird berichtet, dass Suchtprävention zunehmend als Teil betrieblicher Gesundheitsprävention wahrgenommen und nachgefragt wird. Im Berichtszeitraum konnten im Rahmen des Angebots *Handeln statt Wegschauen* wieder etliche neue Betriebsvereinbarungen erarbeitet sowie Workshops und Fachberatungen abgehalten werden (Institut Suchtprävention 2012b).

In Tirol wurden Anfang 2012 die ersten Auffrischungsworkshops zum Programm Prävention in Betrieben durchgeführt (kontakt+co 2012). Im Rahmen dieser Workshops werden der Stand der Umsetzung der Suchtprävention in den Betrieben abgefragt, die Erfahrungen ausgetauscht und konstruktive Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Die Workshops zeigten, dass einmalige Schulungen von Führungskräften nicht ausreichen, sondern dass für eine nachhaltige Implementierung eines professionellen Umgangs mit der Suchtproblematik weitere Schritte notwendig sind.

12

Zu finden unter <http://www.noelak.at/projekte/projektetails/article/blaugelberelternpass.html>.

Im Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt der Fokus der Maßnahmen auf der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. In Wien fand im März 2012 die Fachtagung *No risk, no fun?* statt, die dazu beitragen sollte, den Ansatz der Risikokompetenz im außerschulischen und schulischen Setting zu verankern (SDW 2012). In Salzburg konnten im Jahr 2011 im Zusammenhang mit den *Rausch&Risiko*-Workshops für Jugendliche vermehrt Teilnehmer/innen für *movin'*-Fortbildungen (vgl. Tab. A33) gewonnen werden (Akzente Salzburg 2012). Letztere wurden verstärkt von Betreuerinnen und Betreuern von Gruppen mit „schwierigen Jugendlichen“ nachgefragt. In diesen befinden sich häufig Jugendliche mit Drogenerfahrungen oder aus Familien mit Alkoholproblemen, die durch Risikoverhalten auffallen. In den Workshops gelingt es, eine gute Gesprächsbasis mit den Jugendlichen herzustellen. Um die positiven Effekte der Workshops längerfristig abzusichern, ist Nachbereitung Teil des Angebots. Viele Betreuerinnen und Betreuer dieser Gruppen nahmen anschließend an *movin'*-Seminaren teil.

Zur Förderung der direkten Kommunikation mit Jugendlichen hat das Institut Suchtprävention (OÖ) seine Jugendhomepage neu konzipiert (Institut Suchtprävention 2012b). Jugendliche können nun eigene Fragen und Beiträge auf die Homepage hochladen.

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. In Kärnten soll mit der Vortragsoffensive *Irgendwann wird's zu viel* einerseits die Bevölkerung über Sucht und Angebote der Suchthilfe informiert werden, andererseits ermöglicht sie das Knüpfen von Kontakten und das Initiieren von Arbeitskreisen zu präventiven Strategien vor Ort, die dann von der Landesstelle Suchtprävention professionell begleitet werden (Drobesch-Binter, p. M.). Für die Organisation der Vorträge wird auf das bewährte Netz der *Gesunden Gemeinden* zurückgegriffen.

Das unter dem Titel *Wir setzen Zeichen* in Wels (OÖ) laufende Projekt zur gemeindeorientierten Suchtprävention (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011c) wurde im Berichtszeitraum um die Kampagne *Live it - Leave it* zur Förderung sinnvoller Freizeitgestaltung erweitert (Institut Suchtprävention 2011).

Im Burgenland wird mit dem *Erlebnisweg* ein neues Projekt zur gemeindenahen Suchtprävention entwickelt (Hausleitner, p. M.). Dieser Erlebnisweg stellt einen Spielplatz dar, der verschiedene Spielstationen zu verschiedenen Lebenskompetenzen bietet, die mit der gesamten Familie spielerisch geübt werden können. Ein Begleitheft erläutert mögliche Spielvarianten. Insgesamt sollen zehn Stationen entwickelt werden. Eine Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ist ebenfalls Bestandteil des Projektes.

Weitere Aktivitäten im Berichtszeitraum waren z. B. die Verankerung des Themas Suchtprävention im Lehrplan der Schule für Kinder- und Jugendlichenpflege der Landes-Frauen- und Kinderklinik Linz (Institut Suchtprävention 2011). Die Umsetzung erfolgt durch das Institut Suchtprävention OÖ, das im Rahmen eines halbtägigen Workshops mit den angehenden Kinder- und Jugendpflegerinnen/-pflegern durch die Bearbeitung eines fiktiven Fallbeispiels Theorie und Praxis verbindet.

3.4 Selektive Suchtprävention¹³

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. Dies ist jedoch in manchen Bundesländern aufgrund fehlender Ressourcen zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht möglich (vgl. Kap. 1.4). In der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* (vgl. Kap. 1.3) wird festgehalten, dass es Gruppen von Kindern und Jugendlichen gibt, die mit den bestehenden Programmen nicht ausreichend erreicht werden (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011). Dazu gehören Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, arbeitssuchende Jugendliche und Kinder aus suchtbelasteten Familien. Zusätzlich werden Lebensereignisse erwähnt, die unter bestimmten Umständen suchtfördernd wirken können. Folgende Gruppen von Personen könnten daher Zielgruppen neuer Angebote sein: Väter nach der Geburt des ersten Kindes, Mütter nach dem Auszug der Kinder aus dem gemeinsamen Haushalt, Arbeitnehmer/innen am Übergang zum Ruhestand und Personen nach Trennungs-/Scheidungssituationen oder nach Todesfällen.

Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien** werden weiterhin umgesetzt, das österreichweite bzw. die regionalen *ENCARE*-Netzwerke spielen hier nach wie vor eine Rolle. Im Berichtszeitraum wurden wieder einige Fachveranstaltungen organisiert, z. B. im November 2011 von der Stiftung Maria Ebene (Vorarlberg) zum Thema „Kinder von Suchtkranken“, im Mai 2012 vom Amt für Jugend und Familie (Wien) zum Thema Kinder in suchtbelasteten Familien, im Juni 2012 von der Caritas Tirol im Rahmen des Interreg-Projektes *Kinderleicht* zum Thema „Zukunft. Von Anfang an. Gemeinsam für Kinder von sucht- und psychisch erkrankten Eltern“ und ebenfalls im Juni 2012 vom Institut Suchtprävention (OÖ) zum Thema „Wie schütze ich mein Kind vor Sucht?“.

In der Steiermark wird von *VIVID* und *RAINBOWS* an einem pädagogischen Gruppen-

13

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).

angebot für Kinder zwischen acht und zwölf Jahren gearbeitet (ENCARE Austria 2012). In Tirol wurden im Frühling 2012 erstmals Workshops zu den Themen Sucht im Allgemeinen und der Situation von Kindern in alkoholbelasteten Familien im Speziellen für die Abschlussklassen der Bildungsanstalten für Kindergartenpädagogik durchgeführt. Der Verein *Fluffi* (NÖ) bietet seit kurzem verschiedene Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten Familien an, darunter regelmäßige Treffen und Naturcamps für die Kinder sowie Familien-Naturwochenenden und Workshops für Professionistinnen/Professionisten und Interessierte¹⁴.

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 relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. Im Berichtszeitraum wurden von *checkit!* etliche Vorträge für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zum Thema *Research Chemicals* gehalten, z. B. im Mai 2012 im Rahmen des 8. Salzburger *PräventionsFrühstücks* und des Spezialseminars des Instituts Suchtprävention (OÖ) sowie im Oktober 2011 anlässlich des zehnjährigen Jubiläums von *MDA basecamp* (Tirol). Aber auch *SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe* hatte im Jahr 2011 einen Arbeitsschwerpunkt zu diesem Thema (Stiftung Maria Ebene 2012b).

MDA basecamp stellt einen Wandel in der Partykultur sowie in der Bereitschaft von Schülerinnen/Schülern und Studierenden fest, Psycho- und Neuropharmaka zur Leistungssteigerung einzusetzen (MDA basecamp 2012). Um auf beide Entwicklungen reagieren zu können, soll im Jahr 2012 die mobile Drogeninformation und -beratung angepasst und neue innovative Strategien einbezogen werden. Seit Anfang des Jahres 2012 ist *MDA basecamp* mit einer neuen Homepage sowie auf Facebook und Twitter online.

Die Lebenssituation von **Migrantinnen und Migranten** kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein (Penka 2004), **Migration** kann aber auch ein suchtauslösendes Lebensereignis darstellen (Barth und Czycholl 2005). Im Sinne der selektiven Prävention werden vor allem jene Gruppen an Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen, die aufgrund ihrer derzeitigen Lebensumstände und sozialer Faktoren besonders vulnerabel sind und im Rahmen von universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden.

Die Fachstelle für Suchtprävention NÖ hat im Berichtszeitraum im Sinne einer interkulturellen Öffnung Aktivitäten zum Thema Migration und Suchtprävention gesetzt (Hörhan, p. M.). Die Fachstelle selbst möchte zukünftig mit mehr interkulturellen und

14

Zu finden unter www.fluffi.at.

mehrsprachigen Referentinnen und Referenten arbeiten, die neue und spezifische Projekte für Migrantinnen/Migranten und deren „communities“ durchführen sollen. Diese Angebote (z. B. Elternabende in Lerncafés und moderierte Home Partys) werden derzeit konzeptualisiert, ab Herbst 2012 soll die schrittweise Umsetzung und Integration in die Angebotspalette der Fachstelle erfolgen.

Dem Pilotprojekt *MammaMia* (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) wurde im Jahr 2011 der Interkulturpreis der Volkshilfe OÖ verliehen (Institut Suchtprävention 2012b). Die Arbeitsmaterialien liegen inzwischen in Türkisch, Albanisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch, Englisch und Französisch vor. Aufgrund des Erfolgs wird *MammaMia* im Jahr 2012 weitergeführt, sechs neue Moderatorinnen wurden dafür ausgebildet (Institut Suchtprävention 2012a).

3.5 Indizierte Suchtprävention¹⁵

Maßnahmen zur indizierten Suchtprävention werden in Österreich umgesetzt hauptsächlich in Form von Früherkennung und -intervention, die aufgrund von Substanzkonsum (der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist) gesetzt wird. Sie basieren daher ausschließlich auf einem zu beobachtenden Risiko- bzw. Suchtverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten.

Von der ARGE Suchtvorbeugung wurde die Einbeziehung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in das Angebot *movin'* (vgl. Tab. A 33) beschlossen und das Manual entsprechend überarbeitet. Fortbildungen und Update-Veranstaltungen wurden daher in Vorarlberg teilweise auf 2013 verschoben (Stiftung Maria Ebene 2012b).

Das in Vorarlberg eingesetzte Programm zur Früherkennung und -intervention *CHOICE* (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) wurde im Schuljahr 2010/11 in unterschiedlichen Gruppen durchgeführt und evaluiert (Stiftung Maria Ebene 2012b). An der HPLS Schlins wurden erstmals auch Lehrkräfte als Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult.

In Kärnten wurden Leitsysteme im Klinikum Klagenfurt, im LKH Villach und im Krankenhaus de La Tour eingeführt und das Gesundheitspersonal systematisch geschult,

15

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 aufgrund der individuellen Situation einem besonders hohen Risiko der Entwicklung eines Suchtverhaltens unterliegen. Als Indikatoren für ein erhöhtes Risiko führt die EBDD z. B. eine ständige Verschlechterung der Schulnoten sowie psychiatrische, soziale oder Verhaltensauffälligkeiten an (wie Rückzug von Familie und Freundeskreis oder das Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom / ADHS).

um Substanzmissbrauch bzw. psychische Störungen bei Kindern aus suchtbelasteten Familien frühzeitig zu erkennen (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012).

3.6 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.

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Einleitung

Die bislang gültige Definition von problematischem Drogenkonsum der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“¹⁶. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition diskutiert (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum). 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)¹⁷ durchgeführt (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten (vgl. Kap. 9.2), das Substitutionsbehandlungsregister (vgl. Kap. 5.3) und die suchtgiftbezogenen Todesfälle (vgl. Kap. 6.4) 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 und GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

16

www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu (7. 8. 2012)

17

Beim Capture-Recapture-Verfahren (CRC) handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelziffer-schätzung, die auf der Zusammenschau von zwei (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehreren Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht.

Aktuelle Schätzungen für 2010 bzw. 2011 machen eine Prävalenzrate von 30.000 bis maximal 34.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel (vgl. ST7 und ST8). Somit wären etwa fünf bis sechs Personen pro 1.000 Österreicherinnen und Österreicher in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre von dieser Problematik betroffen.

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. 2009a). Demnach sind in Österreich insgesamt 350.000 Personen als Alkoholiker/innen zu bezeichnen.

4.2 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. Seitens der GÖG/ÖBIG wurden die bisher bis zum Jahr 2009 vorliegenden Schätzungen (GÖG/ÖBIG 2010a) für die Jahre 2010 und 2011 aktualisiert (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Für das Capture-Recapture-Verfahren, auf dem die Prävalenzschätzung beruht, wurden Daten zu Substitutionsbehandlungen und opiatbezogenen Anzeigen herangezogen.

Ein wesentliches Problem hinsichtlich der Qualität der Substitutionsbehandlungsdaten stellte in den vergangenen Jahren die „Ghost-Case“-Problematik dar¹⁸. Zur Korrektur des dadurch verursachten Bias in Richtung Überschätzung der Prävalenz wurde basierend auf den Daten des Jahres 2004 eine Korrekturformel entwickelt (GÖG/ÖBIG 2010c). Da mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel*¹⁹ der „Ghost-Case“-Fehler eliminiert werden konnte (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung), ist diese Korrektur nun nicht mehr notwendig. Basierend auf *eSuchtmittel* konnten Schätzungen für die Jahre 2008 bis 2011 durchgeführt werden.

Abb. 4.1 zeigt die Zeitreihe der Prävalenzschätzungen mit und ohne „Ghost-Case“-Korrektur, basierend auf der „alten“ Suchtmitteldatenbank, und jene für 2008 bis 2011,

18

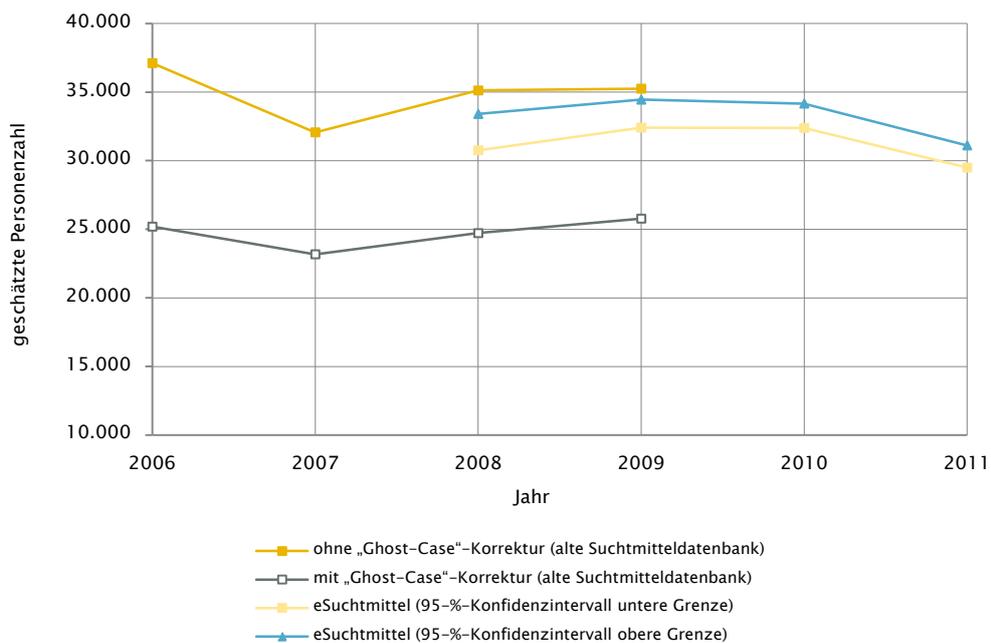
Bei Fehlen des Betreuungsendes ging die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich (= „Ghost-Case“) in die Statistik ein.

19

Im Rahmen des Projekts *eSuchtmittel* wurde unter anderem die Datenübertragung der Bezirksverwaltungsbehörden an das zentrale Register der Substitutionsbehandlungen auf elektronische Übermittlung umgestellt. Dabei wurden auch wichtige Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Daten implementiert und die Altdaten hinsichtlich „Ghost-Cases“ korrigiert.

basierend auf *eSuchtmittel*. Es ergibt sich, dass die neuen *eSuchtmittel*-Schätzungen 2008 und 2009 im Intervall der „alten“ Suchtmitteldatenbank-Schätzungen mit und ohne „Ghost-Case“-Korrektur liegen.

Abbildung 4.1:
2-Sample-CRC-Schätzungen mit und ohne „Ghost-Case“-Korrektur, 2006 bis 2011,
und 2-Sample-CRC-Schätzungen, basierend auf *eSuchtmittel*



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Durch den Wegfall des „Ghost-Case“-Fehlers kann für die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten ein wesentlich kleineres Intervall angegeben werden. Für 2011 belaufen sich die Schätzungen auf 30.306 Personen (95%-Konfidenzintervall: 29.500 bis 31.111 Personen).

In Zusammenschau mit anderen Datenquellen kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums nach einem Anstieg bis 2004 wieder gesunken ist und in den letzten Jahren relativ stabil bleibt (Details dazu siehe GÖG/ÖBIG 2008c und GÖG/ÖBIG 2010c). Ob es sich beim Rückgang der Zahlen im Jahr 2011 um einen Trend oder eine statistische Zufallsschwankung handelt, kann erst in den nächsten Jahren verifiziert werden. Hinsichtlich des Geschlechts ergeben die Prävalenzschätzungen für das Jahr 2011 wie auch in den Vorjahren ein Verhältnis von Männern zu Frauen von etwa 4:1.

Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten zu den suchtgiftbezogenen Todesfällen wird im Epidemiologiebericht Drogen (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung) erfolgen.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine ungefähre Annäherung darstellen. Eine detaillierte Darstellung methodischer Probleme findet sich z. B. bei Uhl und Seidler 2001, ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2006 und GÖG/ÖBIG 2010c.

Setzt man die Prävalenzschätzungen von 2010/11 in Bezug zu anderen Daten aus dem Drogenmonitoring, so kommt man zu folgenden Aussagen:

- » Zwischen 49 und 57 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) befanden sich 2011 in Substitutionsbehandlung²⁰.
- » Zwischen 0,6 und 0,7 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) verstarben 2011 an einer Überdosierung²¹.

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 15.000 bis 17.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen.

20

Wird die Anzahl der 2011 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (16.782; vgl. Kap. 5.3.2) in Bezug zur Untergrenze der 95%-Konfidenzintervalle der beiden Prävalenzschätzungen für 2010 und 2011 (= 29.500) gesetzt, so ergeben sich 57 Prozent, wird sie in Bezug zur Obergrenze (= 34.160) gesetzt, sind es 49 Prozent. Für diese Berechnung wurden die Schätzungen 2010 und 2011 herangezogen, um Zufallsschwankungen auszugleichen (siehe GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

21

Wird die Anzahl der 2011 verzeichneten suchtgiftbezogenen Todesfälle mit Beteiligung von Opiaten (162 Fälle) plus 7 Suchtgiftintoxikationen unbekannter Art plus 24 nicht verifizierte suchtgiftbezogene Todesfälle (bei den beiden letzteren Gruppen ist eine Beteiligung von Opiaten sehr wahrscheinlich), also insgesamt 193 Fälle (vgl. Kap. 6.4 und Tab. A3), in Bezug zur Untergrenze der 95%-Konfidenzintervalle der beiden Prävalenzschätzungen für 2010 und 2011 (= 29.500) gesetzt, so ergibt sich eine Sterberate von 0,7 Prozent, wird sie in Bezug zur Obergrenze (= 34.160) gesetzt, sind es 0,6 Prozent. Für diese Berechnung wurden die Schätzungen 2010 und 2011 herangezogen, um Zufallsschwankungen auszugleichen (siehe GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

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).

4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs

Analysen zu den Konsummustern von nach § 12 SMG begutachteten Personen²² werden mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* erstmals auf gesamtösterreichischer Ebene möglich (vgl. auch Kap. 5.3). Aufgrund technischer Probleme lagen für 2011 zum Zeitpunkt der Berichtslegung jedoch noch keine Daten aus Kärnten und Wien vor. In der Drogenanamnese kann durch die Gesundheitsbehörde bei mehreren Drogen ein behandlungsrelevanter Konsum erkannt und angegeben werden. Zur vereinfachten Darstellung wird in Abbildung 4.2. die bereits im DOKLI-System bewährte hierarchische Leitdrogendefinition verwendet²³.

22

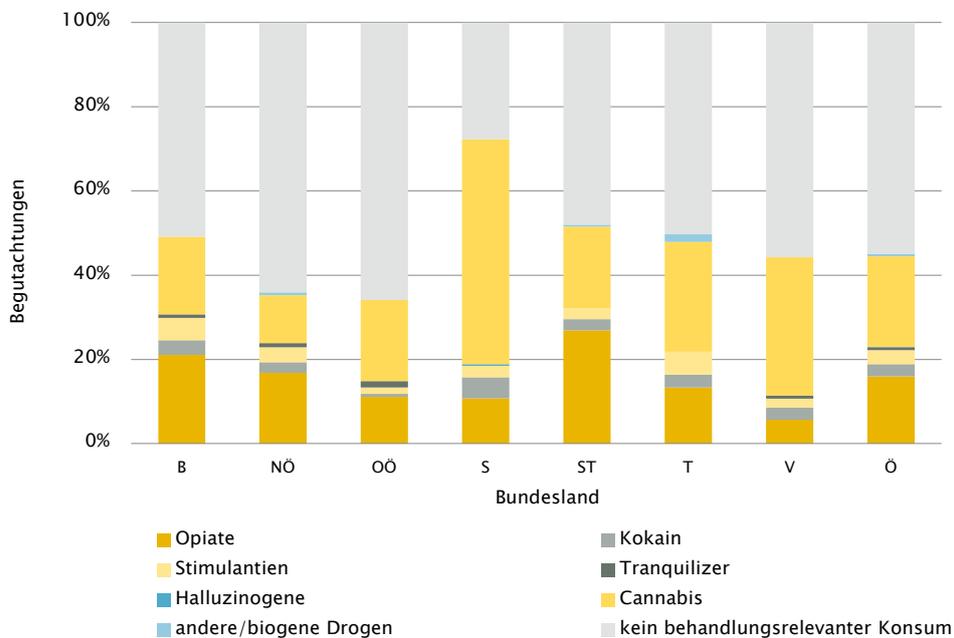
Das sind Personen, bei denen ein begründeter Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch besteht und die aufgrund einer Anzeige, der Meldung einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet werden. Insgesamt liegen aus dem Jahr 2011 2.282 Begutachtungsergebnisse von 2.213 Personen vor (einige Personen wurden 2011 mehrfach begutachtet). Angaben zum Drogenkonsum beinhalten 1.981 Begutachtungen; bei 232 Begutachtungen (10%) wurde keine Drogenanamnese eingegeben. Abbildung 4.2. bezieht sich auf die 1.981 Begutachtungsergebnisse mit Drogenanamnese.

23

Bei Personen mit mehr als einer Leitdroge wird mittels einer „Leitdrogenhierarchie“ eine Leitdroge ausgewählt. Hat beispielsweise eine Person Opiate und Cannabis als Leitdroge angegeben, wird sie hinsichtlich Leitdroge den Opiaten zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde herangezogen: Opiate > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis.

Abbildung 4.2:

Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition von nach § 12 SMG begutachteten Personen 2011 nach Bundesland



Quelle, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Beim weitaus größten Teil der Begutachtungen wird entweder ein behandlungsrelevanter Opiatkonsum oder ein behandlungsrelevanter Cannabiskonsum festgestellt. Dies entspricht anderen Daten aus dem Behandlungsbereich (z. B. DOKLI; vgl. GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Allerdings ist die Relation dieser beiden Leitdrogen zueinander in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Auch der Prozentsatz der Begutachtungen, bei denen kein behandlungsrelevanter Drogenkonsum festgestellt wurde, variiert zwischen den Bundesländern sehr stark. Greift man beispielsweise das Bundesland Salzburg heraus, so zeigt sich, dass der Anteil des Begutachtungsergebnisses „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ vergleichsweise sehr groß, jener von „kein behandlungsrelevanter Konsum“ hingegen sehr klein ist. Da derart große bundeslandspezifische Unterschiede in den Drogenkonsummustern unplausibel sind, legt Abbildung 4.2 nahe, dass sich die Begutachtungspraxis in den Bundesländern stark unterscheidet (z. B.: Was in einem Bundesland als „kein behandlungsrelevanter Konsum“ diagnostiziert wird, wird in einem anderen Bundesland als „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ klassifiziert). Hinsichtlich der bei den Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellten Drogenkonsummustern in Kärnten (hier liegt ein gesonderter bundeslandspezifischer Bericht vor) zeigt sich ebenfalls, dass Cannabis und Opiate dominieren, wobei das Ausmaß des Konsums bei der Leitdroge Cannabis in den letzten Jahren ab- und bei den Opiaten zugenommen hat (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012).

Aus Graz, wo im Jahr 2010 eine starke Veränderung der Konsummuster eines Teils der Klientel in Richtung Mephedron (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) berichtet wurde, liegen die Ergebnisse einer Erhebung zum problematischen Mephedrongebrauch vor (Trabi, p. M.)²⁴. Etwa ein Drittel konsumierte Mephedron ausschließlich intravenös, ein Fünftel ausschließlich nasal und nur eine Person ausschließlich oral. Die restlichen Personen kombinierten unterschiedliche Einnahmeformen (ausschließlich intravenöse Einnahmeform oder intravenös in Kombination mit anderen Formen: 59 %; ausschließlich nasale Einnahmeform oder nasal in Kombination mit anderen Formen: 64 %). Im Schnitt wurden 50 Dosen Mephedron (1 Dosis = 0,25 bis 0,5 g Mephedron) pro Woche konsumiert. 10 der 27 Befragten gaben an, dass Mephedron jene Substanz sei, die ihnen die meisten Probleme verursachte. Es zeigten sich zwei Gruppen von Mephedrongebrauchenden. Neben älteren Personen, die eine lange Drogenkarriere aufweisen und auch Erfahrungen mit Opiaten haben, ließ sich eine jüngere Gruppe ohne Opiaterfahrungen identifizieren. Ebenfalls aus Graz wird trotz spezifischer Präventionsmaßnahmen (GÖG/ÖBIG 2011c) weiterhin von einer hohen Prävalenz hochriskanter Konsummuster beim intravenösen Drogenkonsum berichtet (Benutzen gemeinsamer Spritzenutensilien) (Caritas Diözese Graz–Seckau 2012b).

4.4 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.

24

Von Oktober 2010 bis April 2011 wurden an der Sigmund–Freud–Klinik 17 Patienten und 10 Patientinnen im Alter von 14 bis 34 Jahren (Durchschnittsalter Frauen: 16 Jahre, Männer: 22,5 Jahre) mit Mephedrongebrauch (meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster) hinsichtlich Konsummotivation und –verhalten, Krankengeschichte und Lebenssituation befragt.

5 Drogenbezogene Behandlungen

5.1 Einleitung

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 aber 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 ausgeweitet (z. B. Angebote für Spielsüchtige). Getrennte Angebote finden sich aber nach wie vor für legale und illegale Substanzen, vor allem im stationären Bereich. Spezifische Angebote ergänzen das Spektrum, wo es notwendig ist (z. B. für Kokain- oder Cannabis-Konsumierende in der Suchtberatung). 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. 8.3) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten der Suchthilfekompass²⁵ und andere regionale Informationsschienen (wie z. B. der neue Suchthilfekompass Kärnten²⁶ und die neue Broschüre *gesucht – gefunden* über ambulante Suchtbe-

25

Zu finden unter <http://suchthilfekompass.goeg.at/>.

26

Zu finden unter <http://www.suchthilfe.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=77>.

ratungen in NÖ), aber auch ST24, SQ27 und die Karten 5.1, 5.2 und 5.3. Die Angebote werden ausführlich beschrieben auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG und im „Best practice portal“ der EBDD (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, die in diesem Bericht nicht dargestellt werden können. Ausführlichere Informationen zur stationären Suchtbehandlung sind dieses Jahr in Kap. 11 zu finden.

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. ST TDI). Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenefalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Eine weitere Datenquelle stellt das Substitutionsregister dar, das seit 1989 am BMG geführt wird (vgl. 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, welche mit 1. 1. 2012 durch die „DOKU NEU“ abgelöst wurde (Kap. 12.2.1).

5.2 Beschreibung, Verfügbarkeit und Qualitätssicherung

5.2.1 Strategie/Politik

Die Behandlungsstrategien sind in den **Drogen- bzw. Suchtkonzepten oder -plänen** der Bundesländer bzw. in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt. Im Berichtszeitraum wurden in zwei Bundesländern neue Konzepte/Strategien verabschiedet (vgl. Kap. 1.3), die auch für den Bereich der Behandlung relevante Ziele und Maßnahmen enthalten. Das neue Tiroler Suchtkonzept 2012 sieht Folgendes vor (Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2012):

- » Aufbau einer Therapiekette für Kinder und Jugendliche mit Abhängigkeits-erkrankungen: Dazu soll das stationäre und spitalsambulante Angebot der Kinder- und Jugendpsychiatrie optimiert und sollen Möglichkeiten für eine integrierte Versorgung betroffener Jugendliche geschaffen werden.

- » Optimierung der Versorgung von Menschen in Krisensituationen mit problematischem Drogenkonsum: Dazu soll eine eigene spezialisierte stationäre Organisationseinheit geschaffen werden.

Die Unterversorgung in der Steiermark (vgl. Kap. 1.3) soll durch den Aufbau von regionalen Suchthilfenetzwerken ausgeglichen werden, die sich am Beispiel Baden-Württemberg orientieren (Ederer, p. M.). Diese regionalen Netzwerke sollen im Sinne von Care Management eine Desintegration und Diskontinuität in der Suchthilfe verhindern und Case Management, d. h. ein strukturiertes Vorgehen im Einzelfall, ermöglichen (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011). Sie sind aber auch relevant für ein gemeinsames Qualitätsmanagement und das Finden eines Konsenses zu Erfolgskriterien der Suchthilfe. Eine weitere Maßnahme, die laut *Neuer Steirischer Suchtpolitik* gesetzt werden soll, ist die Entwicklung einer einheitlichen Leistungsdokumentation, die Wissen über Veränderungen in Inanspruchnahme und Wirksamkeit der Versorgungsleistungen generieren und damit eine rationale Steuerung und eine leistungsorientierte Finanzierung der Suchthilfe ermöglichen soll.

In Wien wurde von der Sucht- und Drogenkoordination und dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) ein neues Versorgungs- und Behandlungskonzept entwickelt (SDW 2012). Von den Krankenanstalten des KAV sollen künftig nur mehr Akutbehandlungen von Suchtkranken vorgenommen werden, alle weiteren Leistungen für Suchtkranke erfolgen durch Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) (stationäre Versorgung inklusive Teil- und Vollentzug durch Anton Proksch Institut [API] und Grünen Kreis, engmaschige ambulante Versorgung durch den Verein Dialog). Das Nahtstellenmanagement zwischen KAV und SDHN wird vom Spitalsverbindungsdienst *CONTACT* wahrgenommen. Die Umsetzung dieser Leistungsverlagerung folgt einem Stufenplan, seit Sommer 2012 werden an der Therapiestation der Abteilung für Drogenkranke des Sozialmedizinischen Zentrums Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital keine rehabilitativen Leistungen im Bereich Suchterkrankung mehr erbracht. Ziel dieser Neuorganisation ist eine bessere Abstimmung der einzelnen Angebote sowie ein dadurch insgesamt verbessertes Leistungsangebot.

Die Begutachtung (nach § 12 SMG) von Personen hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 SMG wird zum Teil recht unterschiedlich gehandhabt (vgl. Tab. 5.1 und Kap. 4.3). Im Jahr 2011 ergab die Begutachtung in NÖ in 57 Prozent der Fälle, dass keine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist, während dies in Salzburg lediglich auf 13 Prozent zutraf. Deutliche Differenzen gibt es auch hinsichtlich der empfohlenen Maßnahmen sowie des Anteils der begutachteten Personen an der relevanten Bevölkerung.

Tabelle 5.1

Begutachtungen, begutachtete Personen und angeordnete Maßnahmen in Österreich, 2011

Art der gesundheitsbezogenen Maßnahme	Anteil an Begutachtungen pro Bundesland ¹						
	B	NÖ	OÖ	S	St	T	V
Person bedarf keiner weiteren Maßnahme	42 %	57 %	38 %	13 %	35 %	24 %	44 %
Person bedarf §11 Abs2 Z1 SMG ²	8 %	24 %	43 %	76 %	18 %	43 %	11 %
Person bedarf §11 Abs2 Z2 SMG ³	20 %	9 %	10 %	8 %	15 %	11 %	2 %
Person bedarf §11 Abs2 Z3 SMG ⁴	36 %	1 %	2 %	1 %	3 %	4 %	4 %
Person bedarf §11 Abs2 Z4 SMG ⁵	0 %	1 %	3 %	1 %	2 %	1 %	6 %
Person bedarf §11 Abs2 Z5 SMG ⁶	2 %	6 %	25 %	41 %	27 %	41 %	53 %
Anzahl der Begutachtungen	118	990	143	331	256	280	144
Anzahl der begutachteten Personen	115	967	138	318	249	264	144
Anteil der begutachteten Personen pro 10.000 15- bis 64-Jährige	6,0 %	9,0 %	1,4 %	8,8 %	3,0 %	5,4 %	5,7 %

¹ Aufgrund technischer Probleme liegen keine Daten für 2011 für Kärnten und Wien vor.

² = ärztliche Überwachung

³ = ärztliche Behandlung (inkl. Entzugs- und Substitutionsbehandlung)

⁴ = klinisch-psychologische Beratung und Betreuung

⁵ = Psychotherapie

⁶ = psychosoziale Beratung und Betreuung

Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aus diesem Grund wurde von einer Arbeitsgruppe des Bundesdrogenforums der Entwurf eines *Handbuchs für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG* entwickelt, im Sommer 2012 finalisiert und vom BMG an die relevanten Stellen zur Begutachtung gesendet (Schopper, p. M.). Ziel ist es, mit der akkordierten Endversion auf die Vereinheitlichung der Vollzugspraxis der zuständigen Behörden hinzuwirken.

In diesem Zusammenhang soll auch auf die Studie²⁷ von Bruckmüller et al. (2011) hingewiesen werden; deren Schlussfolgerungen umfassen die Notwendigkeit eines Ausbaus der regionalen Kapazitäten für gesundheitsbezogene Maßnahmen, der Etablierung von regionalen Zentralstellen zur Vermittlung der Betroffenen an die jeweils am besten geeignete Einrichtung sowie verstärkter externer qualitätssichernder Maßnahmen und Evaluationen.

Die Bemühungen zur Verbesserung der **Versorgungssituation hinsichtlich der Substitutionsbehandlung** opiatabhängiger Personen wurden im Berichtszeitraum fortgesetzt.

27

Die hier zitierten Ergebnisse beruhen auf 17 teilstandardisierten Interviews von Fachleuten, in denen nach der praktischen Umsetzung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und der Haftsituation von suchtmittelabhängigen Personen gefragt wurde.

Karte 5.1 zeigt in manchen Bezirken gegenüber dem Vorjahr eine verbesserte Situation, was auf eine gestiegene Anzahl an Ärztinnen und Ärzten zurückzuführen ist, die eine Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen durchführen können.

An einer Verbesserung der regionalen Angebotsstruktur wird sowohl in Salzburg als auch in der Steiermark gearbeitet. Die Salzburger Substitutionsstelle für Opiatabhängige (SUST) wird aufgrund anhaltend unzureichender Auslastung mit Mitte des Jahres 2012 eingestellt (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2012). Die vom selben Träger geführte Drogenberatungsstelle wird jedoch die Substitutionsbehandlung nach dem Modell „Substitutionsbehandlung in der Drogenberatung“ weiterführen und auf die Drogenberatungsstellen in St. Johann im Pongau und Zell am See ausweiten. In der Steiermark wurde die Umsetzung einer Drogenambulanz für die Obersteiermark im Krankenhausverbund Bruck/Leoben beschlossen, mit entsprechenden Adaptierungen und Umbauarbeiten wurde begonnen (Ederer, p. M.).

Neue **Honorarvereinbarungen** (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) wurden im Berichtszeitraum zwischen NÖGKK und Ärztekammer NÖ abgeschlossen. Zur Erprobung der Auswirkungen auf die Substitutionstherapie in NÖ wurde ein dreijähriges Pilotprojekt vereinbart (Hörhan, p. M.). Seit Juli 2012 werden eigene Leistungspositionen zur Substitutionsbehandlung für Vertrags(fach)ärztinnen und -fachärzte sowie Vertragsgruppenpraxen finanziert, wobei die Einstellung mit 80 Euro (max. einmal pro Jahr und Fall) und die Weiterbehandlung mit 25 Euro (max. fünfmal pro Quartal und Fall) abgegolten wird.

Das bereits im Vorjahr beschriebene Wiener Kooperationsprojekt zur Eindämmung des **Missbrauchs von Substitutionsmitteln** (GÖG/ÖBIG 2011c) wurde im Berichtsjahr fortgesetzt. Seit Beginn des Projekts wurden 931 Fälle zur Begutachtung an das ISD weitergeleitet. Im Rahmen des Wiener Monitoring der Substitutionsbehandlung wurden 1.775 Fälle von Amtsärztinnen und -ärzten behandelt (1.11.2008 – 31.12.2011), dabei erfolgte in 367 Fällen (21 %) eine Umstellung auf tägliche Abgabe des Substitutionsmittels (SDW 2012). Insgesamt erhalten 1.513 Personen (85 %) das Substitutionsmittel in täglicher Abgabe; 1.198 Personen (67 %) bekommen Morphin in Retardform, bei 843 Personen (70 %) werden die Kapseln in der Apotheke geöffnet.

Um einem **Missbrauch von Benzodiazepinen** bei opiatabhängigen Personen in Erhaltungstherapie vorzubeugen, wurde vom Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung (laut § 23k SV) im BMG unter fachlicher Federführung des Wiener Drogenbeauftragten eine Empfehlung erarbeitet (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c). Diese wurde als „Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ herausgegeben und den mit der Problematik befassten ärztlichen Berufskreisen zur Kenntnis gebracht (Schopper, p. M.). Der Langzeiteinsatz von Benzodiazepinen soll entsprechend der Leitlinie nur unter restriktiven Bedingungen erwogen werden, dazu gehören (BMG 2012c):

- » eine aktuell fehlende Indikation für eine ambulante und/oder stationäre Entzugsbehandlung,
- » die Abklärung der Komorbiditäten und Indikation der entsprechenden Therapien,
- » die Aufklärung des Patienten bzw. der Patientin über die Wirkung und Wechselwirkungen von Benzodiazepinen,
- » eine Vereinbarungen zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patient/in über die Verordnung von Benzodiazepinen,
- » die Benzodiazepin-Verschreibung als Teil des Gesamtbehandlungsplans der Suchterkrankung,
- » regelmäßige Gespräche über den Behandlungsverlauf inklusive Zielüberprüfung und Diskussion von Therapiealternativen,
- » eine Umstellung von rasch anflutenden auf langsam anflutende Benzodiazepine sowie
- » die Neuorientierung hinsichtlich des Therapieplans bei Intoxikationen oder anderen riskanten Zwischenfällen durch andere Substanzen.

Flankierend zur Leitlinie hat das BMG legislative Maßnahmen betreffend Benzodiazepine im Sinne der Ausschussempfehlungen dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleitet (vgl. Kap. 1.2). Ziel des Maßnahmenpakets ist es, den hochriskanten Mischkonsum von Opioiden und Benzodiazepinen einzuschränken.

5.2.2 Behandlungssysteme

Einen Überblick über die Verteilung von Ärztinnen und Ärzten, die zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifiziert sind, gibt Karte 5.1. Darin wird einerseits mit Stand Juni 2012 das Verhältnis der durch die einschlägige Weiterbildung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zum gesamten Behandlungspotenzial dargestellt (d. h. zu jenen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer Fachrichtung grundsätzlich für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung in Betracht kämen²⁸). Aufgrund der derzeitigen Datenlage kann jedoch weder ein Bezug zum tatsächlichen Bedarf an Substitutionsbehandlungen noch eine fundierte Aussage zur tatsächlichen Versorgungslage getätigt werden. Andererseits enthält die Karte Informationen zur Verteilung

28

Für die vorliegende Abbildung wurden jene Personen ausgewählt, die laut Österreichischer 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 2012 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).

jener Ärztinnen und Ärzte, die sowohl zur Einstellung als auch zur Weiterbehandlung qualifiziert sind (bzw. nur zur Weiterbehandlung).

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), dies allerdings nur in bestimmten Fällen (vgl. Kap. 11). 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.

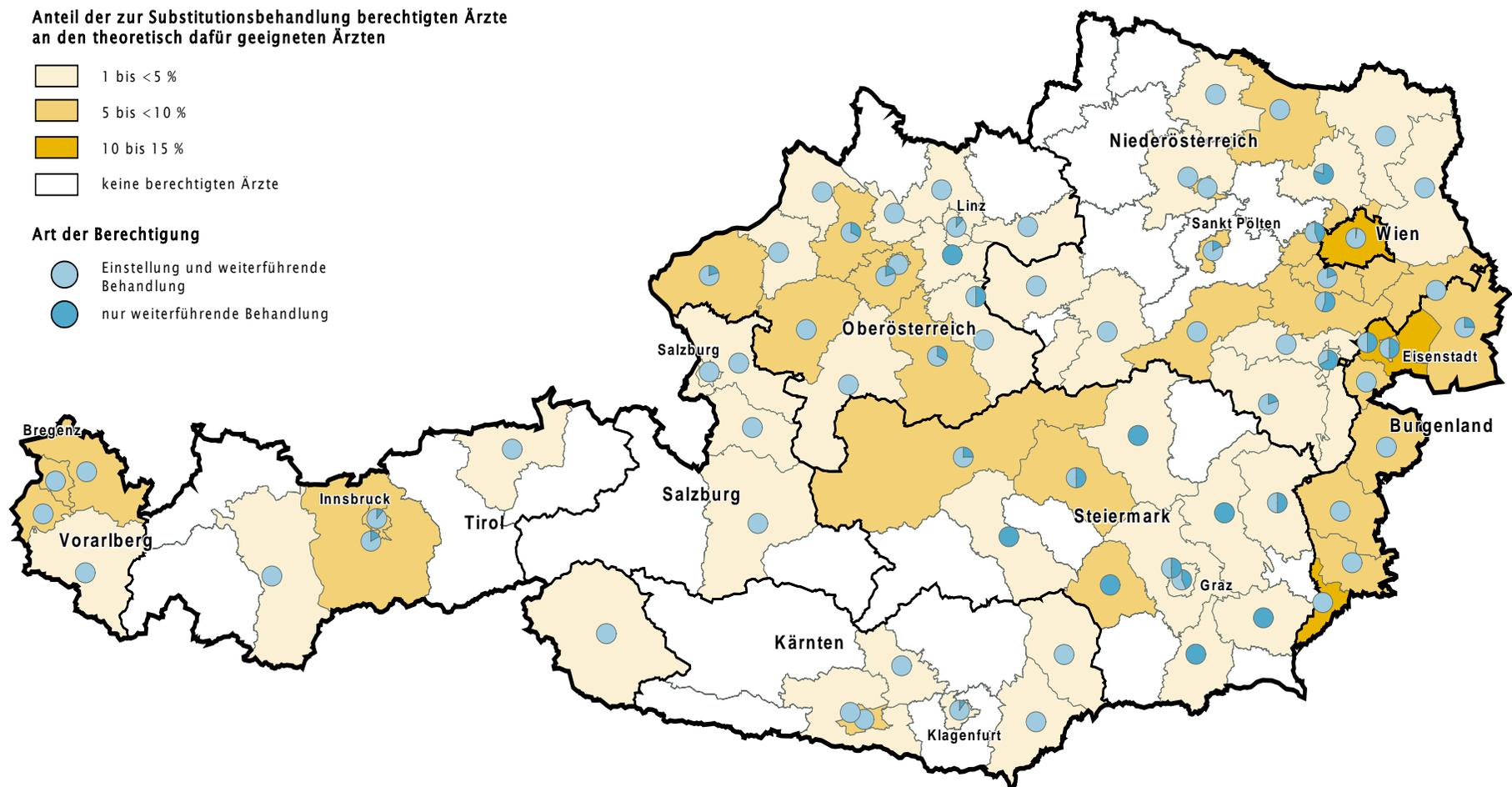
Die **Kapazitäten** des österreichischen Suchthilfesystems werden laufend ausgebaut, dennoch berichten Einrichtungen immer wieder von Wartelisten und Wartezeiten. Diese Wartezeiten hängen jedoch von vielen Faktoren ab und zeigen zum Teil beträchtliche Schwankungen. Aus dem stationären Bereich (vgl. auch Kap. 11) berichtet z. B. der Verein Oikos, dass im Jahr 2011 meistens mehr Bewerber/innen als verfügbare Plätze vorhanden waren (Oikos 2012), während im Sommer 2012 praktisch keine Wartezeit besteht (Witting, p. M.). Im ambulanten Bereich bestanden z. B. in der b.a.s.-Beratungsstelle Graz im Jänner 2012 eine sechs- bis achtwöchige Wartezeit für einen Therapieplatz (b.a.s. 2012a), im Juli 2012 reduzierte sich dies auf zwei bis vier Wochen (b.a.s. 2012b).

Während die Beratungsstellen der Stiftung Maria Ebene für das Jahr 2011 von einer etwas geringeren Auslastung berichten (Stiftung Maria Ebene 2012b), verzeichnete die im Herbst 2009 in Klagenfurt eröffnete Beratungsstelle und Cannabisambulanz des Verein Oikos für dieses Jahr eine deutliche Zunahme an Klientinnen und Klienten (Oikos 2012). Diese Zunahme trifft besonders auf junge Erstkonsumierende zu, aber auch Angehörige nehmen häufiger regelmäßige Informations- und Beratungstermine in Anspruch. Um die Nachfrage bewältigen zu können, wurde das ärztliche Team um drei zusätzliche Allgemeinmediziner/innen erweitert. In NÖ konnte durch den Ausbau der Suchtberatungsstellen in den letzten Jahren die Anzahl der betreuten Personen massiv gesteigert werden, wobei zunehmend auch Beratungen zu substanzungebundenem Suchtverhalten angeboten werden (Hörhan, p. M.).

Im November 2011 wurde mit *X-Dream* in Kirchdorf eine neue Beratungsstelle für Suchtfragen eröffnet, um der gestiegenen Anzahl an opioidabhängigen Personen in Substitutionsbehandlung sowie der Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz im Bezirk Kirchdorf gerecht zu werden (pro mente OÖ 2011). Neben der Beratung und Begleitung von suchtmittelabhängigen Personen werden auch Angehörige betreut.

Karte 5.1:

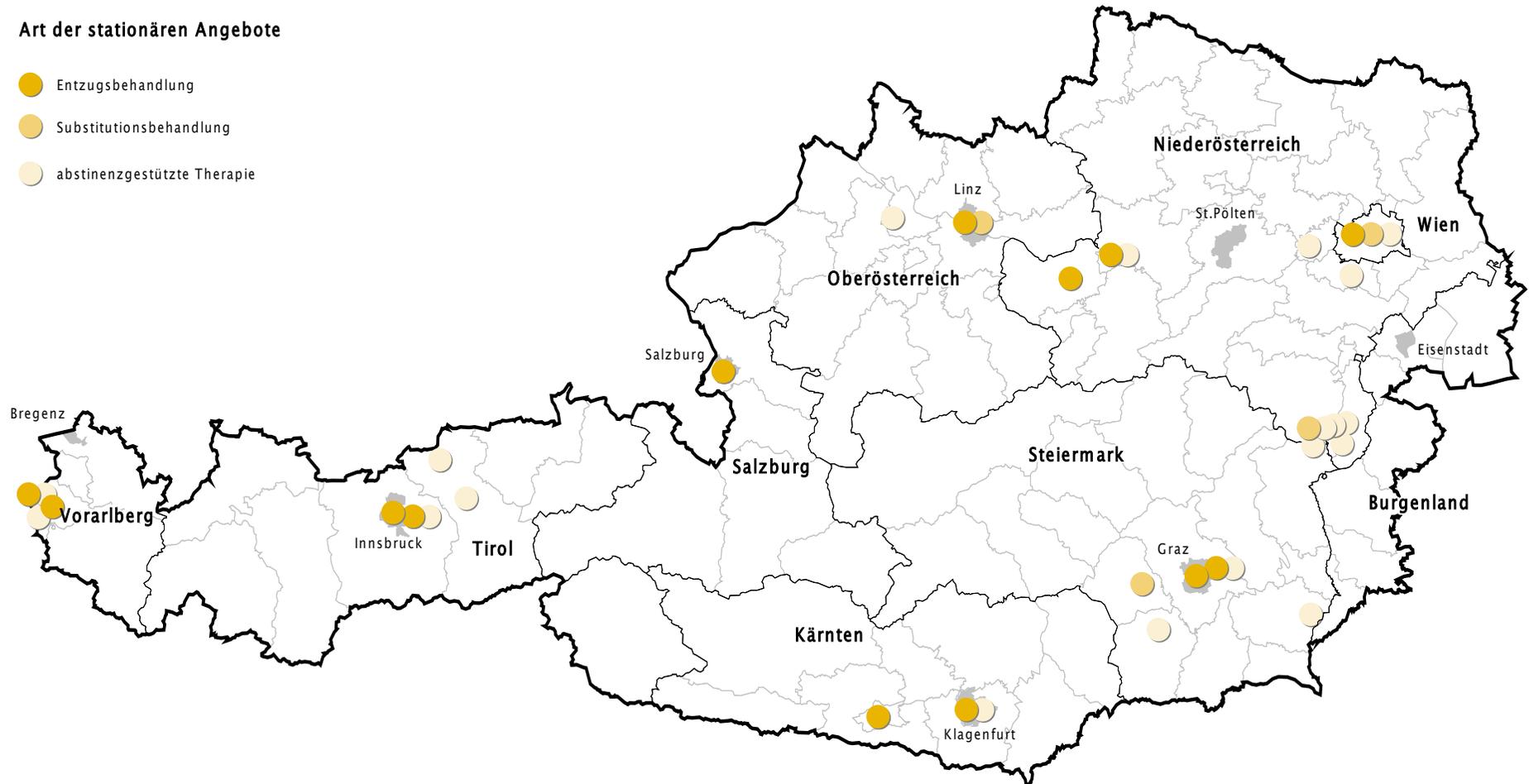
Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juni 2012



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

Karte 5.2:

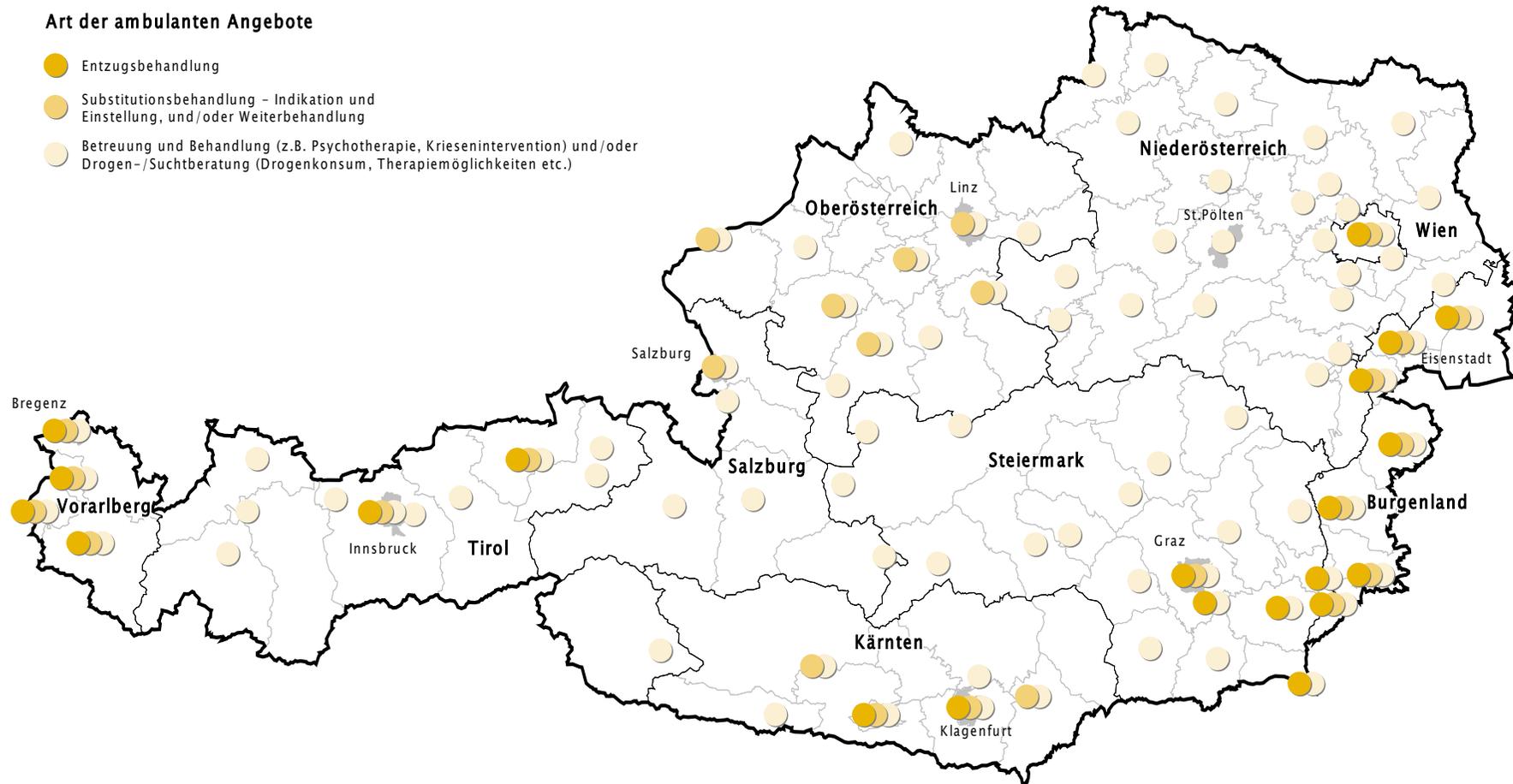
Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2012



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

Karte 5.3:

Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2012



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

Hinsichtlich **spezifischer Zielgruppen** kann von Erfahrungen mit dem Vorarlberger Kooperationsstandard zur Zusammenarbeit von Drogenberatungsstellen und Jugendwohlfahrt (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011c) berichtet werden. Diese Zusammenarbeit wird vor dem Hintergrund einer steigenden Anzahl an Schwangeren mit Suchtproblematik sowohl von der Jugendwohlfahrt als auch von der Beratungsstelle Clean Feldkirch in der praktischen Umsetzung als sehr positiv und produktiv erachtet (Stiftung Maria Ebene 2012b). Im Jahr 2011 wurden zwölf Frauen mit Kindern betreut. Die Fallverantwortung liegt in solchen Fällen bei der Jugendwohlfahrt, ein regelmäßiger Informationsaustausch mit den Kooperationspartnern erfolgt im Rahmen von Standortgesprächen.

Die Evaluation des Pilotprojektes *DESK* für eine verbesserte Betreuung von abhängigen Schwangeren in NÖ (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) wurde im Sommer 2011 abgeschlossen. Aufgrund der positiven Erfahrungen wird das Projekt seither als Standardangebot weitergeführt und wurde im Berichtszeitraum auf die Bezirke Baden und Tulln ausgeweitet (Hörhan, p. M.).

In Kärnten wird an einem System gearbeitet, das suchtspezifische Unterstützung für sozialpädagogische Einrichtungen durch Wissenstransfer und Coaching (im Sinne von Case Management) durch Mitarbeiter/innen der Suchtberatungen zur Verfügung stellen soll (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012).

Um ältere Suchtkranke²⁹ besser betreuen zu können, hat sich eine Arbeitsgruppe der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) im Jahr 2011 verstärkt diesem Thema gewidmet (SDW 2012). Neben der Sensibilisierung relevanter Hilfssysteme und Kooperationspartner/innen sowie der Etablierung langfristiger und nachhaltiger Kooperationsstrukturen sollen wienweite Standards für die Arbeit mit älteren Suchtkranken erarbeitet werden. Handlungsleitlinien für den Bereich der Pflege wurden bereits erstellt, waren zu Redaktionsschluss jedoch noch nicht verfügbar.

Die Fachstelle Suchtprävention NÖ hat im Berichtszeitraum Aktivitäten zum Thema Migration und Sucht gesetzt (vgl. auch Kap. 3.4), darunter fällt auch die Gründung einer *Arbeitsgruppe Suchtarbeit in der Migrationsgesellschaft* (AG SiM) mit dem Ziel des Wissenstransfers und der Entwicklung neuer Angebote (Hörhan, p. M.). Weitere Aktivitäten und Vernetzungen sind geplant.

29

Diese werden von der SDW definiert als „suchtkranke Personen über 40 Jahren oder mit einer langjährigen Suchtgeschichte, deren Situation durch soziale Desintegration gekennzeichnet ist, die meist auch physisch und psychisch belastet sind und daher Unterstützungs- und Betreuungsbedarf haben“.

Hinsichtlich der **Weiterentwicklung der bestehenden Angebote** ist zu berichten, dass die Therapiestation Carina seit Anfang 2012 zusätzlich zum stationären Betrieb ein tagesklinisches Angebot im Probetrieb umsetzt (Bachmann, p. M.). Dieses Angebot, das aus zwei Plätzen besteht, steht derzeit nur ehemaligen Klientinnen und Klienten der Therapiestation Carina zur Verfügung und soll zur psychosozialen Stabilisierung und Tagesstrukturierung beitragen.

Eine Neuorganisation der Drogen- und Suchthilfe für den Raum Bregenz hat dazu geführt, dass die Beratungsstellen Clean Bregenz und Team Mika im Juli 2012 unter dem Namen Clean Bregenz zusammengelegt wurden³⁰. Dies hat auch zu Veränderungen in der Entzugs- und Substitutionsbehandlung geführt. Für Neu- und Wiederaufnahmen bedarf es einer ersten Abklärung bzw. Indikationsstellung an der Beratungsstelle, der erste Termin bei einem Arzt bzw. einer Ärztin wird anschließend von der Beratungsstelle vereinbart. Für laufende Behandlungen werden die Termine von behandelndem Arzt bzw. behandelnder Ärztin vergeben.

Vom Verein b.a.s. wurde das Pilotprojekt *24 Stunden, 7 Tage ... unter Substitution* durchgeführt und evaluiert. Ziel war es, Opioidabhängige in Substitutionsbehandlung zu einem Austausch mit externen Fachleuten im Rahmen einer Veranstaltungsreihe einzuladen (Geishofer, p. M.). Themen waren die Substitutionsbehandlung selbst, Erste-Hilfe-Maßnahmen und Eigeninitiativen von Suchtkranken. Die Veranstaltungsreihe wurde sehr gut angenommen und der Wunsch nach einer Fortsetzung geäußert, aber nicht nur hinsichtlich informierender, sondern auch tagesstrukturierender Angebote (b.a.s. 2011). Es zeigte sich aber auch, dass zwar die Motivation, neue attraktive Angebote in Anspruch zu nehmen, groß ist, dass die tatsächliche Inanspruchnahme jedoch die Erwartungen nicht erfüllt, was auf die fehlende Verbindlichkeit zurückgeführt wird (Freiwilligkeit).

Vom Verein Oikos wurde im Berichtszeitraum die bereits bestehende Vortragsreihe für Klientinnen und Klienten ausgebaut (Oikos 2012). Aufgrund der Entwicklungen hinsichtlich *Research Chemicals* und dem sich ständig verändernden Konsumverhalten von Drogenabhängigen sowie der für viele dieser neuen Substanzen fehlenden Harntests wurde vom Verein Oikos ein Dokumentationssystem zur standardisierten Verhaltensbeobachtung entwickelt. Physische und psychische Auffälligkeiten der Klientinnen und Klienten werden dafür erhoben und gesammelt ausgewertet, um einen allfälligen weiteren Drogenkonsum zu verifizieren.

30

Zu finden unter den „News“ der Beratungsstelle Clean Bregenz vom 8. 5. 2012 (<http://www.mariaebene.at/start.php?textID=7322>) und 19. 7. 2012 (<http://www.mariaebene.at/start.php?textID=7426>).

Die Ambulanz der Therapiestation Walkabout wurde im Juni 2012 offiziell eröffnet. Sie bietet Vor- und Nachbetreuung, Angehörigenberatung und offene Beratung an³¹ (vgl. auch Kap. 11).

Die Abteilung V – Drogenabteilung, Entzugsstation, Kurzzeittherapie des API ist Anfang August 2012 nach Kalksburg umgezogen und wird sukzessive von 18 auf 40 Betten ausgeweitet (Preinsperger, p. M.). Gleichzeitig soll die Hausordnung an den aktuellen Bedarf angepasst werden.

Im September 2012 soll die neue Entzugsstation der Therapiestation Lukasfeld mit sechs zusätzlichen Betten offiziell eröffnet werden (Wölfle, p. M.). Sie ist bereits seit Juni 2012 in Betrieb und hat – entsprechend den Erwartungen – zu verkürzten Wartezeiten für eine medizinisch geleitete körperliche Entgiftung geführt. An der Entzugsstation sind zukünftig auch Teilentzüge möglich, d. h., opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung können ihr Substitutionsmittel weiterhin einnehmen, während sie von anderen Substanzen, von denen sie zusätzlich abhängig sind, entzogen werden³².

Die Evaluation des Spezialangebots für jugendliche Suchtmittelkonsumierende des Vereins Dialog (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011c) wurde im Jahr 2011 abgeschlossen. Im Rahmen dieser Evaluation wurde einerseits mit den „*Multidimensionalen Klient/innenprofilen*“ (MKP) ein standardisiertes Instrument zum Monitoring von Entwicklungsverläufen entwickelt, andererseits wurden Subgruppen identifiziert, an deren Bedarf das Betreuungsangebot angepasst wurde (Verein Dialog 2012a). Teile der MKP bildeten wiederum die Grundlage für die Entwicklung der *Multidimensionalen Diagnostik* für das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN). Die für die Identifikation der Subgruppen herangezogenen Variablen (CORE 2011) beinhalten u. a. erlebte familiäre Gewalt, die Anzahl psychiatrischer Diagnosen, das Vorhandensein von nichtszenebezogenen Kontakten sowie konsumspezifische Diagnosen (Benzodiazepin-Konsum und Risikokonsum) und führten zu folgenden Subgruppen (Verein Dialog 2012a):

- » *Familiär eingebunden*, mit hohem Betreuungsbedarf,
- » *Familiäre Gewalt*, mit hohem Betreuungsbedarf,
- » *Broken Home*, mit sehr hohem Betreuungsbedarf,
- » *Psychiatrisch auffällig*, mit sehr hohem Betreuungsbedarf.

31

Zu finden unter <http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/walkabout/startseite/walkaboutambulanzmariahil/index.html>.

32

Zu finden unter den „News“ der Therapiestation Lukasfeld vom 19. 7. 2012 (<http://www.mariaebene.at/start.php?textID=7433>).

Zusätzlich wurden anhand von Interviews mit Klientinnen und Klienten drei Typen identifiziert, die mit „gut verankert“, „verlassen“ und „orientierungslos“ beschrieben werden.

Die Evaluation³³ ergab, dass das primäre Ziel des *Vereins Dialog* (das Überleben der Jugendlichen zu sichern) erreicht wird (CORE 2011). Zusätzlich gelingt es auch, die Konsumhäufigkeit und -problematik positiv zu beeinflussen. Die Verbesserung der Sozialkontakte (inklusive Beziehung zur Familie) gelingt ebenfalls, allerdings wird teilweise der Verein Dialog als Zwischenwelt gesehen und damit die Verbindung zu „den anderen“ nicht wirklich ausprobiert. Weniger gut gelingt eine Verbesserung der Tagesstruktur, hier sind eventuell spezielle Anreizsysteme nützlich. Die Vermittlung zu externer Unterstützung sollte teilweise intensiviert werden.

Der aus den Ergebnissen abgeleitete Betreuungsbedarf liegt in den ersten beiden Gruppen im Wesentlichen bei einer Unterstützung in den Bereichen Ausbildung und Arbeit (im Wesentlichen Vermittlung), zusätzlich können bei Bedarf Traumatherapie, ambulante und abstinentenzgestützte Behandlungen bei Jugendlichen in stabiler Substitutionsbehandlung angeboten werden. In der dritten Gruppe gilt es als besondere Herausforderung, eine Retraumatisierung bei der Überleitung in Angebote für Erwachsene zu vermeiden. Die vierte Gruppe benötigt stationäre Aufenthalte zur Stabilisierung und Abklärung. Um dies zu ermöglichen, sind weitere Vernetzungsaktivitäten notwendig.

Zur **Qualitätssicherung** in der Suchtbehandlung gibt es laufend verschiedenste Aktivitäten. Einerseits werden Handlungsanleitungen entwickelt und Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt, andererseits werden Maßnahmen in den Einrichtungen bzw. auf organisatorischer Ebene gesetzt. Aktuelle Evaluationen und andere Maßnahmen (z. B. die Leitlinie für den Umgang mit Benzodiazepinen) werden auf den vorhergehenden Seiten des Kapitels 5 sowie in Kapitel 11 erwähnt. Das in Wien eingeführte Prinzip der „2nd Opinion“³⁴ (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011c und Kap. 11) wurde auf den ambulanten Therapiebereich ausgeweitet, seit Jänner 2012 läuft ein einjähriger Pilotbetrieb in Zusammenarbeit mit dem Verein Dialog (SDW 2012).

33

Sie bezieht sich auf den Zeitraum Oktober 2009 bis Oktober 2010 und basiert auf Daten von 376 Klientinnen/Klienten und 36 Interviews mit jugendlichen Klientinnen/Klienten. Zur Entwicklung der MKP wurden Workshops mit dem Team durchgeführt.

34

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

In NÖ wurde der Bereich der Qualitätssicherung analysiert und festgestellt, dass in den Suchthilfeeinrichtungen ausreichende Qualitätssicherungsmaßnahmen bestehen. Eine zusätzliche standardisierte Schnittstelle zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist in Planung (Hörhan, p. M.). Abgesehen davon wurden Qualitätsrichtlinien für die Jugendsuchtberatung und die Angehörigenarbeit entwickelt. Die Qualitätsstandards für die Jugendsuchtberatung gelten für die vier bestehenden Standorte und sollen auch als Basis für einen zukünftigen Ausbau dieses integrativen Konzeptes dienen. Die Verknüpfung von Jugendsuchtberatung und Jugendberatung gewährleistet die Niederschwelligkeit des Angebots. Die Grundsätze der Jugendsuchtberatung entsprechen im Wesentlichen jenen der Offenen Jugendarbeit, als Kernleistungen werden psychosoziale Beratung, Weitervermittlung (wenn nötig), die Begleitung zu verschiedenen Institutionen und unmittelbare psychosoziale Hilfe bei Krisen angeboten (Fachstelle für Suchtprävention NÖ, 2012c). Wesentlich ist zunächst der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und einer trag- bzw. arbeitsfähigen Beziehung, bevor Klarheit über die Situation und den Unterstützungsbedarf gewonnen und mit konkreter Unterstützung begonnen werden kann. Zusätzlich werden Vernetzungstätigkeiten sowie Öffentlichkeitsarbeit bzw. Lobbying betrieben.

Weitere Maßnahmen zur Qualitätssicherung liegen z. B. im Bereich der Dokumentation. Vom Verein Dialog wurde gemeinsam mit den Partnerunternehmen *Proclos* und *Adaptive* eine Dokumentationssoftware entwickelt, die an den berufsgruppenübergreifenden Behandlungsansatz angepasst ist und eine intensive Kooperation der Mitarbeiter/innen im Sinne der Behandelten unterstützen soll (Verein Dialog 2012a).

Auch an der Therapiestation Carina wurde mit *MEDOS-Carina* ein neues Dokumentationssystem entwickelt und Anfang 2011 der Regelbetrieb aufgenommen (Stiftung Maria Ebene 2012b). Dieses auf die Bedürfnisse der Therapiestation abgestimmte Dokumentationssystem bildet die Basis für die aktuelle Therapie- und Behandlungsplanung. Zusätzlich wird an einem Therapiehandbuch gearbeitet, das im Laufe des Jahres 2012 fertiggestellt werden soll. Dieses Handbuch soll sich an dem individuellen Arbeitsansatz orientieren, der sich im Laufe der Zeit aufgrund der unterschiedlichen Störungsbilder im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und anderen psychiatrischen Diagnosen als notwendig herausgestellt hat.

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. Sie reichen von österreichweiten Tagungen wie dem „Interdisziplinären Symposium zur Suchterkrankung: Medizinische, psychologische, psychosoziale und juristische Aspekte“ im Februar 2012 in Grundlsee, dem 15. Substitutionsforum im April 2012 in Mondsee und der Fachtagung „Sucht und Kultur“ von Stiftung Maria Ebene und Caritas Vorarlberg im Mai 2012 bis zu Fortbildungen für nicht spezifisch mit dem Thema Sucht

befasste Berufsgruppen wie z. B. ein Seminar zum Thema *Research Chemicals* für Mitarbeiter/innen der Landeskliniken-Holding in NÖ.

5.3 Zugang zum Behandlungssystem

5.3.1 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Betreuungsjahrgang 2011 sind zum sechsten Mal Daten des österreichweiten „Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI verfügbar³⁵ (vgl. auch Tab. A23 – A28).

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.037 Personen vor, die im Jahr 2011 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 1.526 begonnen, bei 272 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 379 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 6.511 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben. Generell entsprechen die für das Jahr 2011 erhobenen Daten jenen der Vorjahre.

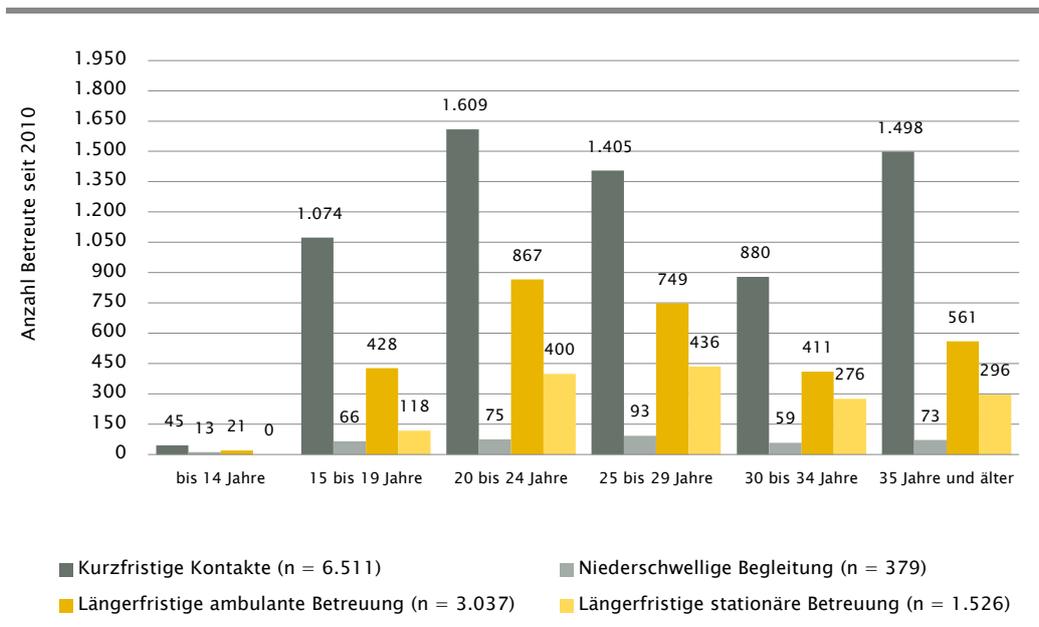
Etwa ein Sechstel der betreuten Personen mit Ausnahme jener in stationären Settings, wo der Anteil 8 Prozent beträgt, ist unter 20 Jahre alt. Zwischen 45 (niederschwellige Begleitung) und 61 Prozent (langfristige stationäre Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abb. 5.1, Tab. A23).

35

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 2011 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 2010 wurden rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2011b). 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.

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen zwischen 20 und 25 Prozent.

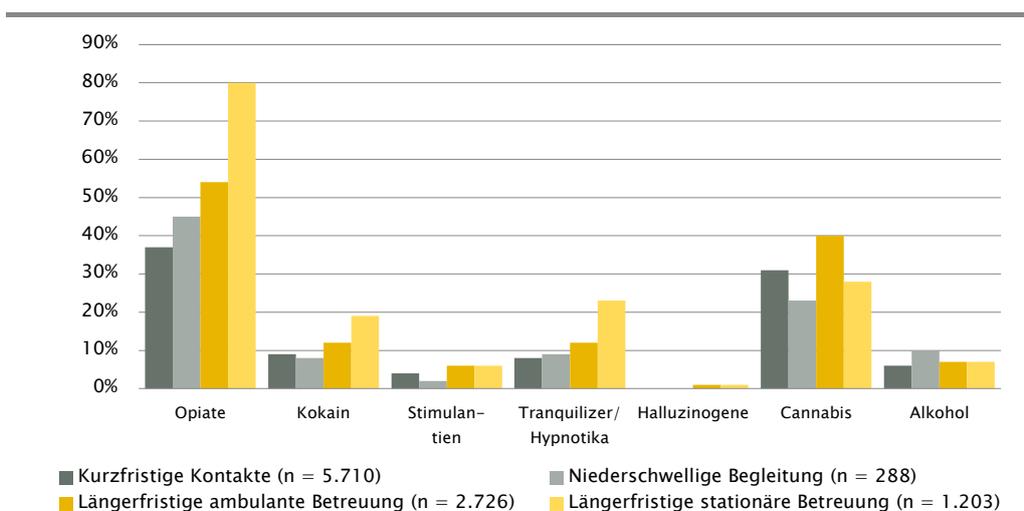
Abbildung 5.1:
Anzahl der Personen, die 2011 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2011;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge³⁶. Kokain spielt als Leitdroge nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 5.2 und Tab. A27). Es zeigt sich damit, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen anderen EU-Ländern Opiate die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EBDD 2011).

Abbildung 5.2:
Leitdroge(n) der Personen, die 2011 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, in Prozent, nach Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2011;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

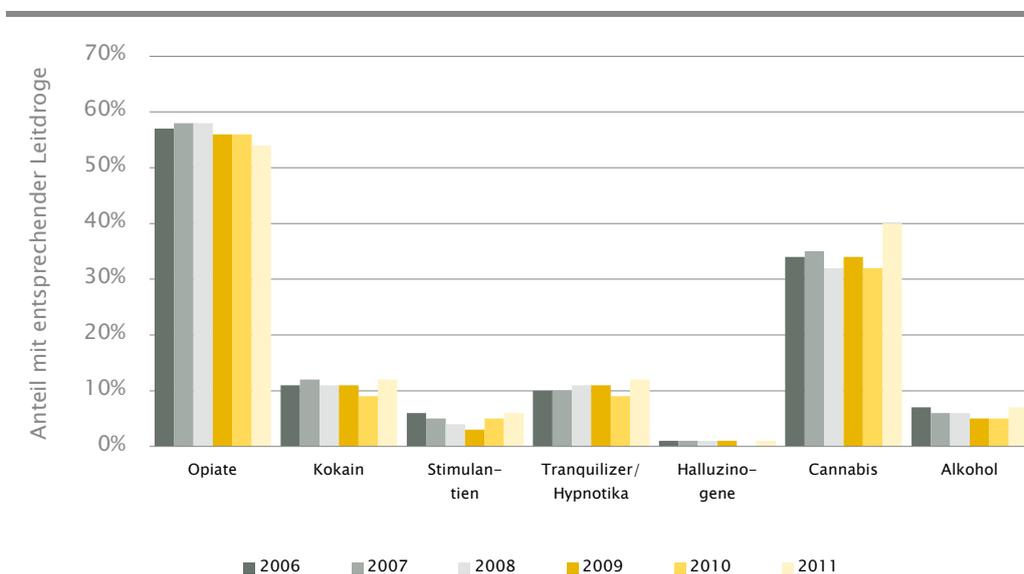
36

Im Rahmen der DOKLI-Drogenanamnese wird zunächst danach gefragt, welche Drogen jemals konsumiert wurden. Danach werden die entsprechenden Drogen klassifiziert hinsichtlich der aktuellen Drogenproblematik als Leitdrogen, Begleitdrogen, Drogen, bei denen lediglich Probierkonsum vorliegt, und nicht behandlungsrelevante Drogen. 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).

Der Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 23 und 40 Prozent. Dies ist allerdings zum Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Anteil von Personen mit Therapieaufgabe in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist. Das Schwerpunktkapitel des dieses Jahr erstmals erscheinenden Epidemiologieberichts Drogen (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung) wird sich vertiefend mit dieser Klientengruppe auseinandersetzen.

Hinsichtlich der Konsummuster der DOKLI-Klientel hat sich in den letzten sechs Jahren wenig geändert (vgl. Abb. 5.3)

Abbildung 5.3:
Leitdroge(n) der Personen, die in Österreich eine drogenspezifische längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, in Prozent, 2007 bis 2011



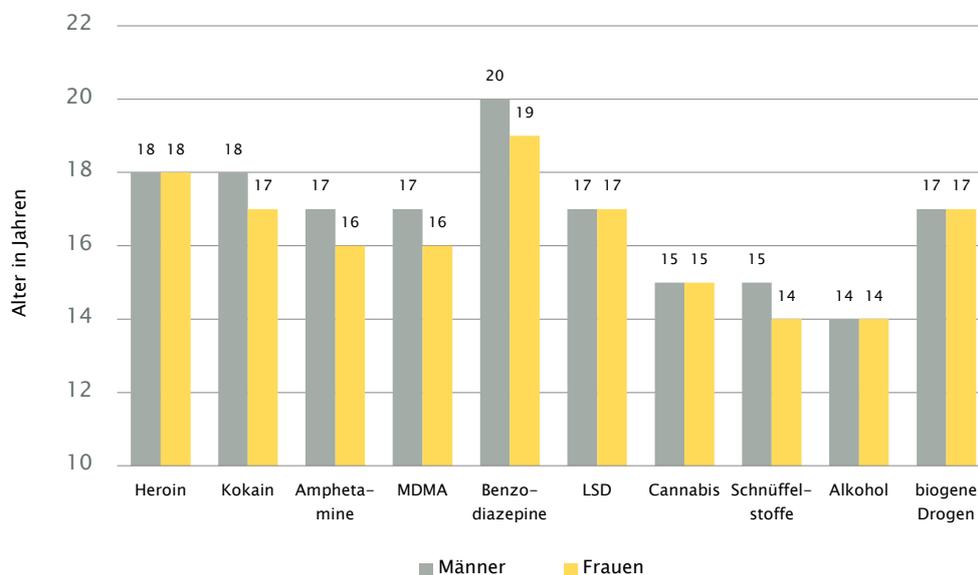
Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2011;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 einigen Drogen ein niedrigeres Einstiegsalter auf als Männer (vgl. Abb. 5.4). Zur Detailanalyse dieser und anderer Geschlechterunterschiede sei auf das Schwerpunktkapitel des DOKLI-Berichts 2009 verwiesen (GÖG/ÖBIG 2009a).

Abbildung 5.4:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2011 in Österreich eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht



Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

42 Prozent der Klientinnen und Klienten in stationärer bzw. längerfristiger ambulanter Betreuung sind zu Beginn in Substitutionsbehandlung (Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst). Im niederschweligen Bereich beträgt der entsprechende Anteil 61 Prozent. Der Prozentsatz der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen nimmt in allen Settings mit dem Alter der Klientinnen und Klienten zu.

Bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben im ambulanten Bereich 41 Prozent und im stationären Bereich 74 Prozent der in DOKLI dokumentierten Klientel. Der Anteil von Personen mit intravenösen Konsumerfahrungen ist über die Jahre relativ konstant bzw. leicht rückläufig und bei Personen, die erstmals im Leben eine längerfristige drogenspezifische Betreuung in Anspruch nehmen, deutlich geringer (vgl. GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

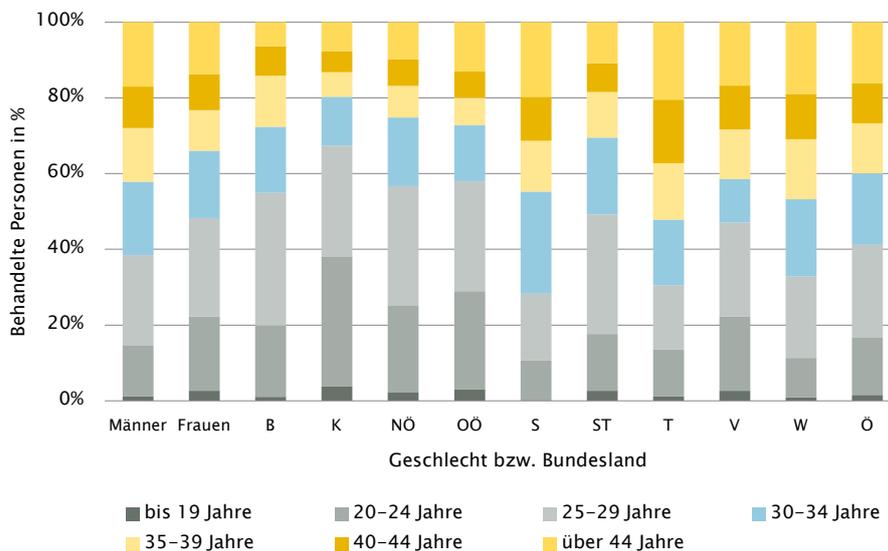
Die große Bedeutung des Sniffens beim Heroin- bzw. Opiatkonsum bestätigt sich auch bei den DOKLI-Daten 2011. Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt Sniffen (51 %) die am öftesten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von injizierendem Konsum (37 %). Im stationären Bereich betragen die entsprechenden Werte 37 bzw. 47 Prozent. Der Anteil der Personen mit vorwiegender Einnahmeform „Injizieren“ nimmt mit dem Alter der Klientel zu. Vertiefende Analysen (Busch

und Eggerth 2010) zeigen, 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.

Von den 16.782 insgesamt im Jahr 2011 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 73 Prozent männlich und 27 Prozent weiblich. Die Verteilung nach Geschlechtern bei den 1.765 im Jahr 2011 erstmals in Substitutionsbehandlung Gemeldeten ist nahezu ident (74 % Männer, 26 % Frauen).

Aufgrund der Verbesserung der Datenqualität im Rahmen von *eSuchtmittel* (vgl. Kap. 4.2. und 5.3.2) können 2012 erstmals valide Aussagen zur Altersstruktur der Klientel gemacht werden. Abbildung 5.5 zeigt die Altersstruktur der 2011 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind 17 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt. 24 Prozent liegen in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre, 32 Prozent befinden sich im Alter von 30 bis 39 Jahren, und 25 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen. Während beispielsweise im Burgenland, in Kärnten, Niederösterreich und Oberösterreich über die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt sind, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol und Wien nur etwa ein Drittel.

Abbildung 5.5:
Altersstruktur 2011 der in Österreich in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland



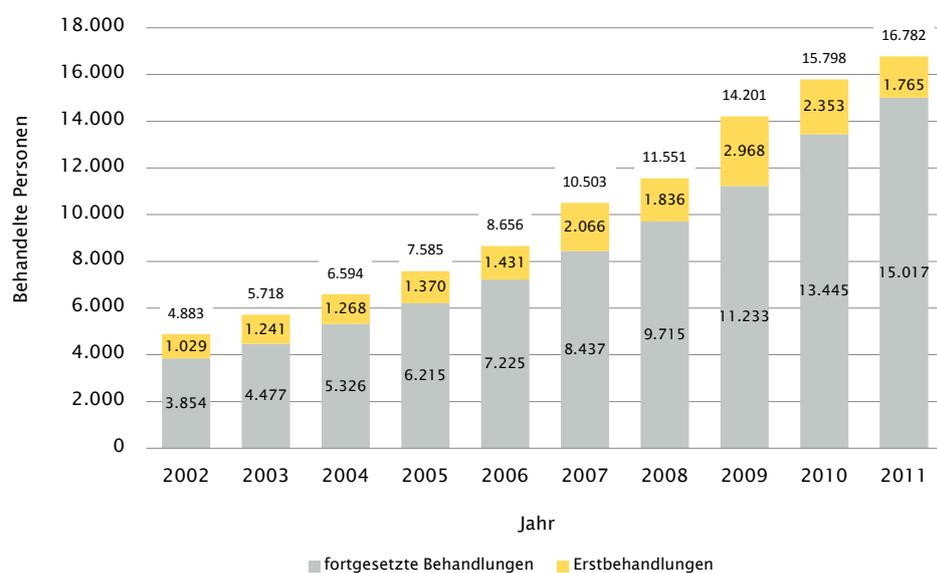
Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3.2 Trends und Anzahl der betreuten Personen

Da DOKLI erst seit 2006 existiert, lassen sich über langfristige Trends nur wenige Aussagen machen (vgl. Kap. 5.3.1). Eine weit zurückreichende Zeitreihe liegt bezüglich des Monitorings der Substitutionsbehandlungen vor (vgl. auch ST TDI und ST24).

Abbildung 5.6:

Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2002–2012



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 im Vorjahr referierten Zahlen (GÖG/ÖBIG 2011c) sind auf die Verbesserung der Datenqualität im Rahmen von *eSuchtmittel* zurückzuführen.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMG wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und erfolgten oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010c).

Dieses Manko konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Zeitreihe – insbesondere was die letzten Jahre

betrifft – wesentlich verbessert werden (Eliminierung des „Ghost-Case“-Fehlers; vgl. Kap. 4.1). Lediglich ein Teil der Behandlungen, die vor 2011 abgeschlossen und im alten System nicht gemeldet wurden, konnte rückwirkend nicht nachgetragen werden. Dieser Fehler dürfte aber in erster Linie Behandlungen aus den Jahren vor 2007 betreffen, da sich bereits 2007 die Meldepraxis entscheidend verbessert hat (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c). Dennoch ist die Anzahl der Erstbehandlungen insbesondere 2008 und 2009 möglicherweise durch Nachmeldungen verfälscht (Nachmeldung bereits in Behandlung befindlicher Personen, die fälschlicherweise als Erstbehandlungen aufscheinen). Bezüglich der für 2011 angegebenen Zahlen ist davon auszugehen, dass sie der Realität entsprechen. Damit ist es erstmals möglich, die Zahl der Personen, die sich in Österreich in Substitutionsbehandlung befinden, mit einer hinreichenden Genauigkeit anzugeben. Auch über die Altersstruktur (die durch die „Ghost-Case“-Problematik massiv betroffen war) lassen sich erstmals valide Aussagen machen (vgl. Kap. 5.3.1).

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). Eine Aufschlüsselung nach Alter, Geschlecht und Region findet sich in Kap. 5.3.1, eine Darstellung der gemeldeten Behandlungen nach Bundesland in Tab. A22.

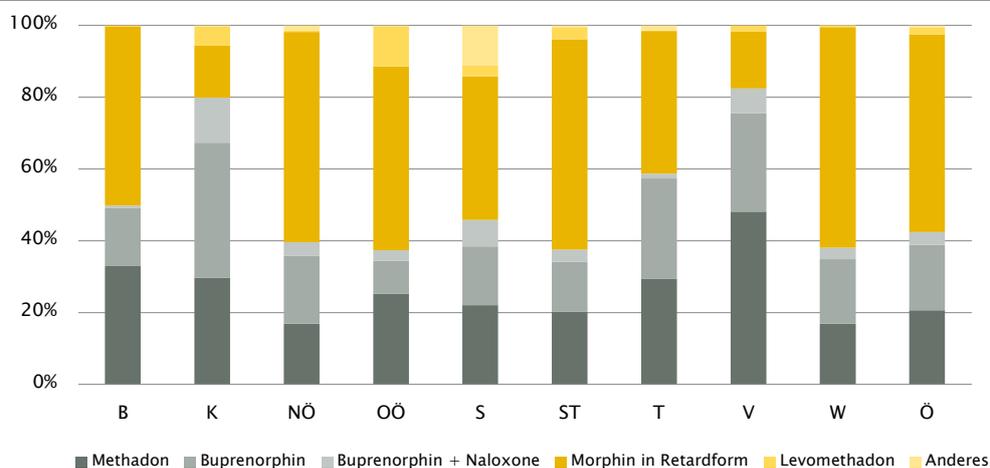
Basierend auf *eSuchtmittel*, ist es für 2011 erstmals auch möglich, Aussagen zu den verschriebenen Substitutionsmitteln zu machen. Österreichweit stellt Morphin in Retardform (55 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Methadon (21 %) und Buprenorphin (18 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Vorarlberg nur bei 16 Prozent der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien bei 61 Prozent der Behandelten der Fall (vgl. Abb. 5.7). Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen. Die Tendenz geht dahin, dass bei älteren Klientinnen und Klienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird (vgl. Abb. 5.8).

Die referierten Zahlen zum Substitutionsmittel stimmen nun auch mit den im Rahmen von DOKLI gesammelten Angaben weitgehend überein³⁷.

37

In den Vorjahren war der Anteil von Morphinen in Retardform im Substitutionsregister (scheinbar) wesentlich niedriger als in DOKLI. Diese Diskrepanz beruhte aber in erster Linie darauf, dass mangels valider Angaben bei den insgesamt betreuten Personen in den Vorjahren lediglich die lebensbezogenen Erstbehandlungen für die Auswertung nach Substitutionsmitteln herangezogen werden konnten (wo der Anteil von Morphin in Retardform tatsächlich niedriger ist). Mit *eSuchtmittel* ist es nun möglich, ein valides Bild für alle in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen zu zeichnen, das sich mit den DOKLI-Daten deckt und die Aussagekraft beider Datenquellen belegt.

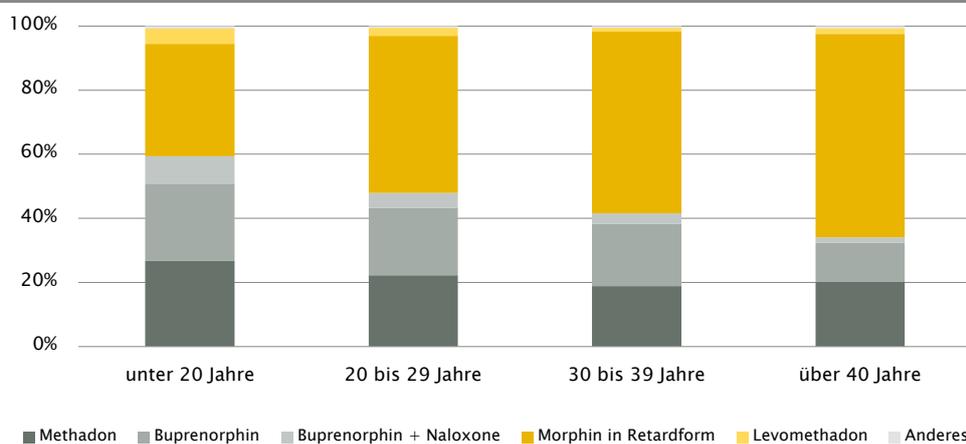
Abbildung 5.7:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung
 nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2011



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.126 der insgesamt 16.782 Personen, da bei 656 Personen (4 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.8:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung
 nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.126 der insgesamt 16.782 Personen, da bei 656 Personen (4 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

6.1 Einleitung

Hinsichtlich drogenbezogener Begleiterkrankungen sind Infektionskrankheiten, insbesondere HIV und Hepatitis, 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. Für HIV-Infektionen gibt es lediglich ein Labormeldesystem, in dem die Zahl der Neuinfektionen erfasst wird. Eine Zuordnung zu Alters- oder Risikogruppen ist darin nicht möglich. Aids-Erkrankungen sind hingegen meldepflichtig. Die anonymisierte Aids-Meldung lässt auch Rückschlüsse auf Übertragungswege, Alter, Geschlecht und andere demografische Parameter zu. Seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) hat die Statistik der anonymisierten Aids-Meldungen an Bedeutung verloren, da nur mehr wenige Aids-Fälle gemeldet werden (in erster Linie Endstadien, Therapieversager und sehr spät diagnostizierte Fälle; Klein, p. M.). Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemie in Österreich kommen heute aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von sieben Behandlungszentren ein. Bis Mitte 2011 wurden 7.031 Patientinnen und Patienten erfasst. Es wird davon ausgegangen, dass in der Kohorte etwa zwei Drittel aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen erfasst werden (AHIVCOS 2012).

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 Bericht zur Drogensituation 2010 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.

6.2 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 (2011: 0 % bis 4 %; vgl. Tab. 6.1), wobei einzelne Datenquellen in der näheren Vergangenheit auch eine etwas höhere Rate referieren (z. B. suchtgiftbezogene Todesfälle 2009: 5 % bis 12 %; vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Abbildung 6.1 zeigt, dass die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie³⁸ aufgenommen wurden, in den letzten Jahren rückläufig war

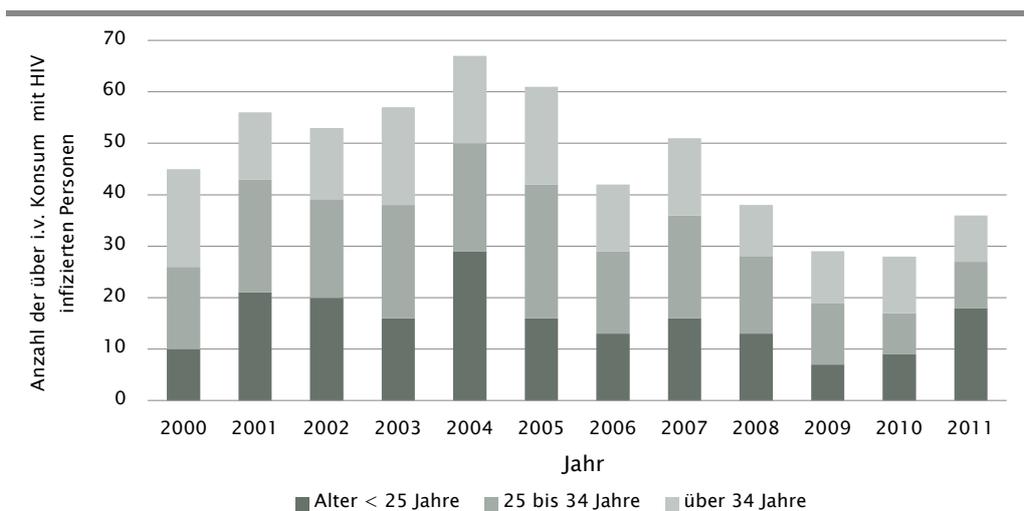
38

Die österreichische HIV-Kohorten-Studie (AHIVCOS) startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Otto-Wagner-Spital Wien, AKH Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 7. 2012 wurden insgesamt 7.406 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass in etwa 85 Prozent aller in ART-Behandlung befindlichen HIV-positiven Personen und etwa 51 Prozent aller diagnostizierten HIV-positiven Personen ohne antiretrovirale Therapie in der Kohorte erfasst sind. Bei einer Schätzung von etwa 1.700 undiagnostizierten HIV-positiven Personen sind in der Kohorte somit etwa zwei Drittel aller HIV-positiven Personen in Österreich erfasst. Als „aktuelle Kohorte“ werden jene 3.839 Personen bezeichnet, die im Zeitraum Jänner bis Juli 2012 eine Kontrolluntersuchung der CD4-Zellen durchgeführt haben. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2012).

(Details siehe GÖG/ÖBIG 2011c und AHIVCOS 2012). 2011 zeigt sich jedoch seit 2007 erstmals wieder ein Anstieg, insbesondere in der Gruppe der Personen unter 25 Jahren (vgl. Abb. 6.1). Auch der Prozentanteil des Ansteckungswegs „intravenöser Drogenkonsum“ an allen HIV-Infektionen hat sich wieder leicht erhöht (2009: 10 %, 2010: 9 %, 2011: 12 %).

Abbildung 6.1:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die angeben, sich über i. v. Drogenkonsum mit HIV infiziert zu haben, nach Alter und Jahr



Quellen: AHIVCOS 2012 und Zangerle, p. M.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei der Interpretation ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Anzahl von 36 Infektionen im Jahr 2011 eine im statistischen Sinne sehr kleine Zahl ist, was eine valide Trendaussage erst in den nächsten Jahren ermöglichen wird, zumal aus anderen Datenquellen keine Hinweise auf einen Anstieg der HIV-Prävalenz bei Personen mit i. v. Konsum vorliegen. Bei der Interpretation der Zahlen ist auch zu berücksichtigen, dass das Jahr der HIV-Diagnose in einigen Fällen Jahre nach einer HIV-Infektion liegen kann. Beispielsweise erkrankten 2011 etwa 12 Prozent aller neu in die HIV-Kohorte aufgenommenen Personen innerhalb von drei Monaten an Aids (late diagnosis³⁹), was für eine längere Zeit zurückliegende HIV-Infektion spricht. Zudem sind in der AHIVCOS nur etwa zwei Drittel aller HIV-infizierten Personen erfasst. Dennoch sollten die oben dargestellten Entwicklungen genau beobachtet werden, um einem Anstieg der HIV-

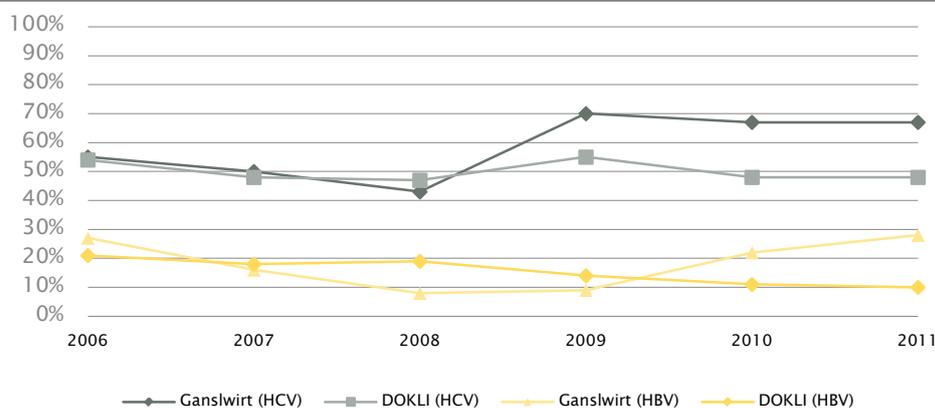
39

„Late diagnosis“ = CD4-Zellen unter 350 zum Zeitpunkt der HIV-Diagnose und/oder Aids-Erkrankung innerhalb von drei Monaten nach der HIV-Diagnose

Problematik bei Personen mit i. v. Drogenkonsum rechtzeitig entgegenwirken zu können.

Die Prävalenzrate für Hepatitis B streut in den verfügbaren Datenquellen im Berichtsjahr von 0 Prozent bis 28 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 und 2011 bei 34 bis 70 Prozent. Rezent gibt es bei der Betrachtung der beiden wichtigsten Datenquellen Anzeichen für einen Anstieg (vgl. Tab. 6.1 und Abb. 6.2). Abbildung 6.2 zeigt die Entwicklung der Hepatitis-B- und -C-Rate der letzten sechs Jahre entsprechend den beiden größten zur Verfügung stehenden Datenquellen.

Abbildung 6.2:
HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und *ganslwirt* 2006–2011



Anmerkung: Legende zu den Datenquellen siehe Tabelle 6.1

Quelle: ST 9; Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 Seroprävalenzstudie).

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 (z. B. Lukasfeld: 59 %, Marienambulanz: 78 %, *ganslwirt*: 61 %). Bezüglich der HCV-Genotypisierung gibt es im Berichtsjahr weder nationale Daten noch Einzelmeldungen.

Tabelle 6.1:

Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV in Österreich, 2011

Datenquelle	HBV-Rate	HCV–Ab-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	0 % (0/57) ¹	39 % (22/57)	0 % (0/57)
Sozialmedizinische Beratungsstelle <i>ganslwirt</i>	28 % (44/159) ²	67 % (118/176)	2 % (4/176)
Caritas Marienambulanz	10 % (12/115) ³	70 % (80/115)	0 % (0/115)
DOKLI	10 % (18/174)	48 % (127/262)	0 % (1/256)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2011	nicht erfasst	16 % (27/170) ⁴ 34 % (27/79) ⁴	2 % (3/170) ⁴ 4 % (3/76) 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.
- 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 79 bzw. 76 von 170 Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV–Ab 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–Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 2011b). Die Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten der Wiener BADO weist auf eine Prävalenz chronischer HCV von 25 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 2011b). 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 3 Prozent, so steigt sie bei den über 40–Jährigen auf 35 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.

In der AHIVCOS werden auch Daten zu Ko–Infektionen mit Hepatitis B und Hepatitis C erfasst. Während in der gesamten aktuellen Kohorte (Stand: 1. 7. 2011; vgl. AHIVCOS 2011) die Ko–Infektionsrate mit chronischer Hepatitis B 3 Prozent und mit chronischer Hepatitis C 14 Prozent beträgt, machen die entsprechenden Raten bei Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum 5 Prozent bzw. 63 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 neun Nennungen (20 %) als Risikosituation an letzter

Stelle nach heterosexuellen Kontakten (n = 11) und homosexuellen Kontakten (n = 16) steht. Neun Fälle werden 2011 unter „Anderer/unbekannter Ansteckungsweg“ gemeldet (BMG 2012a; vgl. Tab A8).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich der Tuberkulose (Tbc) vor. Von 129 Tbc-Angaben im DOKLI-Datensatz (vgl. Kap. 5.3) ist keine Person Tbc-positiv diagnostiziert worden. Diese Zahlen belegen, dass Tbc bei den vom Drogensystem erfassten Personen weiterhin kein Problem darstellt. Die Tbc-Impfrate basiert auf den Daten von 388 Personen. Auch die diesjährigen Daten bestätigen die geringe Durchimpfungsrate bei Tbc, die wie in den letzten Jahren bei vier Prozent lag (GÖG/ÖBIG 2009a; GÖG/ÖBIG 2010b, GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Wichtig ist auch festzuhalten, dass in Österreich in der gesamten AHIVCOS-Kohorte (Stand: 1. 7. 2011) nur 20 Fälle von manifester Tuberkulose und 139 Fälle von latenter Tuberkulose vorkommen, entsprechend 0,5 bzw. 4 %. Das bedeutet, dass in Österreich die HIV-Epidemie kein Motor der Tuberkulose-Epidemie geworden ist, wie etwa in Osteuropa. Das dürfte vor allem auf den frühzeitigen Einsatz antiretroviraler Therapien zurückzuführen sein und stellt insbesondere für die Gruppe der intravenös Drogen Konsumierenden einen enormen prognostischen Vorteil dar (Klein, p. M.).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 377 Personen, zum Hepatitis-B-Impfstatus von 405 Personen vor. Die **Durchimpfungsrate** von 20 Prozent bei Hepatitis A bzw. von 22 Prozent bei Hepatitis B ist als niedrig zu bezeichnen. Es lässt sich aber erkennen, dass bei Personen unter zwanzig Jahren eine etwas höhere Impfrate besteht als in den anderen Altersgruppen (vgl. GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). 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 Allgemeinbevölkerung 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.

6.3 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

In der Statistik der Wiener BADO geben 64 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an⁴⁰. Neben chronischer Hepatitis C (25 %) nennen die Klientinnen und Klienten der Wiener Drogeneinrichtungen Zahnprobleme (19 %) am häufigsten. Diesem Anteil folgen Angaben über Magen- bzw. Darmprobleme (13 %)

40

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

und psychiatrische Probleme (15 %), Haut- bzw. Venenprobleme und Krampfanfälle epileptischer Art geben 8 bzw. 7 Prozent an. 11 Prozent der weiblichen Klientel haben gynäkologische Probleme (IFES 2011b). 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.

Hinweise zu psychiatrischer Komorbidität finden sich auch in den DOKLI-Daten (vgl. Kap. 5.3). Bei 121 der 201 Personen (60 %) 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 in Vorbereitung).

Bei der Erhebung zum problematischen Mephedrongebrauch (vgl. Kap. 4.3.) wiesen nur fünf der insgesamt 27 untersuchten Personen keine psychiatrische Komorbidität auf. Die häufigste Diagnosen waren auch hier affektive Störungen (p. M., Trabi).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungsgesprächen des *ganslwirts* angesprochen werden, zeigt, dass in 22 Prozent der 3.438 Gespräche psychische Gesundheitsprobleme und in 21 Prozent physische Probleme thematisiert werden (Drogenkonsum: 19 %; Wohnen: 58 %; VWS 2012b; vgl. Kap. 8.3). Bei *streetwork* in Wien wurde die psychische Gesundheit in etwas weniger als der Hälfte der durchgeführten Beratungs- und Betreuungsgespräche thematisiert (VWS 2012c) und bei *TabeNo-Süd* in etwa einem Drittel der Gespräche (VWS 2012g).

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.

Bei der in der offenen Wiener Drogenszene durchgeführten Befragung *Notquartier und Spritzentausch* (vgl. Kap. 8.3) gab nur eine Minderheit der Gesprächspartner/innen an, keine gesundheitlichen Probleme zu haben. Die Mehrheit der Befragten leidet an einer oder an mehreren akuten oder chronischen Krankheiten. Fast die Hälfte ist mit Hepatitis B oder C infiziert, einige wenige sind HIV-positiv. Zu den unmittelbar drogenbezogenen Infektionskrankheiten kommen andere, die vermutlich auf den schlechten Allgemeinzustand zurückzuführen sind – wie etwa grippale Infekte und Wundbrand. Des Weiteren leiden einige Befragte an chronischen Herz-Kreislauf-Krankheiten, an Organschäden und an Verletzungsfolgen, die zum Teil ebenfalls unmittelbar auf den (i. v.) Drogenkonsum zurückzuführen sind. Neben den akuten und chronischen Krankheiten sind immer wieder die Zähne das Problem. Verbreitet bestehen Erfahrungen mit Überdosierungen (fast die Hälfte der Gesprächspartner/innen), wobei diese teilweise von Suizidversuchen schwer abzugrenzen sind. Die mehr oder minder

manifesten Suizidversuche werden oft durch Depressionen ausgelöst, unter denen ein erheblicher Anteil der Zielgruppe seit langem – und vermutlich schon bevor die Drogenkarriere begann – leidet (Eisenbach–Stangl et. Al. 2011).

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 (GÖG/ÖBIG 2012).

Bei den meisten indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen⁴¹ erlagen die Opfer (18 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose (teilweise bedingt durch Hepatitis C) oder Krebs. Zwei Personen verstarben an Aids. Sechs Personen kamen bei einem Unfall ums Leben. Vier Personen begingen Suizid (nicht durch eine Suchtgiftvergiftung), und drei starben aus anderen Gründen (z. B. Mord) (GÖG/ÖBIG 2012).

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.

6.4 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität

Als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz) versterben. Erstmals wurden in die jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegebene Statistik, jedoch darin gesondert ausgewiesen, die 2011 zu verzeichnenden tödlichen Überdosierungen nach Konsum neuer psychoaktiver Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG (vgl. Kapitel 1.2) mit einbezogen.

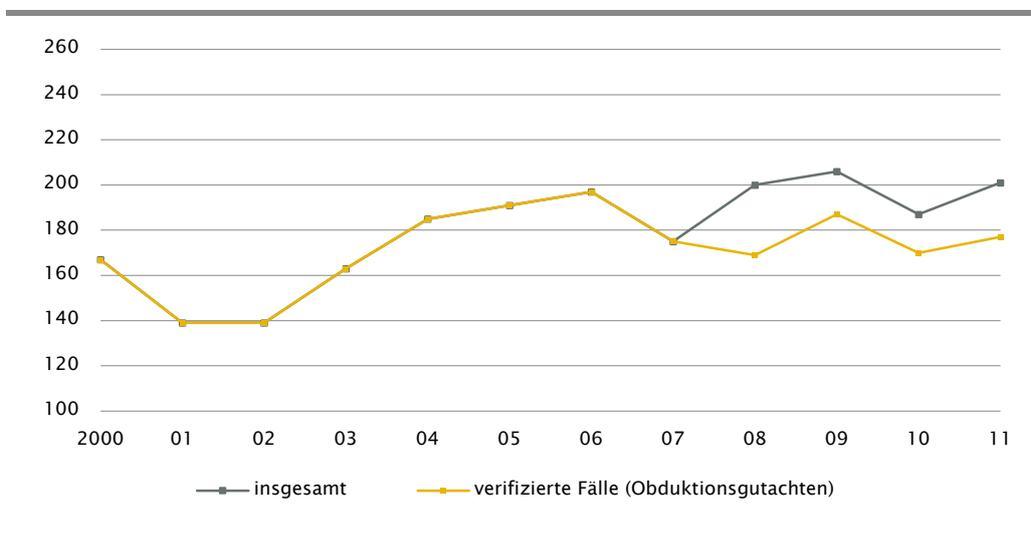
Die Klassifizierung der Todesfälle basiert auf den Ergebnissen einer (gerichtsmedizinischen) Obduktion einschließlich chemisch–toxikologischer Analyse. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, wird der amtliche Totenbeschauschein herangezogen. Insgesamt wurden für das Jahr 2011 auf Basis von Obduktionsbefunden

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).

177 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 24 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)⁴². In Summe wird daher für das Jahr 2011 von 201 direkt auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen ausgegangen. Eine Aussage zu kurzfristigen Trends ist nicht möglich. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nach einem erkennbaren Anstieg zwischen 2003 und 2006 die Anzahl der tödlichen Überdosierungen in den letzten Jahren nicht zurückgegangen ist (vgl. Abb. 6.3).

Abbildung 6.3:
Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle in Österreich:
mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2000 bis 2011



Quelle: GÖG/ÖBIG 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Zahlen nach Bundesländern und Altersgruppen finden sich in den Tabellen A3 bis A7 im Anhang.

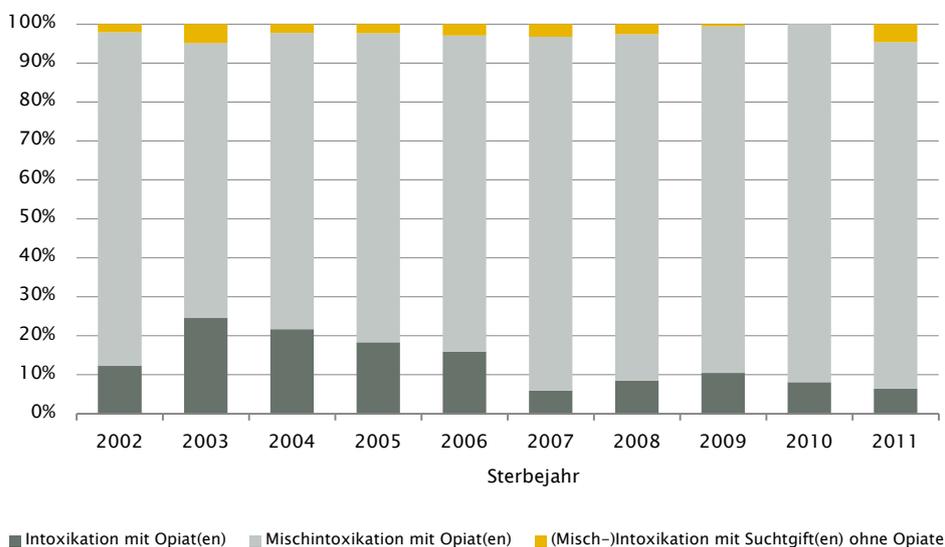
42

Bei diesen Fällen wurde von der Staatsanwaltschaft keine gerichtliche Obduktion zur Klärung der Todesursache angeordnet, sondern aufgrund von Indizien und Umständen am Auffindungsort der Leiche von einer tödlichen Überdosierung ohne Fremdverschulden ausgegangen. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). Diese Fälle werden (dem europäischen Standard entsprechend) den suchtgiftbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf suchtgiftbezogene Überdosierung obduziert).

Bei 11 Prozent der suchtgiftbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie wurden ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden in 56 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 8 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 25 Prozent beides – Alkohol und psychoaktive Medikamente. Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (vgl. Abb. 6.4). Zu den am häufigsten vorgefundenen Opiaten zählen Morphin oder Heroin, gefolgt von Methadon (GÖG/ÖBIG 2012). Kokain und Amphetamine wurden lediglich in 15 Prozent bzw. 7 Prozent der Fälle vorgefunden. 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.

Ein Todesfall steht im ursächlichen Zusammenhang mit dem alleinigen Konsum der in Österreich dem NPSG (vgl. Kap. 1.2) unterliegenden Substanz 4-MEC (4-Methylmethcathinon), in drei Fällen wurden zusätzlich Opiate festgestellt. Bei einer Person wurden der psychotrope Stoff GHB (γ -Hydroxy-Buttersäure) und die dem NPSG unterliegende Substanz GBL (γ -Butyrolacton) im Blut in letaler Konzentration nachgewiesen, bei einer weiteren Person führte die Einnahme von GHB in Kombination mit Opiaten zum Tod. Eine Person verstarb nach Einnahme einer Mischung aus PMMA (para-Methoxymetamphetamin) und MDPBP (3',4'-Methylenedioxy-alpha-pyrrolidinbutiophenon, eine zu den Cathinonderivaten zählende Substanz aus der Gruppe der Amphetamine). In einem Fall wurde das Suchtgift 4-MMC (4-Methylmethcathinon oder Mephedron) in Kombination mit Opiaten nachgewiesen. In einem weiteren Todesfall wurde neben Morphin Brucin nachgewiesen (GÖG/ÖBIG 2012).

Abbildung 6.4:
 Prozentanteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich
 nach Todesursache, 2002–2011



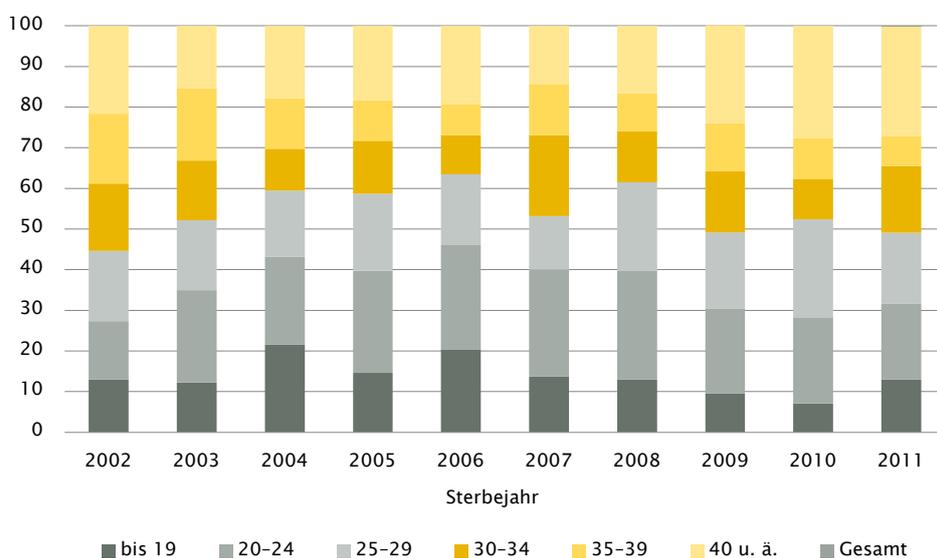
Quelle: GÖG/ÖBIG 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der gruppierte Median⁴³ des Sterbealters betrug im Jahre 2011 30 Jahre. Somit liegt der Median im Schwankungsbereich der Jahre zuvor (2008: 26; 2009: 29; 2010: 29). Der Anteil der Gruppe der Personen unter zwanzig Jahren entspricht mit 13 Prozent dem Anteil in den letzten zehn Jahren (2008: 13 %; 2009: 10 %; 2010: 7 %; vgl. Abb. 6.5 und Tabellen A5 im Anhang). Der Anteil der Frauen an den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 24 Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

43

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

Abbildung 6.5:
 Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich,
 in Prozent, 2002–2011



Quelle: GÖG/ÖBIG 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von der Wiener Studie zu suchtgiftbezogenen Todesfällen⁴⁴ liegt der Abschlussbericht vor (IFES 2010). Die Ergebnisse bestätigen die bereits in der jährlichen Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle ermittelten Risikofaktoren (z. B. Mischkonsum, körperliche Begleiterkrankungen) und die Tatsache, dass die meisten Verstorbenen in privaten Räumlichkeiten aufgefunden werden⁴⁵.

Aufgrund der Verknüpfung mit den BADO-Daten (vgl. Kapitel 12.2.1.) ergeben sich jedoch auch einige neue Aspekte. So standen laut BADO (Dokumentation erst ab dem

44

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.

45

Ein Faktor, der dies mitbedingt, ist sicher die gute Wohnversorgung der Personen mit problematischem Drogenkonsum in Österreich. Dennoch ist dieses Setting für präventive Maßnahmen zur Verhinderung suchtgiftbezogener Todesfälle (z. B. rechtzeitiges Rufen der Rettung bei intoxikationsbedingten Notfällen) relevant (vgl. auch Kap. 7.2).

dritten Kontakt) lediglich ein Viertel der zwischen 2005 und 2007 direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Wien mindestens einmal in einem Betreuungsverhältnis der Wiener Suchtkrankeneinrichtungen. Weniger als ein Drittel der Verstorbenen befand sich zuvor im ambulanten Substitutionsprogramm⁴⁶. Haftentlassung wurde von den Autoren als Risikofaktor identifiziert (vgl. Kapitel 7.2): 74 der 198 Verstorbenen haben sich mindestens einmal in Haft befunden, davon verstarben 23 innerhalb eines Monats nach der Enthftung.

Ein Vergleich der Personen, die in der BADO erfasst sind, mit jenen Personen in der BADO, die an einer Überdosierung verstorben sind, zeigt wenige strukturelle Unterschiede auf. Es gibt laut den Autoren jedoch Hinweise auf folgendes Risikoprofil: langjährige und schwere Drogensucht, intravenöser Konsum, psychische Erkrankungen, symptomatische Virusinfektion, familiäre Isolation (allein lebend), geringe Schulausbildung, ohne Arbeit, keine geregelten Wohnverhältnisse und hohe Suizidgefährdung.

In Bezug auf die Altersstruktur kommt die Studie zu dem Schluss, dass die unter 25-Jährigen zu erhöhten Anteilen an Monointoxikationen mit Morphinen verstarben und dass in der jüngeren Altersgruppe der Frauenanteil überdurchschnittlich hoch ist.

46

Der Anteil an Personen (ein Drittel der Verstorbenen), die in einem ambulanten Substitutionsprogramm stehen, lässt auf eine insgesamt höhere Betreuungsrate schließen (z. B. durch niedergelassene Ärzte/Ärztinnen), als die Ergebnisse der Verknüpfung mit der BADO (ca. ein Viertel der Verstorbenen) andeuten. Zudem wird in der BADO erst ab dem dritten Kontakt personenspezifisch dokumentiert.

7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

7.1 Einleitung

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 (siehe auch SQ 23/29).

7.2 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 und werden auch in die nationale Suchtstrategie (vgl. Kap. 1.3) einfließen, die derzeit in Vorbereitung ist. Die Umsetzung des Prinzips Schadensminimierung ist auch integraler Bestandteil des neuen Tiroler Suchtkonzepts (Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2012) und der neuen Steirischen Suchtpolitik (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2011; vgl. auch Kap. 1.3).

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 2012b, VWS 2012c).

Um die Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle zu diskutieren bzw. Maßnahmen zur Reduktion der Anzahl tödlich verlaufender Überdosierungen abzuleiten, fanden im

Herbst 2011 in Wien eine nationale REITOX-Akademie in Kooperation mit dem Deutschen REITOX Focal Point und im Frühjahr 2012 eine Fokusgruppe mit österreichischen Expertinnen und Experten aus der Praxis statt. Auf Bundesebene wird der Frage nach Barrieren nachgegangen, die eventuell einem Rufen der Rettung bei Drogennotfällen entgegenstehen.

Die Wiener Studie zu drogenbezogenen Todesfällen (IFES 2010) stellt eine wichtige Basis zur Planung von Präventionsmaßnahmen dar (vgl. Kap. 6.4). Im Projekt *Standards im Maßnahmenvollzug § 22 StGB und § 68a StVG* wird an einer besseren Vernetzung der Suchthilfe mit dem Strafvollzugssystem gearbeitet. Ein erster Schritt soll eine Ist-Analyse der Angebote für Suchtkranke im österreichischen Strafvollzug sein (SDW 2012). Für ein effizientes Krisenmanagement ist auch das *Kooperationsteam Jugendliche* relevant: Ein multiprofessionelles Team arbeitet daran, in besonders problematischen Fällen die unterschiedlichen Hilfssysteme (z. B. *MAG ELF*, Drogenhilfe, Jugendpsychiatrie) zu koordinieren (Case Management). Über die einzelnen Fallbesprechungen hinaus treffen zusätzlich zweimal jährlich Vertreter/innen der „betreuenden Einrichtungen“ zusammen, um sich über problematische Verläufe auszutauschen und gemeinsam modellhafte Lösungsstrategien zu entwickeln (SDW 2012). Da tödlich verlaufende Überdosierungen oft durch die Kombination von Opiaten mit Benzodiazepinen hervorgerufen werden, sind auch die neuen Regelungen diese Substanz betreffend (vgl. Kap. 5.2.1) im Zusammenhang mit der Prävention suchtgiftbezogener Todesfälle zu nennen. Ebenfalls in diesem Zusammenhang zu nennen sind Drogenkonsumräume bzw. Gesundheitsräume, die in Österreich immer wieder auf fachlicher und medialer Ebene diskutiert werden (z. B. GÖG/ÖBIG 2011c, zuletzt „Kurier“ vom 8. 8. 2012⁴⁷).

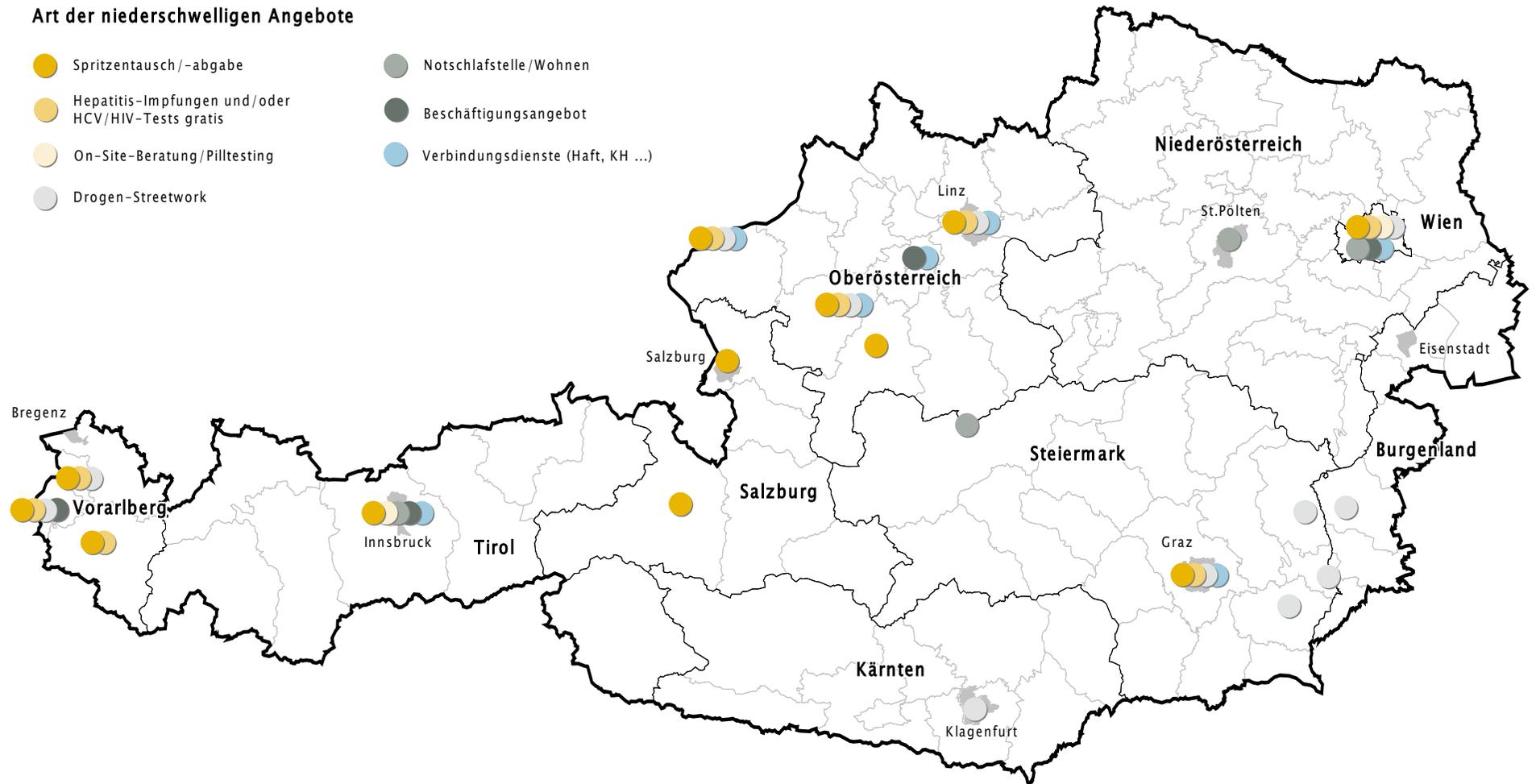
Einen Überblick über spezialisierte Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich gibt – nach Gemeinden aufgeschlüsselt – die Karte 7.1.

47

<http://kurier.at/nachrichten/wien/4507175-gruene-fordern-fixerstuben-fuer-wien.php>

Karte 7.1:

Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2012



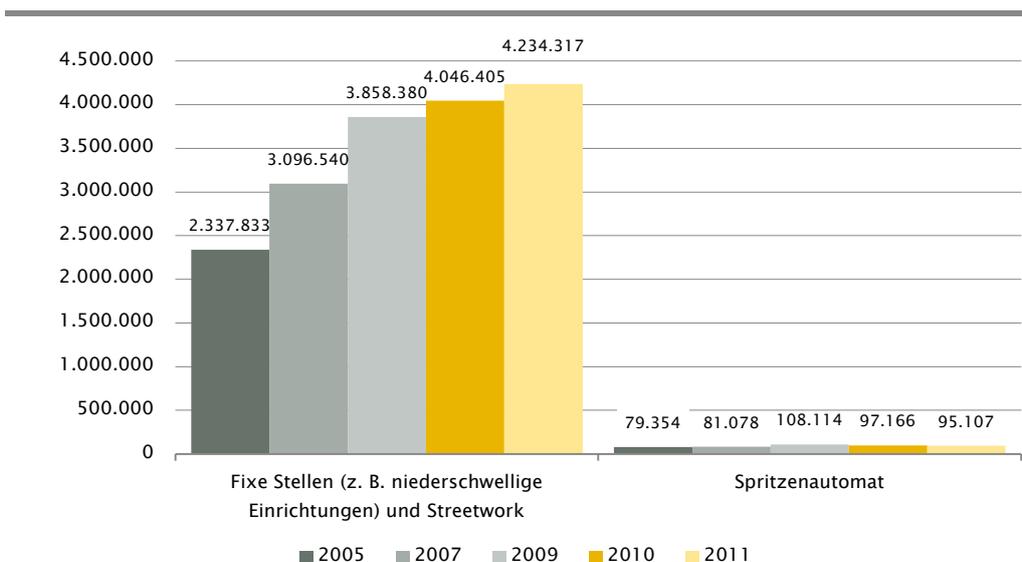
Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder; Darstellung: GÖG/ÖBIG

7.3 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.

In Abbildung 7.1 wird deutlich, dass österreichweit die Gesamtzahl der abgegebenen bzw. verkauften Spritzen im Vergleich zum Vorjahr leicht angestiegen ist. Im Rahmen von fixen Spritzenabgabestellen (hauptsächlich in niederschweligen Einrichtungen) und von Straßensozialarbeit wurden österreichweit im Jahr 2012 4.234.317 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben (vgl. Tab. A29; ST10). Spritzenautomaten sind in fünf Bundesländern im Einsatz (vgl. Tab. A29, GÖG/ÖBIG 2011a).

Abbildung 7.1:
Spritzentausch und -verkauf in Österreich, 2005, 2007, 2009 bis 2011



Quelle: ST 10; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zum Spritzenverkauf an Drogenabhängige in Apotheken liegen nur einige wenige Zahlen vor. In der Steiermark werden die von Apotheken an Drogenabhängige verkauften Spritzen auf 216.000 geschätzt und in Kärnten auf 60.000.

Nachdem bereits im Vorjahr ein starker Anstieg der getauschten Spritzen in Graz zu beobachten war, ist die Zahl 2011 weiter auf mittlerweile 564.908 angewachsen (Steigerung im Vergleich zu 2010 um fast 60 Prozent).

Trotz der aufgrund der Umbauarbeiten am Karlsplatz vorgenommenen strukturellen Änderungen im niederschweligen Bereich in Wien⁴⁸ ist die Anzahl der getauschten Spritzen in Wien in etwa gleich geblieben bzw. nur leicht gesunken (2009: 2.846.993; 2010: 2.817.160 2011: 2.764.869). Auffällig ist jedoch, dass sich die Klientenkontakte aufgrund von Spritzentausch im Jahr 2011 im Vergleich zu 2009 mehr als halbiert haben (2009: 279.158 Klientenkontakte, 2011: 118.703 Klientenkontakte). Dies bedeutet, dass pro Spritzentauschkontakt mehr Spritzen getauscht wurden (VWS 2012a). Da die Klientenkontakte ein wichtiges Element der niederschweligen Arbeit darstellen, werden die Hintergründe dieser Entwicklung im Rahmen einer Evaluationsstudie analysiert (VWS 2011a).

Mit dem dritten Quartal 2012 wurden die Einrichtungen *ganslwirt* und *TabeNo-Süd* in der neuen sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle *jedmayer* am Gumpendorfer Gürtel zusammengeführt (vgl. Kap. 8.3). Seit dem Umbau des Karlsplatzes kommt es derzeit in ganz Wien nicht mehr zu einem längeren Aufenthalt von Drogenkonsumierenden in der Öffentlichkeit (im Sinne einer Aufenthaltsszene). *Streetwork* bietet in den Tageszentren *ganslwirt* und *TabeNo-Süd* seit August 2011 tagesstrukturierende und freizeitpädagogische Workshops an, um den Kontaktaufbau zu fördern und bestehende Betreuungsbeziehungen zu erhalten (VWS 2012c).

In Graz ist ein neues niederschwelliges Betreuungszentrum (I.K.A) in Aufbau. Das derzeit in Lend untergebrachte Zentrum bietet medizinische und psychosoziale Basisversorgung an, die Erweiterung um niederschwellige Substitutionsbehandlung und ein Umzug ins Grazer Stadtzentrum sind geplant (Ederer, p. M.). In Salzburg wurden die Planungsarbeiten für ein niederschwelliges Angebot mit Spritzentausch weitergeführt (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2012).

Das AKH Wien beteiligt sich am EU-Projekt *REDUCE* („Reducing Hepatitis C Risk Behaviours among Female Drug Users“). Auf Basis aktueller Forschungsergebnisse und den bestehenden Präventionsmaßnahmen werden sowohl qualitative und quantitative Befragungen durchgeführt als auch Interventionen angewandt⁴⁹.

48

Kein regulärer Spritzentausch durch *streetwork* am Karlsplatz mehr (nur mehr Notfallspritzensets), Erweiterung der räumlichen Kapazitäten des *ganslwirts*, Spritzentausch im Rahmen der temporären Einrichtung *TabeNo-Süd*; vgl. ausführlich GÖG/ÖBIG 2010a.

49

<http://www.sucht-news.at/neues/67> (7. 8. 2012)

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. In Oberösterreich erfolgte im Berichtszeitraum ein Ausbau der Hepatitis-Impfmöglichkeiten im niederschweligen Bereich (p. M., Schwarzenbrunner)

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.

7.4 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 2010a und 2011c).

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 Angebote zur **Fortbildung** wurden im Berichtszeitraum weitergeführt. In Kärnten wurde eine neue berufsgruppenübergreifende suchtspezifische Fortbildungsreihe für Streetworker/innen und Personen aus Gesundheitsberufen mit Fokus auf riskant konsumierende Jugendliche begonnen (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012). Zur Infektionsprophylaxe und zum Schutz der Mitarbeiter/innen wurden in einer Kooperation mit den Grazer Justizanstalten Workshops zum Thema „Sucht und Hepatitis in Haft“ für Personal und Insassinnen bzw. Insassen abgehalten (Caritas Diözese Graz-Seckau (2012a).

8 Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration

8.1 Einleitung

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

In Österreich waren nach einer im Jahr 2006 stattgefundenen Erhebung⁵⁰ (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. Aktuellere Zahlen liegen lediglich aus der Stadt Salzburg vor, wo 2011 eine Wohnungslosenenerhebung stattgefunden hat (Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg o. J.)⁵¹. Die Erhebung ergab, dass im Jahr 2011 947 Personen (Oktober 2010: 835) von sozialen Einrichtungen in der Stadt als wohnungslos registriert waren.

Von Arbeitslosigkeit betroffen waren im Jahresdurchschnitt 2011 etwa 180.000 Personen (internationale Definition); das entspricht einer Arbeitslosenquote von 4,2 Prozent (Statistik Austria 2012). In den Arbeitslosenquoten spiegelt sich auch deutlich der Bildungsstand wider: Unter den ehemaligen Pflichtschülerinnen und -schülern ist sie beinahe doppelt so hoch (8,9 %) wie unter AHS-Maturantinnen/Maturanten (4,5 %), Absolventinnen/Absolventen einer Berufsausbildung (3,4 %) oder Akademikerinnen/Akademikern (2,5 %; Parragh 2012).

50

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.

51

In der Stadt Salzburg haben etwa 150.000 Personen ihren Hauptwohnsitz.
http://www.stadt-salzburg.at/internet/politik_verwaltung/salzburg_in_zahlen_333069/einwohner_321402/einwohnerzahlen_1_1_2012_353115.htm (30. 7. 2012)

Die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden betreffen – wie 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 Behandlungsmodulen. Die unterschiedlichen (auch niederschwelligen) 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.

8.2 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 2011 (vgl. Kap. 5.3), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich (10 %) weiterhin am geringsten ist (2010: 8 %). Hier geben auch die meisten Personen an, arbeitslos zu sein (2011: 43 %). Besonders im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung sind weiterhin deutlich weniger Frauen (26 %) als Männer (33 %) erwerbstätig (vgl. Tab. A24). Des Weiteren gaben im Klientenjahrgang 2011 42 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, dass in der Grundgesamtheit die Klientinnen und Klienten der zweiten Jahreshälfte des damaligen Vereins Wiener Sozialprojekte (VWS)⁵² aufgrund von Änderungen bei der statistischen Erfassung nicht vertreten sind. Aus der

52

Ab 1. Jänner 2012 betreibt die Suchthilfe Wien gGmbH – eine Tochtergesellschaft der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH – sämtliche Projekte und Einrichtungen, die bisher vom Verein Wiener Sozialprojekte umgesetzt wurden.

Gruppe der längerfristig betreuten Personen geben dagegen weiterhin etwa 90 Prozent eine gesicherte Wohnsituation an (vgl. Tab. A26).

Eine Publikation zu den Drogentoten der Jahre 2005 bis 2007 in Wien und Niederösterreich (IFES 2010), in der ein Vergleich mit den Wiener BADO-Daten (vgl. Kap 5.3 und 6.4) angestellt wurde, liefert auch Hinweise zur problematischen sozialen Situation der späteren Drogentoten. Der formale Schulabschlusslevel war noch geringer als bei der Gesamtgruppe, nur zehn Prozent gingen einer Berufstätigkeit nach (Gesamtgruppe: 20 %), darunter jedoch keine einzige Frau. Darüber hinaus hatte ein Fünftel der Verstorbenen mindestens ein Kind, das allerdings in nur drei Fällen zum Zeitpunkt der Anamnese (BADO-Statistik) im gemeinsamen Haushalt lebte.

Die letzte Katamnesestudie⁵³ (Stiftung Maria Ebene 2010; vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) der Therapiestation Carina zeigt, dass etwa ein Drittel der ehemaligen Patientinnen und Patienten legal erwerbstätig und die Hälfte arbeitsuchend war. Bei Antritt der Therapie hatten die entsprechenden Werte etwa 25 bzw. 60 Prozent betragen. Mit der beruflichen Situation ein Jahr nach der Therapie war etwa ein Fünftel der Befragten sehr zufrieden, fast ein Viertel zufrieden, und 15 Prozent sind indifferent (weder zufrieden noch unzufrieden). Fast die Hälfte der Befragten wohnte in Form eines Miet- oder Eigentumsverhältnisses, mehr als ein Drittel bei Familienangehörigen; niemand gab an, wohnungslos oder obdachlos zu sein. Die größte Unzufriedenheit bestand bezüglich Wohnsituation, gefolgt von beruflicher und Freizeitsituation.

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 eingeführt wurde und auch für Suchtgiftabhängige relevant ist. Es wird berichtet⁵⁴, dass etwa 180.000 Personen derzeit in Österreich die Mindestsicherung beziehen und mehr als 70 Prozent davon in Wien leben. Auf der Website der Armutskonferenz⁵⁵ findet sich der Hinweis, dass in Österreich 173.000 Menschen in Privathaushalten unter Sozialhilfebedingungen leben. Die Armutskonferenz hat auch eine erste Evaluierungsstudie zur Mindestsicherung (Die Armutskonferenz 2012a, Die Armutskonferenz 2012b) herausgegeben, die über die nach Bundesland unterschiedliche Umsetzung der Mindestsicherung berichtet. So

53

Die Katamnese ist ein Bericht, der nach einer Behandlung – z. B. nach Entlassung einer Patientin bzw. eines Patienten aus einem Krankenhaus – erstellt wird, um den Behandlungserfolg zu überprüfen und zu dokumentieren.

54

„Salzburger Nachrichten“ vom 25. 2. 2012: Die Mindestsicherung, ein Wiener Problem

55

http://www.armutskonferenz.at/index.php?option=com_content&task=view&id=354&Itemid=142 (6. 7. 2012)

gewähren z. B. einzelne Bundesländer (Salzburg, Steiermark, Tirol, Vorarlberg, Wien) höhere Leistungen für das Wohnen, als es die Vereinbarung zur BMS vorsieht. Außer in Wien werden diese zusätzlichen Leistungen allerdings in keinem Bundesland – wie die BMS-Grundleistungen – valorisiert, d. h. der Preisentwicklung angepasst. Während Sozialhilfe-Bezieher/innen nur teilweise in den Schutz der gesetzlichen Sozialversicherung einbezogen waren, erhalten BMS-Berechtigte eine E-Card und sind von der Rezeptgebühr und vielen anderen in Zusammenhang mit Krankheit anfallenden Gebühren befreit. Dennoch fallen im Krankheitsfall oft Kosten an (z. B. für Heilbehelfe und Hilfsmittel wie etwa Zahnspangen oder Brillen), die nur in wenigen Bundesländern (Burgenland, Tirol) uneingeschränkt übernommen werden (Die Armutskonferenz 2012b). Zusätzlich ist in den meisten Bundesländern (W, NÖ, B, K, OÖ) unklar, ob Berufsfreibeträge nur bei Aufnahme einer regulären Erwerbstätigkeit oder auch bei Teilnahme an Maßnahmen am erweiterten Arbeitsmarkt (z. B. sozialökonomische Betriebe) gewährt werden (Die Armutskonferenz 2012a).

8.3 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. Viele der in den Vorjahresberichten (GÖG/ÖBIG 2010a, GÖG/ÖBIG 2011c) präsentierten Angebote zur sozialen (Re-)Integration wurden weitergeführt bzw. durch Folgeprojekte abgelöst (z. B. *Standfest II*). Informationen, die über zusätzliche bzw. neue Maßnahmen im Bereich vorliegen, werden im Folgenden dargestellt.

Das Thema soziale Integration wird im neuen Tiroler Suchtkonzept behandelt (Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH 2012). Hier finden sich unter den angeführten Maßnahmen solche für Wohnstrukturen für suchtkranke Menschen sowie solche im Zusammenhang mit der Optimierung von Arbeitsprojekten im Suchtbereich. Auch in der Publikation zur neuen steirischen Suchtpolitik (Amt der steiermärkischen Landesregierung 2011) werden unter der Aktivität *Abbau der Unterversorgung* die Problemfelder Wohnraumsicherung und Arbeitsangebote angesprochen.

Um die Mitarbeiter/innen von sozialökonomischen Betrieben in NÖ bei der Arbeit mit suchtkranken Klientinnen und Klienten zu unterstützen, hat die Fachstelle für Suchtprävention NÖ in Kooperation mit dem AMS NÖ im Juni 2012 eine Fortbildungsreihe gestartet. Sie vermittelt Basiswissen und unterstützt dabei, einen professionellen Umgang mit (ehemals) suchtkranken Personen zu entwickeln und die Arbeitsweise der

jeweiligen Einrichtung auf die Potenziale und Bedürfnisse der Zielgruppe abzustimmen (Hörhan, p. M.).

Mit 1. Jänner 2012 wurde *fix und fertig* als Einrichtung des Vereins Wiener Sozialprojekte (VWS) von der Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH (SHW) übernommen (vgl. Kap. 1.3), wobei das Projekt im Sinne der Nutzer/innen weitergeführt werden soll. Das Durchschnittsalter der Tagesarbeitskräfte von *fix und fertig* ist seit 2006 von 32 auf 36 Jahre angestiegen, wobei die größten Zuwächse bei den über 40-Jährigen zu verzeichnen waren. (VWS 2012f).

Der *Territoriale Beschäftigungspakt*⁵⁶ (TBP) Wien ist eine Partnerschaft zwischen Stadt Wien, Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff), Arbeitsmarktservice Wien, Bundessozialamt / Landesstelle Wien und Interessenvertretungen der Arbeitnehmer/innen. Ziel ist es, die wirtschaftliche und beschäftigungspolitische Entwicklung des Großraumes Wien mit aufeinander abgestimmten zukunftsrelevanten, arbeitsmarktpolitischen Interventionen zu unterstützen. Dabei werden Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik mit anderen Politikbereichen verknüpft (Soziales, Wirtschaft, Bildung). Ein spezieller Schwerpunkt des TBP Wien ist die Unterstützung von ausgrenzungsgefährdeten Personen, wobei mit Hilfe des Europäischen Sozialfonds u. a. für die Bezieher/innen von BMS bzw. Notstandsbeihilfe sowie für suchtkranke Personen Initiativen hauptsächlich auf Bezirksebene gesetzt werden (zu den Themen Berufsorientierung, Bildungsberatung und Förderung beruflicher Entwicklung).

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 in Vorbereitung) und wie in Kap. 8.2 referiert, leben 42 Prozent der Personen in niederschwelliger Betreuung in einer unsicheren Wohnsituation⁵⁷, weshalb Angeboten zum Thema Wohnen besondere Bedeutung zukommt.

56

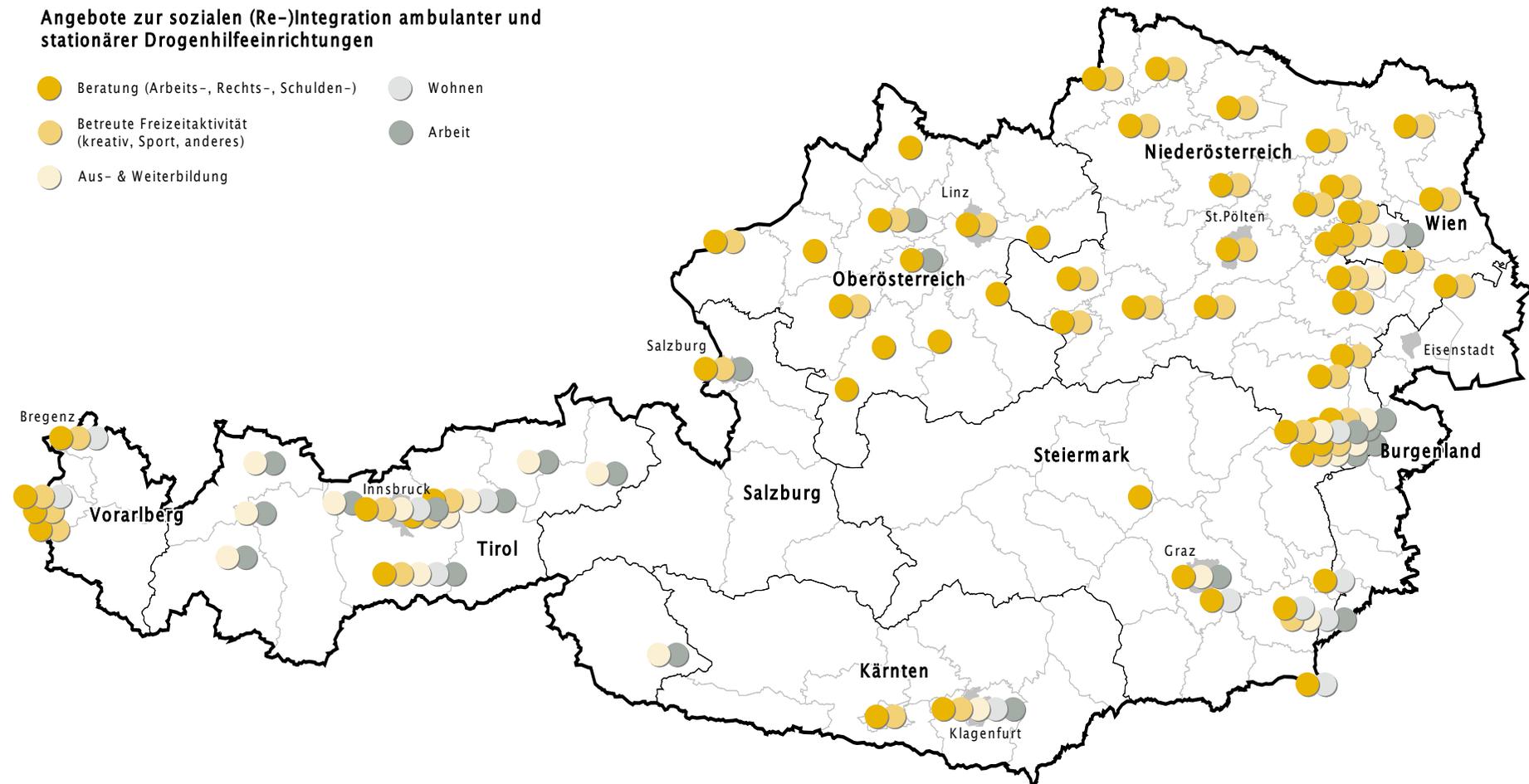
<http://www.waff.at/projekte-fuer-den-arbeitsmarkt/beschaeftigungspakt-wien/> (26. 7. 2012)

57

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 Alternativen bei den Eltern wohnt).

Karte 8.1:

Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2012



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

In Oberösterreich werden Therapie- und Wohnangebote für Menschen mit einer Suchterkrankung angeboten, wobei teilweise im Anschluss an eine Therapie ein zeitlich befristeter Wohnplatz in Anspruch genommen wird. Die Anzahl der Personen aus Oberösterreich, die eine Leistung der Suchttherapie oder ein zeitlich befristetes Wohnangebot im Suchtbereich in Anspruch genommen haben, war von 2008 bis 2012 relativ konstant. Stark gestiegen ist von 2008 auf 2009 allerdings die Anzahl der Personen aus Oberösterreich, die ein Wohn- und Therapieangebot in anderen Bundesländern in Anspruch genommen haben (Amt der Oö. Landesregierung 2011).

Das Projekt *Wohnintegration*⁵⁸ der Caritas Salzburg unterstützt wohnungslose Menschen, die in Pensionszimmern mit schlechtem Standard leben, sowie akut wohnungslose Menschen in Notübernachtungseinrichtungen und Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe bei der Anmietung und dem dauerhaften Erhalt von Wohnraum. Erfahrene Sozialarbeiter/innen bieten professionelle Begleitung durch Unterstützung bei Problemen wie z. B. Arbeitslosigkeit, Schulden und Suchtverhalten, wobei bei Suchtmittelabhängigkeit u. a. die Bereitschaft zur gemeinsamen Aufarbeitung der eigenen Situation gegeben sein muss.

Ebenfalls in Salzburg besteht das Obdachlosenprojekt *Housing first*⁵⁹ (Behr 2012) für Langzeitobdachlose, die mit Sucht oder anderen psychischen Problemen zu kämpfen haben. Das Pilotprojekt soll noch 2012 mit zehn Wohnungen starten, in drei Jahren sollen bereits fünfzig derartige Wohnungen bezogen sein. Das Projekt wurde im Rahmen des ESSL Social Prize ausgezeichnet.

Housing first als Alternative zu den bisher gebräuchlichen Stufensystemen zur Erlangung einer „eigenen“ Wohnung wird 2012 auch in Wien klarere Formen annehmen⁶⁰. In zwei Arbeitsgruppen sollen die strukturellen Rahmenbedingungen und die fachlichen Standards erarbeitet werden.

58

<http://www.caritas-salzburg.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslosenhilfe/wohnintegration/> (26. 7. 2012)

59

Im *Housing-First*-Ansatz wird die schnelle Vermittlung in dauerhaft gesicherten Individualwohnraum als Grundlage gesehen, um weitergehende Integration zu ermöglichen. Weder die Teilnahme an Therapien noch ein abstinentes Leben ist Voraussetzung für den Bezug und den Verbleib in der Wohnung.

60

http://wohnen.fsw.at/wohnungslos/aktuelle_themen/20120313_housingfirst_wienermodell.html (26. 7. 2012)

Seit Sommer 2011 bietet die temporäre Übergangseinrichtung der Caritas Wien *In_go*⁶¹ Unterkunft für Burschen im Alter von 15 bis 18 Jahren. Das Angebot umfasst mittel- bis langfristige Grundversorgung ohne Betreuungsdruck, wodurch das Pendeln zwischen Straße und unterschiedlichen Hilfsystemen verhindert werden soll. *In_go* ist ein spezifisches Angebot für Burschen, die aufgrund einer akuten kritischen Entwicklungsphase (Sucht, Gewalt, Delinquenz etc.) strukturierte Hilfsangebote der Jugendwohlfahrt nicht annehmen können, aber einer materiellen und psychosozialen Stabilisierung bedürfen. Hier können sie sechs Monate bleiben mit der Option auf Verlängerung, maximal jedoch ein Jahr. Die Zuweisung erfolgt ausschließlich durch die MAG ELF (Jugendwohlfahrt) in Absprache mit *In_go*.

Bis Mitte 2012 bot in Wien die temporäre Einrichtung *TabeNo-Süd* am Wiedner Gürtel Grundversorgung, Überlebenshilfe und Krisenintervention für suchtkranke Personen (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c). Da etwa die Hälfte der Klientel über keine gesicherte Unterkunft verfügt, stand bei *TabeNo-Süd*⁶² – ebenso wie beim *ganslwirt*⁶³ – das Thema Wohnen mit etwa 80 bzw. 60 Prozent deutlich im Vordergrund der Beratungs- und Betreuungsgespräche, gefolgt von den Themen Konsum, Gesundheit, finanzielle Situation und Substanzkonsum, die jeweils etwa 20 bis 30 Prozent ausmachten (VWS 2012b, VWS 2012g; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2010a sowie Kap. 6.2). Ab dem dritten Quartal 2012 wurden die beiden Einrichtungen in der neuen sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle *jedmayer* am Gumpendorfer Gürtel zusammengeführt.

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

61

<http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/uebergangswohnhaeuser/in-go-wg-fuer-burschen-in-kritischen-entwicklungsphasen/> (1. 8. 2012)

62

Mit 1. Juli 2012 wurden die Einrichtungen *TabeNo-Süd* und *ganslwirt* geschlossen und durch die neue Einrichtung *jedmayer* ersetzt.

Das *jedmayer*, eine Einrichtung der Suchthilfe Wien gGmbH (SHW), ist die größte niederschwellige sozialmedizinische Einrichtung Österreichs. Neben Information, Beratung und psychosozialer Betreuung stehen dort rund um die Uhr u. a. Krisenintervention und Spritzentausch, eine Notschlafstelle mit 26 Betten und 15 betreute Wohnplätze zur Verfügung. Das *jedmayer* ist auch in der gemeinwesenorientierten Straßensozialarbeit aktiv.

<http://www.suchthilfe.at/beratung-betreuung-wohnen/jedmayer/> (25. 7. 2012)

<http://www.suchthilfe.at/publikationen/printprodukte/jedmayer/> (7. 8. 2012)

63

Siehe oben.

stehen jedoch nicht allen Interessierten, sondern nur den Klientinnen und Klienten der jeweiligen Einrichtungen – teilweise im Rahmen einer Therapie – zur Verfügung. Bestehende Angebote werden weitergeführt (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a, GÖG/ÖBIG 2011c). Integraler Bestandteil der Therapiekonzepte sind unterschiedlichste Freizeitaktivitäten (vgl. Kap. 11.2.2).

Im Rahmen des Evaluationsberichts 2011⁶⁴ der Therapiestation Carina (Stiftung Maria Ebene 2012a) wurden Patientinnen und Patienten zu verschiedenen Behandlungsmerkmalen befragt. Dabei wurde von den Befragten z. B. der Gruppentherapie ein 45-prozentiger Anteil am Therapieerfolg zugesprochen und dem soziotherapeutischen und sozialarbeiterischen Angebot ein 29-prozentiger Anteil. Dagegen wurde Reiten und Yoga mit je 9 Prozent sowie Freizeitgestaltung und Outdooraktivitäten mit je 7 Prozent deutlich weniger subjektive Relevanz für den Behandlungserfolg beigemessen.

Mit Suchtkranken im öffentlichen Raum beschäftigten sich Eisenbach–Stangl et al. (2011) in ihrer Studie „Notquartier und Spritzentausch“⁶⁵ (vgl. Kap 9.3), in der von den Gesprächspartnerinnen und -partnern zusätzliche Betreuungswünsche geäußert wurden. Diese sind bescheiden und betreffen eine bessere (eventuell eigene) Unterkunft und einen befriedigenden, gesicherten und geschützten Substanzenkonsum – sowohl hinsichtlich der Drogen- als auch hinsichtlich des Konsums selbst.

64

Im Rahmen einer Evaluation der Behandlung an der Therapiestation Carina der Stiftung Maria Ebene wurden im Jahr 2011 23 Patientinnen und 40 Patienten am Ende der Therapie u. a. zu Therapiezufriedenheit, Ergebnisqualität, Qualität der Arbeitsbeziehung zum therapeutischen Team etc. befragt.

65

Im Rahmen der qualitativen Studie „Notquartier und Spritzentausch“ wurden innerhalb von drei Monaten 52 Schlüsselpersonen (Personen, die beruflich mit Suchtkranken im öffentlichen Raum befasst sind) interviewt. Gleichzeitig wurden in neun Einrichtungen sowie am Karlsplatz Gespräche mit 76 Suchtkranken geführt. Der Großteil dieser Personen war zwischen 20 und 40 Jahren alt, drei Viertel davon waren Männer. Mehr als die Hälfte der befragten Personen war wohnungslos, mehr als drei Viertel lebten von Arbeitslosengeld und Sozialhilfe. Zwei Drittel der befragten Suchtkranken berichteten über Kontakte mit Polizei, Justiz und Gefängnis; Ursache dafür waren Drogen-, Beschaffungs- oder Gewaltdelikte.

9 Prävention von Drogendelikten, Straftaten und Haft

9.1 Einleitung

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 Kapitel 11 aus GÖG/ÖBIG 2011c) stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar, in dem zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen unterschieden wird. Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Ebenfalls dort erwähnte Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet werden, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

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. Hinsichtlich Verstößen gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (siehe Kap. 1.2) liegen noch keine Zahlen vor.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom BMI betont (BMI 2012), entspricht die Anzeigenstatistik in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden.

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz ist 2011 im Vergleich zu den Vorjahren angestiegen und befindet sich auf dem Niveau von 2005. Bei den SMG-spezifischen Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27) setzt sich der vorjährige Anstieg der Zahlen fort. Nachdem die Zahl der Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28) von 2009 auf 2010 um 14 Prozent zugenommen hatte, ist sie von 2010 auf 2011 um fast 20 Prozent zurückgegangen und befindet sich etwa auf dem Niveau des Jahres 2003.

9.2 Straftaten wegen Drogendelikten

Unter **drogenbezogenen Delikten** werden im vorliegenden Bericht Vergehen oder Verbrechen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (SMG) dargestellt. So betrug die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) im Jahr 2011 25.892 (2010: 23.853; vgl. auch Tab. A9 und A10) und zeigte damit einen höheren Wert als in den Vorjahren. Insgesamt 24.129 Anzeigen (2010: 22.418) bezogen sich auf Suchtgifte, die meisten übrigen auf psychotrope Stoffe und vier auf Drogenausgangsstoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abb. 9.1), so kam es 2011 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 2010 um etwa sechs Prozent, jene bei Vergehenstatbeständen um etwa acht Prozent erhöht.

Abbildung 9.1:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2002–2011

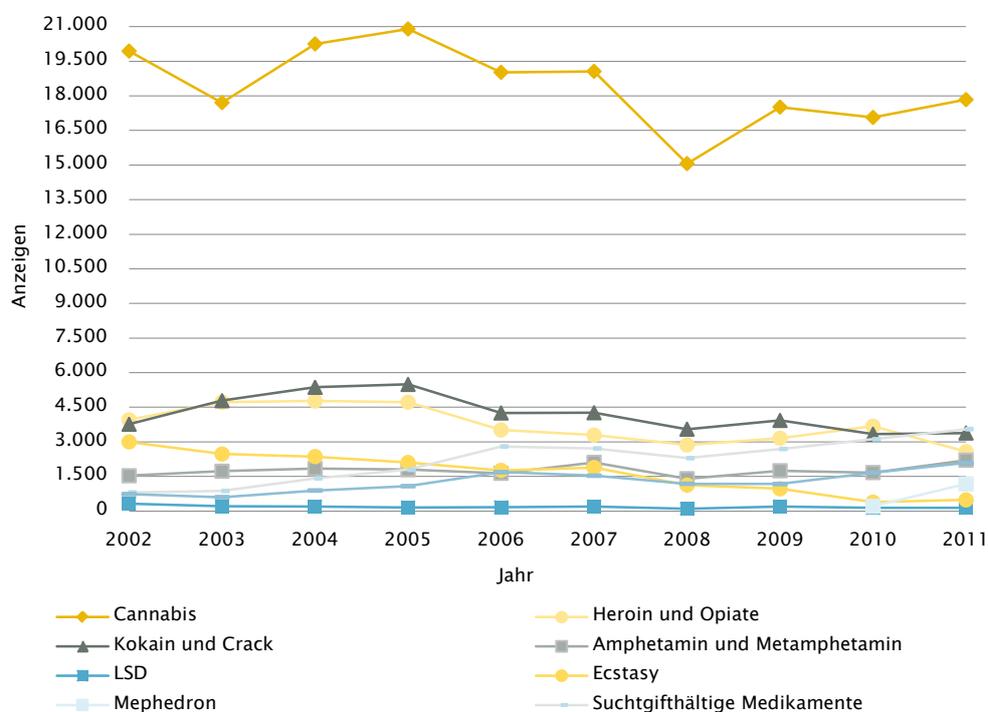


Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Unterscheidet man bei den Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tab. A11, Abb. 9.2), so finden sich im Vergleich zum Vorjahr Rückgänge lediglich bei Heroin und Opiaten sowie bei sonstigen Suchtgiften. Hingegen hat sich der entsprechende Wert für

suchtgifthältige Medikamente⁶⁶ seit 2008 um 55 Prozent erhöht. Ebenfalls stark angestiegen sind die Anzeigen bei psychotropen Medikamenten und Ecstasy (jeweils +25 % im Vergleich zum Vorjahr), bei Amphetamin und Methamphetamin (in Summe +32 %) sowie bei psychotropen Substanzen (+57 %, allerdings bei niedrigem Ausgangsniveau). Bei Mephedron (MMC; vgl. GÖG/ÖBIG 2011c), ist ein Vergleich mit dem Vorjahreswert nicht aussagekräftig, da Mephedron erst seit August 2010 dem Suchtmittelgesetz unterliegt.

Abbildung 9.2:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2002–2011



Anmerkung: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.

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

66

Inklusive opioidhaltiger Medikamente.

Anzeigen betreffend Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten, haben in fast allen Bundesländern zugenommen. Anzeigen betreffend Mephedron – eine Substanz, die seit August 2010 unter das SMG fällt – zeigen im Berichtsjahr hohe Zahlen für NÖ, ST und T, wobei ein Vergleich mit den Werten des Vorjahres aufgrund unterschiedlicher Erfassungszeiträume nicht möglich ist (vgl. Tab. A12).

Den 25.829 Anzeigen standen im Jahr 2011 insgesamt 1.697 (2010: 2.075) Festnahmen im Zusammenhang mit Suchtmittelerhebungen gegenüber, wobei es zu Letzteren allerdings keine genaueren Aufschlüsselungen gibt (Arten der Vergehen, Substanzen etc.).

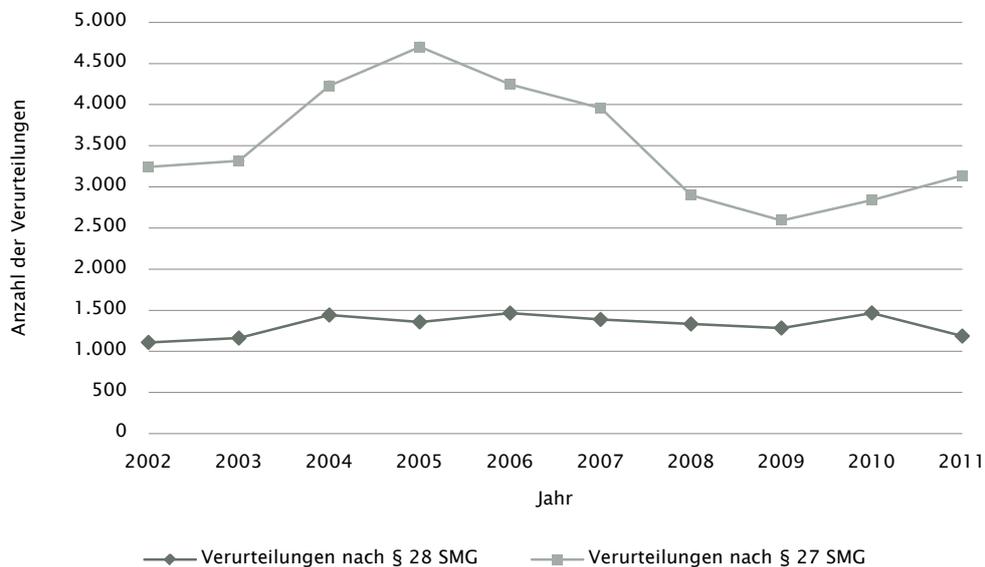
Nachfolgende Abb. 9.3 sowie Tab. A13 aus der Gerichtlichen Kriminalstatistik zeigen die Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen nach § 27 und § 28 SMG in den letzten zehn Jahren. Im Vergleich zu den Jahren 2006 bis 2009, in denen die Anzahl der Verurteilungen nach dem SMG kontinuierlich gesunken ist, zeigte sich ab 2010 (n = 4.363) eine Steigerung, die sich auch 2011 (n = 4.444) fortsetzte. Dagegen wies die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen 2011 (n = 1.299) im Vergleich zu 2010 (n = 1.381) einen leichten Rückgang auf. Allerdings hat sich der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich im Vergleich zu 2010 um 0,8 Prozentpunkte auf 12,2 erhöht. Weiterhin bestand mit 3.137 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen im Zusammenhang mit Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.185 Fällen. Der Anteil der Verbrechen an den Verurteilungen nach dem SMG betrug 2011 27 Prozent und ist damit deutlich zurückgegangen (2010: 34 %).

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 für 2011 im Vergleich zum Jahr davor gesunken sind, während sie für Erwachsene angestiegen sind. Während im Jahr 2011 im Vergleich zum Jahr davor bei Jugendlichen öfter als bei Erwachsenen Geldstrafen verhängt wurden, ist die Anzahl unbedingter Freiheitsstrafen bei beiden Personengruppen gesunken. Bezüglich Verbrechen ist die Zahl der verurteilten Jugendlichen etwa gleich geblieben und die Zahl der verurteilten Erwachsenen gesunken. Im Zusammenhang mit Vergehen reduzierte sich 2011 die Zahl der verurteilten Jugendlichen, während sich die Zahl der Erwachsenen erhöhte.

Wie schon in den beiden Vorjahren, erhielten 2011 74 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten (2008: 71 %) Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 41 Prozent betrug (2010: 38 %) und damit etwa wieder das Niveau von 2009 erreicht hat. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, betrug 2,7 Prozent (2010: 3,5 %); zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 1,9 Prozent verurteilt (2010: 2,1 %). In beiden Fällen zeigte sich also ein leichter Rückgang im Vergleich zum Vorjahr.

Abbildung 9.3:

Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 SMG in Österreich, 2002 bis 2011



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 SMG.

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

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik in Österreich finden sich auch in Kapitel 11 des Berichts aus 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c). Informationen zur Aufschlüsselung der Hauptdelikte fehlen. Ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen und Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung findet sich in Kap. 9.6 des aktuellen Berichts.

Weiterhin liegen weder Studien noch Daten über **andere Formen von drogenbezogener Kriminalität** wie z. B. Beschaffungs- und Begleitkriminalität vor. Verwiesen sei allerdings auf Bruckmüller et al. (2011) in Kapitel 9.4. In Wien wurde von der Kriminalpolizei in den letzten Jahren ein Anstieg der Rezeptfälschungen für Benzodiazepine verzeichnet (SDW 2012).

9.3 Prävention von Straftaten wegen Drogendelikten

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 Nebeneinander im öffentlichen Raum zu erreichen und das subjektive Sicherheitsgefühl der Bevölkerung zu steigern (SDW 2012). In diesem Zusammenhang haben *helpU* (mittlerweile nicht nur am Karlsplatz, sondern auch bei ausgewählten Station der U6) und *sam* (drei Teams) ihre Tätigkeiten fortgesetzt (vgl. Kap. 12.2.2 und GÖG/ÖBIG 2010a). Um den adäquaten und kompetenten Umgang mit marginalisierten Personengruppen im öffentlichen Raum zu fördern, führen die Mitarbeiter/innen von *sam* und *helpU* regelmäßig Schulungen für Kooperationspartner/innen durch. 2011 wurden sechs Workshops mit 64 Teilnehmerinnen und Teilnehmern abgehalten. Drei der Veranstaltungen richteten sich speziell an Mitarbeiter/innen des ÖBB-Sicherheitsdienstes („Mungos“; VWS 2012e).

Von Juli bis September 2011 führte *sam 9* im Auftrag des neunten Bezirks eine interne Evaluation am Julius-Tandler-Platz durch. In deren Rahmen wurden 190 Nutzer/innen u. a. zu Bekanntheitsgrad und persönlichem Nutzen der Leistungen der Einrichtung befragt. Über 90 Prozent der Befragten kennen *sam 9*, und für mehr als zwei Drittel ist die Arbeit von *sam 9* äußerst wichtig für das Grätzel. Fast 90 Prozent der marginalisierten Befragten gaben an, schon einmal von *sam 9* unterstützt worden zu sein, und 85 Prozent der befragten Anrainer/innen, Geschäftsleute und Passantinnen/Passanten schätzen das an sie gerichtete Leistungssegment von *sam 9* (VWS 2012e).

In Graz fanden von *Kontaktladen und Streetwork* fast 6.000 Kontakte mit Klientinnen und Klienten im öffentlichen Raum statt, was einer Zunahme von über 20 Prozent gegenüber dem Vorjahr entspricht. Auch in Graz wurde eine Befragung jener Personen durchgeführt, die sich rund um den Hauptplatz aufhalten. Die Erhebung ergab, dass die Nutzung eines alternativen Raumes durchaus vorstellbar wäre, und zeigte das hohe Problembewusstsein der Zielgruppe. Kontaktladen versucht weiterhin, die Interessen der Zielgruppe im politischen und medialen Kontext zu wahren. Gelegenheit dazu bot auch die Expertinnen- und Expertenkommission *Brennpunkt öffentlicher Raum*, die im Juli 2011 erstmals im Rathaus tagte. Bei anschließenden monatlichen Treffen kam es zum konstruktiven Austausch über Handlungsstrategien von Exekutive, Politik und Sozialarbeit (Caritas Diözese Graz-Seckau 2012a).

Mit Suchtkranken im öffentlichen Raum in Wien beschäftigten sich Eisenbach-Stangl et al. (2011; vgl. Kap. 8.3). Nach Angaben der Schlüsselpersonen halten sich dort etwa

550 bis 1.000 Suchtkranke auf, die zu einem Drittel aus Konsumierenden illegaler Drogen und zu zwei Dritteln aus Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten bestehen. Beide bevorzugen dabei belebte Orte. Bewegungen der Gruppen zwischen verschiedenen Aufenthaltsorten erfolgen oft im Tages- und Jahreszeitenrhythmus oder sind etwa durch polizeiliche Maßnahmen von außen aufgezwungen (vgl. Kap. 7.3). Die mobile⁶⁷ Szene dient als Handelsplatz, der auch von sozial integrierten Suchtmittelkonsumentinnen und -konsumenten genutzt wird. Eine dritte, hauptsächlich von jungen Menschen frequentierte Gruppe trifft sich in der Halböffentlichkeit von z. B. Einkaufszentren.

Zur Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr wurden neue Drogen-Vortestgeräte geprüft, die im Rahmen von Verkehrskontrollen zum Einsatz kommen könnten. Ziel dabei war es, ergänzend zum Alkoholvortest eine Vortestmethode zu entwickeln, die es der Exekutive ermöglicht, mit großer Treffsicherheit tatsächlich durch Drogen beeinträchtigte Personen zur beweissicheren Feststellung dieser Beeinträchtigung einer Amtsärztin bzw. einem Amtsarzt zuzuweisen und an der weiteren Verkehrsteilnahme zu hindern. Als ein mögliches Instrument wurde dafür die sogenannte Frenzel- oder Nystagmusbrille⁶⁸ erprobt. Von April bis November 2011 wurden in Wien im Rahmen von Verkehrskontrollen (10 Planquadrat zu unterschiedlichen Uhrzeiten) 629 Untersuchungen mit der Frenzelbrille durchgeführt. Die Ergebnisse der Zuweisungen und Blutanalysen zeigten jedoch, dass die Brille kein geeignetes Instrument darstellt, um Exekutivbeamte bei der Erkennung von Drogenkonsum zu unterstützen (Pilgerstorfer, p. M.).

9.4 Interventionen im System der Strafjustiz

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – 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. 9.3) dargestellt werden in Abb. 9.4 und in Tab. A16 die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzei-

⁶⁷

Die mobile oder fahrende Szene findet sich im Bereich öffentlicher Verkehrsmittel vorrangig entlang bestimmter Strecken der Wiener U-Bahn.

⁶⁸

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.

genzurücklegungen (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschubs des Strafvollzugs (§ 39 SMG).

Bruckmüller et al. (2011) untersuchten in einer aktuellen Querschnittstudie⁶⁹ Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme⁷⁰ (GBM) nach dem Suchtmittelgesetz ambulant oder stationär unterzogen bzw. sich in Haft befanden und eine Substitutionstherapie erhielten. Bei der Erhebung zeigte sich, dass einem großen Teil der Opioidabhängigen und einem kleineren Teil der Kokain- und Cannabisabhängigen eine GBM gewährt worden war. Bei der Cannabisgruppe zeigte die Erfahrung, dass ihr bereits in einem früheren Stadium des Verfahrens und ohne Verurteilung eine GBM zugewilligt worden war. Ob auf eine GBM hingewirkt wird, hängt nach Aussage der Expertinnen/Experten überwiegend von der Einstellung der Richterin bzw. des Richters ab. Auch wird kritisiert, dass – außer in Wien – zu wenig von der Möglichkeit der Anzeigenzurücklegung Gebrauch gemacht wird. Von allen Berufsgruppen kritisiert wird die erst kürzlich eingeführte Beschränkung einer stationären Behandlung auf sechs Monate. Diese Regelung bedeute, dass Täter/innen, die eine Therapie benötigen würden, eine solche nicht erhalten und die Freiheitsstrafe verbüßen müssen, wenn der/die Gutachter/in eine stationäre Therapie für mehr als sechs Monate als sinnvoll erachtet (vgl. Bruckmüller et al. 2011; siehe auch weiter unten). Bei einem konkreten Vergleich zwischen Personen in Haft und Personen in GBM zeigte sich, dass Letztere jünger, eher erwerbstätig, trotzdem häufiger verschuldet und seltener wegen Vermögens- und Gewaltdelikten vorverurteilt waren. Damit der Therapieerfolg auch nach Verbüßung der Haftstrafe bestehen bleibt, werden Wohngemeinschaften mit intensiver sozialarbeiterischer Betreuung als Übergangsmöglichkeit empfohlen, die bereits während der Haft zu organisieren sind (Bruckmüller et al. 2011; vgl. auch Kap. 5.3).

Aus Abbildung 9.4 ist ersichtlich, dass 2011 bei Anzeigenzurücklegungen insgesamt ein leichter Rückgang, bezüglich Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltiger Pilze und psychotroper Stoffe allerdings ein erheblicher Anstieg stattgefunden hat. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen für 2011 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tab. A14 entnommen werden.

69

Im Zuge der Studie wurden von März 2010 bis Mai 2011 140 volljährige Personen im Rahmen von Face-to-Face-Interviews in verschiedenen Einrichtungen in Wien, die gesundheitsbezogene Maßnahmen anbieten, befragt. Zusätzlich wurden 17 Expertinnen und Experten interviewt, um eine Evaluierung der Situation in der Praxis zu ermöglichen. Eine beträchtliche Anzahl der an der Erhebung teilnehmenden opioidabhängigen Personen befand sich in Haft.

70

Gesundheitsbezogene Maßnahmen stellen eine Alternative zum Strafverfahren, zur Bestrafung bzw. zur Verbüßung der Strafe dar. Ihre Anordnung ist in allen Verfahrensstadien vorgesehen.

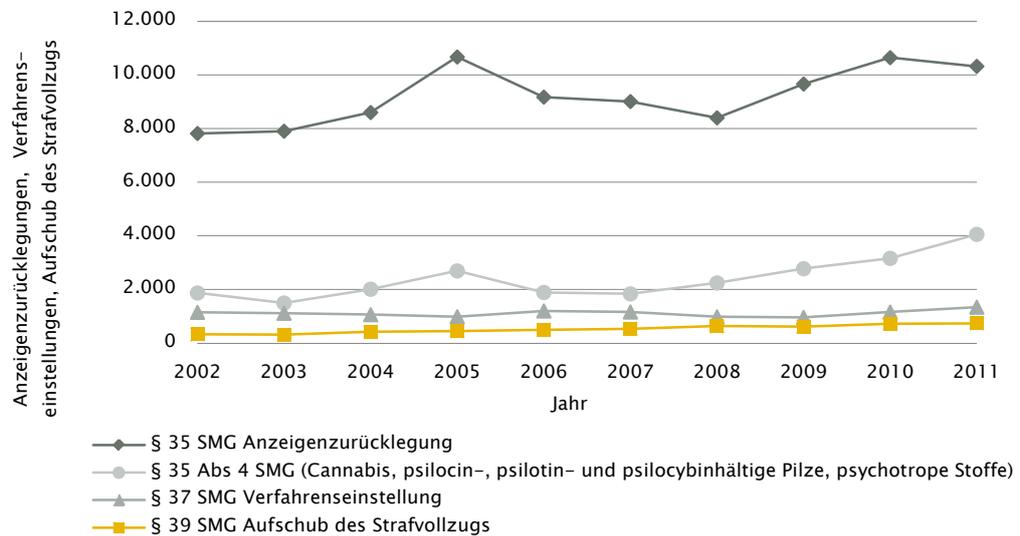
Zum Aufschieb des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) zeigen Abb. 9.4 und Tabelle A16, dass die Anzahl der entsprechenden Fälle bis 2011 von Jahr zu Jahr kontinuierlich ansteigt. Dieser Anstieg ist einer der Gründe, weshalb die Kosten der medizinischen und therapeutischen Behandlung von suchtmittelabhängigen Personen in den letzten Jahren ebenfalls stetig angestiegen sind (vgl. Tab. 9.1). Während die jährliche Steigerung dieser Kosten in den letzten Jahren teilweise bis zu 20 Prozent erreicht hat, betrug der Anstieg von 2010 auf 2011 lediglich 2,7 Prozent, was mit der eingeschränkten Kostentragung des BMJ (die gemäß § 41 SMG für gesundheitsbezogene Maßnahmen erfolgt) im Falle einer stationären Therapie auf sechs Monate durch das Budgetbegleitgesetz 2011 (BBG, BGBl I 2010/111 v. 30. 12. 2010) begründet wird (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c). Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Rechtsprechung auf den Zeitpunkt der Verurteilung abstellt, weshalb bei Verurteilungen vor dem 1. Jänner 2011 stationäre Therapien von mehr als sechsmonatiger Dauer weiterhin möglich sind (BMJ 2012). Die (pro Fall) auf sechs Monate beschränkte Kostentragung durch die Justiz (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) bewirkt laut Berichten aus Suchthilfeeinrichtungen, dass viele Gerichte eine Wiederaufnahme abgebrochener Behandlungen wegen der Kürze der verbleibenden Zeit (bis zu den insgesamt möglichen sechs Monaten) mit dem Argument der Aussichtslosigkeit nicht mehr genehmigen (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012). Als problematisch wird auch gesehen, dass etwaige unter Umständen entstehende Folgekosten von den Ländern zu tragen sind. Weitere Informationen zur Finanzierung von Suchtbehandlung sind in Kap. 11.1.2 zu finden.

Tabelle 9.1:
Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz
für stationäre Therapie 2002 bis 2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Aufwand in Millionen Euro	3,25	2,77	3,20	4,61	4,85	5,86	6,48	7,03	8,54	8,77

Quelle: BMJ 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 9.4:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen
zur Bestrafung in Österreich, 2002 bis 2011



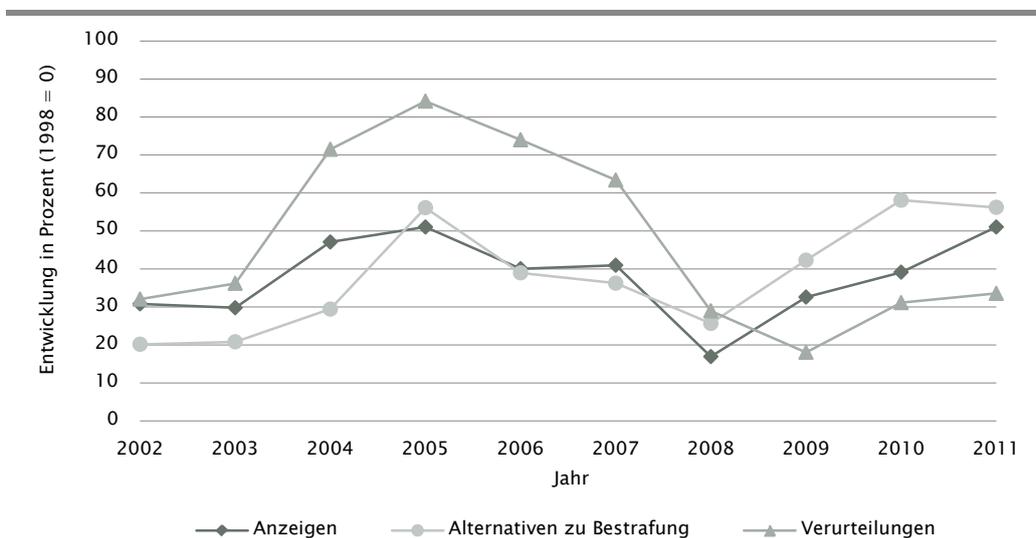
Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft
Die Daten bezüglich der §§ 35 und 37 SMG wurden dem BMG von den Staatsanwaltschaften
und Gerichten gemeldet.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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. 9.5, dass im Analysezeitraum 2002 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. Anzeigen und Verurteilungen stiegen 2011 weiter an, dagegen kam es bei der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung zu einem leichten Rückgang.

Abbildung 9.5:

Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2002–2011



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; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

9.5 (Problematischer) Drogenkonsum in Haft

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug werden im Schwerpunktkapitel *Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten* (Kap. 11) des letztjährigen Berichts zur Drogensituation (GÖG/ÖBIG 2011c) referiert. Zusätzlich finden sich diesbezügliche Angaben im Schwerpunktkapitel *Drogenkonsum im Gefängnis* im Jahr 2001 (ÖBIG 2001).

9.6 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen in Haft betreffen in Österreich insbesondere Substitutionsbehandlung, Gefängnisse mit drogenfreien Zonen und in geringem Ausmaß Aktivitäten zur Schadensminimierung. Diesbezüglich bestehen allerdings keine konkreten Maßnahmen in Bezug auf Infektionskrankheiten (vgl. Kapitel 6.2).

Weiterhin bietet der Verein *Dialog* in den Polizeianhaltezentren (PAZ) in Wien vor Ort sozialarbeiterische Unterstützung für Verwaltungsinsassinnen und -insassen sowie medizinische Behandlung (Allgemeinmedizin, Psychiatrie) für alle Insassinnen/Insassen. Im Jahr 2011 wurden im Rahmen dieser Tätigkeiten 1.760 Personen betreut, was eine weitere Steigerung gegenüber den Vorjahren bedeutet (2010: 1.749; 2009: 1.533) (Verein Dialog 2012a).

Einen Gesamtüberblick über Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug gibt der Sicherheitsbericht des BMJ (2012), aus dem hervorgeht, dass sich zum Stichtag 1. April 2012 816 Personen in Substitutionsbehandlung befunden haben, was einem Anteil von 9,1 Prozent der Insassinnen und Insassen in österreichischen Justizanstalten entspricht. Mit einem Anteil von fast 60 Prozent ist Methadon das am häufigsten eingesetzte Medikament, gefolgt von Morphin in Retardform mit 25 Prozent, dessen Verschreibung zurückgegangen ist, was unter anderem auf die verbindliche Einbeziehung der Chefärztin bzw. des Chefarztes bei Neueinstellungen von Insassinnen und Insassen zurückgeführt wird. In diesem Zusammenhang ist zu ergänzen, dass die Verschreibungspraxis in den einzelnen Justizanstalten sehr unterschiedlich und stark durch die jeweils tätigen Ärztinnen/Ärzte beeinflusst ist (BMJ 2012). Zur Substitution im österreichischen Strafvollzug finden sich Informationen auch in Kap. 11 des letztjährigen Berichts zur Drogensituation (GÖG/ÖBIG 2011c). Zum Thema gesundheitsbezogene Maßnahmen während der Haft siehe Kapitel 9.4.

Weitere Informationen im Zusammenhang mit Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft werden im Schwerpunktkapitel *Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten* (Kap. 11) des letztjährigen Berichts zur Drogensituation (GÖG/ÖBIG 2011c) ausführlich dargestellt.

9.7 Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft

Die meisten Reintegrationsmaßnahmen für Drogenkonsumierende stehen auch Personen mit Hafterfahrung zur Verfügung.

In den österreichischen Justizanstalten haben im Jahr 2011 insgesamt 2.970 Insassinnen und Insassen an Ausbildungs- und Qualifizierungsmaßnahmen teilgenommen, was etwa einem Drittel der inhaftierten Personen entspricht. Die Ausbildungsmaßnahmen orientierten sich am Bedarf der inhaftierten Personen und an den Interessen des Arbeitsmarkts, um eine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt zu ermöglichen. Aus diesem Grund kann in den österreichischen Justizanstalten ein immer vielfältigeres und differenzierteres Bildungsangebot in Anspruch genommen werden. Für qualifizierte Berufsausbildungen und Bildungsabschlüsse werden die Insassinnen und

Insassen einem Auswahlverfahren unterzogen, das neben der fachlichen Eignung auch die Motivationsbereitschaft ermittelt (BMJ 2012).

Weitere Informationen im Zusammenhang mit Aktivitäten zur Reintegration nach der Haft sind Kapitel 11 des vorjährigen Berichts zur Drogensituation (GÖG/ÖBIG 2011c) zu entnehmen.

10 Drogenmärkte

10.1 Einleitung

Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), die Daten zu Inhaltsstoffen, Reinheit und Preis stammen von *checkit!*⁷¹, dem BMI/.BK (vgl. ST13, ST14, ST15 und ST16) und der AGES-PharmMed⁷².

10.2 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Daten zur Verfügbarkeit von illegalen Substanzen wurden in Österreich zuletzt 2009 bzw. 2010 in Studien erhoben und im letztjährigen Drogenbericht beschrieben (GÖG/ÖBIG 2011c).

Auch 2011 war die leichte Verfügbarkeit von neuen psychoaktiven Substanzen in Headshops⁷³ bzw. über das Internet nicht nur in Expertenkreisen, sondern auch medial ein wichtiges Thema. Allein im Jahr 2011 wurden von der EBDD europaweit 49 neue Substanzen registriert, im Jahr 2010 waren es 41. Am 1. 1. 2012 trat schließlich das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz in Kraft (vgl. Kapitel 1.2). Über dessen Auswirkungen auf Angebot und Verfügbarkeit liegen noch keine Daten vor.

71

checkit! ist ein Kooperationsprojekt der Suchthilfe Wien gGmbH 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.

72

Die österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) analysierte bis Ende 2011 im Auftrag des BMG u. a. regelmäßig Produkte, die in sogenannten „Head Shops“ vertrieben werden. Darüber hinaus analysiert die AGES im Bedarfsfall auch von Polizei und Zoll sichergestellte Substanzen.

73

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

10.3 Sicherstellungen

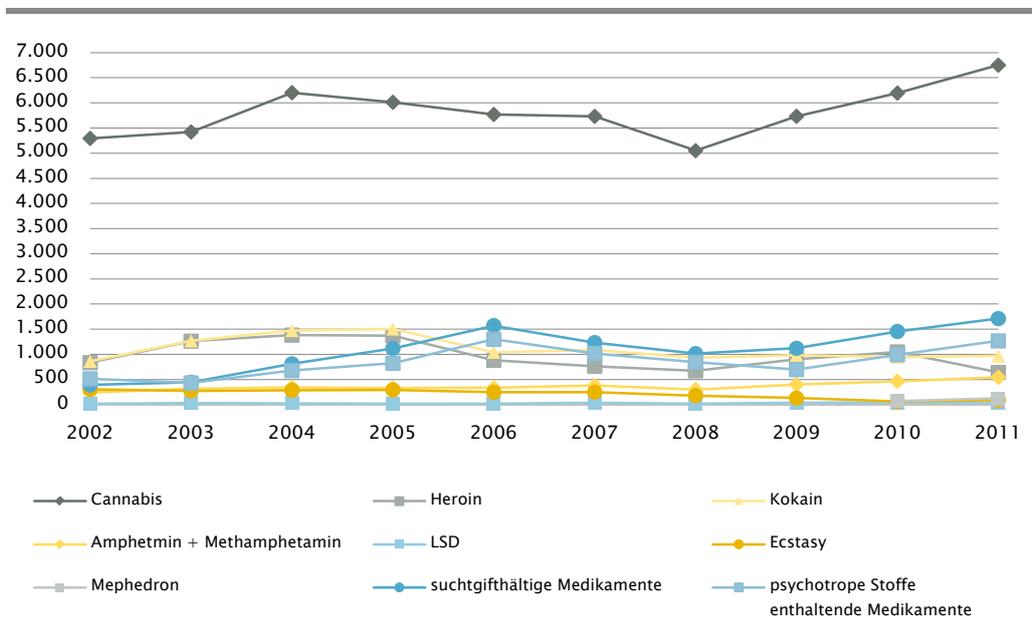
Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine wesentliche Rolle. Kokain wird in erster Linie auf dem Luftweg von Südamerika nach Österreich geschmuggelt, am Flughafen Wien-Schwechat erfolgen häufig Sicherstellungen von Kokain auch im Kilobereich. Die Schmuggelrouten werden vielfach verschleiert. Für Heroin stellt weiterhin die sogenannte Balkanroute die dominante Schmuggelroute dar. Die „klassische Route“ verläuft über die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich nach Westeuropa. Darüber hinaus existieren zwei Ausläufer dieser Route: Die nördliche Route beginnt in Bulgarien und verläuft über Rumänien, Ungarn und Österreich nach Westeuropa, wohingegen der Transport über die südliche Balkanroute mittels Fährverbindungen vorwiegend aus der Türkei und Griechenland nach Italien verläuft. Neben der Balkanroute wird Heroin auch aus den Niederlanden nach Österreich geschmuggelt.

Cannabisprodukte werden aus verschiedenen Ländern bzw. Regionen, hauptsächlich aber aus den Niederlanden, der Schweiz und aus Marokko mehrmals im Monat eingeführt; die Mengen pro Transport variieren. Darüber hinaus wird Marihuana von Konsumenten/Konsumentinnen und Kleindealern von Tschechien nach Österreich geschmuggelt. Die Eigenproduktion von Cannabis in Österreich mittels Indooranlagen dürfte in den letzten Jahren angestiegen sein. Die Erträge dienen zum Eigengebrauch, zur Weitergabe im Bekanntenkreis und zum Handel in kleineren bis mittleren Kreisen. Ecstasy-Tabletten werden vermutlich in erster Linie in den Niederlanden hergestellt, seit einigen Jahren wird MDMA immer häufiger durch Piperazine und zuletzt durch synthetische Cathinonderivate ersetzt. Amphetamin wird aus den Niederlanden und aus Osteuropa (Polen, baltischer Raum) importiert. Methamphetamin wird fast ausschließlich in Tschechien und in der Slowakei hergestellt und in zahlreichen Schmuggelfahrten in jeweils kleinen Mengen nach Österreich gebracht. (BMI 2012)

Bei der Zahl der Sicherstellungen zeigen sich im Vergleich zu 2010 bei den meisten Substanzen leichte Anstiege. Lediglich bei Heroin war ein Rückgang zu verzeichnen (vgl. Abb. 10.1, Tab. A17 bzw. Kap. 9.2).

Die Menge der sichergestellten Suchtmittel zeigt über die Jahre große Schwankungen (vgl. Tab. A18). Dabei ist zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmungen 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, 2002–2011



Quelle: BMI/.BK 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

10.4 Reinheit und Preis

Im Kontext des *checkit!*-Projekts (vgl. Kap. 2.3 und 12.2.2) wurden im Jahr 2011 bei 14 Musikveranstaltungen der Party- und Clubszene in den Bundesländern Wien, Niederösterreich und Burgenland insgesamt 744 Proben vermeintlich psychoaktiver Substanzen analysiert (VWS 2012d). Nur ein gutes Drittel dieser Proben (34 %) enthielt den erwarteten Inhaltsstoff ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengungen, der Großteil der abgegebenen Proben enthielt eine oder mehrere unerwartete Substanzen. Das entspricht dem Trend der letzten Jahre.

Von den 135 als Ecstasy gekauften Tabletten enthielten nur knapp 30 Prozent außer MDMA⁷⁴ (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen; dieser Wert ist etwas höher als im Vorjahr, 2006 lag der Wert jedoch noch bei rund 75 Prozent. Der durchschnittliche MDMA-Gehalt dieser Tabletten lag bei 68 mg. Weitere 25 Prozent aller analysierten Ecstasy-Tabletten enthielten neben MDMA eine oder mehrere andere

74

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

Inhaltsstoffe. Während Piperazine im Vergleich zu den Vorjahren seltener anstelle von MDMA nachgewiesen wurden (in 20 % der Proben), ist die Anzahl der Tabletten, die diverse Substanzen aus der Gruppe der neuen psychoaktiven Substanzen⁷⁵ enthielten, im Vergleich zum Vorjahr um mehr als das Dreifache gestiegen. In 30 Prozent der Fälle (n = 40) wurden eine oder mehrere neue psychoaktive Substanzen nachgewiesen. Eine mögliche Erklärung für dieses Phänomen ist die im Berichtszeitraum noch sehr leichte Verfügbarkeit dieser Substanzen sowie deren niedriger Preis (vgl. Tabelle A19 und ST15). Alarmierend war, dass im Jahr 2011 und in der ersten Jahreshälfte 2012 in einigen als Ecstasy gekauften Tabletten die Substanzen Paramethoxyamphetamin bzw. Paramethoxymethamphetamin (PMA bzw. PMMA) identifiziert wurden. PMA bzw. das verwandte PMMA haben in jüngster Vergangenheit immer wieder zu Todesfällen in Europa bzw. auch in Österreich geführt. Entsprechende Warnungen wurden daher über das österreichische und das europäische Frühwarnsystem (EWS) sowie über die Medien verbreitet.

Wie im Vorjahr wurde MDMA vermehrt in Pulver- oder kristalliner Form zur Analyse gebracht. Während es 2009 noch 23 Proben waren, stieg diese Zahl 2010 auf 91 und 2011 auf 163 (vgl. Tabelle A20). Dies könnte darin begründet sein, dass pulverförmiges MDMA in der Szene im Ruf steht, besonders rein zu sein. 82 Prozent dieser Proben enthielten ausschließlich MDMA (bzw. MDE/MDA) und keine weiteren pharmakologisch aktiven Substanzen. Der durchschnittliche MDMA-Gehalt lag bei 662 mg pro Gramm. 10 Prozent der pulverförmigen bzw. kristallinen vermeintlichen MDMA-Proben enthielten hingegen neue psychoaktive Substanzen.

Die 203 als Speed gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten nur zu 5 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente, weitere 56 Prozent enthielten neben Amphetamin auch Koffein (vgl. Tab. A21). Ende Jänner 2011 wurde auch in einer vermeintlichen Speedprobe die Substanz PMA (s. oben) identifiziert. Im ersten Halbjahr 2012 wurde in mehreren Proben erstmals die neue psychoaktive Substanz 4-Methylamphetamin (4-MA) als Beimengung identifiziert. 4-MA ist mit Amphetamin eng verwandt und wurde in der Vergangenheit von der Pharmaindustrie als möglicher Appetitzügler beforscht, jedoch ohne verwertbare Ergebnisse. In jüngerer Zeit ist die Substanz in diversen europäischen Ländern als Freizeitdroge aufgetaucht. In Zusammenhang mit 4-MA ist es bereits zu Vergiftungen bzw. ungeklärten Todesfällen in den Niederlanden, in Belgien und Großbritannien gekommen.

Von den 82 als Kokain gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten lediglich 4 Proben Kokain und keine weitere pharmakologisch aktive Beimengung. In 63 Prozent der Kokainproben war unter anderem auch die Substanz Levamisol nach-

75

Im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG.

zuweisen – 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 weiterer Folge zu lebensbedrohlichen Infektionen führen kann. Bei 28 Prozent der Kokainproben wurde Phenacetin als Beimengung gefunden. 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.

Nur mehr vierzig Proben (5 %) wurden als vermeintlich neue psychoaktive Substanzen abgegeben – im Vorjahr waren es noch gut doppelt so viele gewesen (11 %). *Checkit!* berichtet vom Eindruck, der im Kontakt mit der Zielgruppe gewonnen wurde, dass die Popularität der neuen psychoaktiven Substanzen und die anfängliche Euphorie der Konsumentinnen und Konsumenten bedeutend abgenommen hat. Dennoch zeigen die Analyseergebnisse, dass neue psychoaktive Substanzen – wenn auch in geringerem Ausmaß gezielt gesucht – nach wie vor im Umlauf sind. Wie im vergangenen Jahr war die am häufigsten zur Analyse gebrachte Substanz aus dieser Gruppe (tatsächliches oder vermeintliches) Mephedron⁷⁶.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat im Berichtszeitraum über achtzig „Kräutermischungen“ analysiert. Dabei wurden unterschiedlichste (synthetische) Cannabinoide entdeckt, u. a.: JWH-015, -019, -073, -081, -122, -200, -203, -210, -250, RCS-4 sowie AM-1220, -2201 und -694. Einige davon unterlagen bereits seit 2009 dem Arzneimittelgesetz⁷⁷, seit Jänner 2012 sind alle diese Substanzen durch das NPSG erfasst. Von der AGES wurden auch über hundert Proben in Pulverform und Tabletten (aus Headshops oder Beschlagnahmungen durch Polizei oder Zoll) mit nunmehr dem NPSG unterliegenden Stoffen (zumeist aus der Gruppe der Cathinone) analysiert.

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs niveau gemacht werden, finden sich in Tab. 10.1 (vgl. dazu auch ST14 und ST16). Wie in den Vorjahren zeigt sich eine erhebliche Schwankungsbreite in der Konzentration der für den Straßenhandel bestimmten Drogen.

76

Mephedron ist zwar seit 2010 im SMG erfasst, gehört aber wie viele neue psychoaktive Substanzen zur Gruppe der synthetischen Cathinone.

77

Verordnung des Bundesministers für Gesundheit betreffend das Inverkehrbringen, den Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten (aufgehoben durch die Verordnung BGBl II 2011/468).

Tabelle 10.1:

Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm*/Stück**) der diversen Drogen
im Straßenverkauf in Österreich, 2011

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	„Ecstasy“***	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,04 %	0,1 %	0,1 %	-	13,5 %	0,2 %	0,28	-
	Obergrenze	21,7 %	51,2 %	42,6 %	-	83,5 %	28,5 %	83,8	-
	Median	6,6 %	6,8 %	4,5 %	-	23,1 %	5,5 %	79,7	-
Preis	Untergrenze	7	6	40	-	60	10	7	25
	Obergrenze	10	9	60	-	90	20	10	40
	Typisch	8	8	50	-	75	12	7	30

Anmerkung: Die Daten des BMI beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen.

Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 8 (!) und 339.

Quelle: BMI/.BK 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Teil 2

Schwerpunktthemen

11 Stationäre Suchtbehandlung in Österreich

Dieses Kapitel bezieht sich auf jene Einrichtungen, die stationäre Suchttherapie für drogenabhängige Personen anbieten und entweder nach § 15 Suchtmittelgesetz (SMG) kundgemacht wurden oder laufende Vereinbarungen haben zur Übernahme der Therapiekosten mit Kostenträgern aus dem öffentlichen Bereich (Justizministerium – BMJ, Sozial- oder Gesundheitsämter der Landesregierungen, Sozialversicherung). Nicht Bestandteil dieses Kapitels sind Einrichtungen, die ausschließlich stationäre Entzugsbehandlung anbieten, auf andere Abhängigkeitserkrankungen spezialisiert sind (v. a. Alkoholabhängigkeit), drogenabhängige Personen nur zur Behandlung von psychiatrischen Begleiterkrankungen oder in akuten Fällen oder in Ausnahmefällen aufnehmen (v. a. Kliniken bzw. Abteilungen für Psychiatrie inklusive Kinder- und Jugendpsychiatrie). Dies gilt auch für die beiden Sonderkrankenanstalten der Haftanstalten Stein und Josefstadt. Ausgeschlossen sind des Weiteren jene Einrichtungen, die ausschließlich privat zu finanzieren sind. Dabei handelt es sich jedoch nur um einzelne Einrichtungen, über die in keinem Dokumentationssystem und in keiner Darstellung des österreichischen bzw. bundeslandweiten Suchthilfesystems Informationen vorliegen.

Für dieses Kapitel wurden im Wesentlichen Informationen herangezogen aus dem Suchthilfekompass⁷⁸ bzw. aus den damit zusammenhängenden Tätigkeitsberichten für 2011, aus bundeslandspezifischen Übersichten, aus Publikationen verschiedener Fachleute, aus Jahresberichten und von Websites der stationären Einrichtungen sowie von den Sucht- bzw. Drogenkoordinationen der Bundesländer. Zusätzlich war es erforderlich, Informationen direkt bei den stationären Einrichtungen einzuholen⁷⁹.

11.1 Entwicklung und Rahmenbedingungen

11.1.1 Entwicklung stationärer Suchtbehandlung

Die Entwicklung des Suchthilfesystems (inklusive Suchtbehandlung) für drogenabhängige Personen in Österreich wird von Burian (2004), Eisenbach-Stangl und Burian

78

Zu finden unter <http://suchthilfekompass.goeg.at/>.

79

Besonderer Dank gilt jenen Personen aus den Einrichtungen, die Auskünfte für dieses Kapitel zur Verfügung stellten.

(1998) sowie Eisenbach–Stangl et al. (2008) beschrieben. In diesen Publikationen werden drei Phasen unterschieden:

- » der Aufbau des Behandlungssystems in den 1970er Jahren,
- » der Ausbau in der ersten Hälfte der 1980er Jahre und
- » die Professionalisierung, Diversifizierung und Medikalisierung ab 1985.

Der Beginn von Beratung und Behandlung drogenabhängiger Personen in Österreich wird mit der Novelle des Suchtgiftgesetzes 1971 gleichgesetzt, als der Erwerb und Gebrauch illegaler Drogen für den persönlichen Verbrauch entkriminalisiert und die Begutachtung durch die Gesundheitsbehörde eingeführt bzw. sozialmedizinische Maßnahmen aufgenommen wurden. Vorher konnten Drogenabhängige nur in psychiatrischen Anstalten und eher inoffiziell sowie nicht spezialisiert stationär behandelt werden. In den 1970er Jahren wurden die ersten Langzeittherapieeinrichtungen und eine Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher gegründet.

Mit der Novelle von 1980 wurden die sogenannten „anerkannten Einrichtungen“ geschaffen, die Drogenabhängige betreuen und behandeln und auch vom BMG finanziell unterstützt werden können. In den 1980er Jahren wurden die speziellen stationären Einrichtungen ausgebaut. Gleichzeitig entstanden ambulante Einrichtungen, die sich durch ihre akzeptierende Haltung gegenüber Suchtkranken von den bisherigen Einrichtungen unterscheiden. Entzug und Abstinenz waren jedoch nach wie vor die wichtigsten Ziele der Behandlung. Dies änderte sich etwas mit der offiziellen Einführung der Substitutionsbehandlung im Jahr 1987. In diesem Zeitraum wurden auch die Einrichtungen des Gesundheitssystems gestärkt, sie wirkten zunehmend bei der Umsetzung von „Therapie statt Strafe“ mit. Die Behandlung in Einrichtungen außerhalb des Strafvollzugs wird seit 1986 auch durch die Justiz finanziert. Die Behandlungskapazität in diesen Einrichtungen übertraf am Ende der 1980er Jahre jene des Justizbereiches um das Doppelte.

Die rasche Expansion der Behandlungskapazitäten in den Achtzigern, die mit fehlender struktureller Abstimmung einherging, hat laut Eisenbach–Stangl et al. (2008) zu unzufriedenen Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern, rivalisierenden Gruppen, Personalfluktuation, Streiks der Patientinnen und Patienten sowie der Suspendierung von Führungskräften geführt. Laut Hauser und Haller (1988) wurden in dieser Zeit die „anfängs dominierenden, mit ihrer Persönlichkeit die Suchttherapie und die jeweilige Drogenstation prägenden Therapeuten von einer Generation von Helfern mit solider Ausbildung“ abgelöst.

Die Entwicklung des Behandlungssystems ist laut Eisenbach–Stangl und Burian (1998) bzw. Burian (2004) seit 1985 durch eine verstärkte Orientierung an den Bedürfnissen der Klientinnen und Klienten, durch zunehmende Professionalisierung von ärztlichen und nicht-ärztlichen Drogentherapeutinnen und -therapeuten, durch Diversifizierung und Medikalisierung geprägt. Die Diversifizierung in der stationären Behandlung in den

1980er Jahren basiert laut Eisenbach–Stangl et al. (2008) jedoch vor allem auf der Meinung einiger weniger Führungspersönlichkeiten, während Daten als Basis für Veränderungen kaum vorhanden waren.

Seit den 1990er Jahren werden laut Eisenbach–Stangl und Burian (1998) neben Entzug und Abstinenz auch die Ziele soziale Anpassung durch Substitutionsbehandlung und Schadensminimierung verfolgt.

Eisenbach–Stangl et al. (2008) beschreiben die Situation in den stationären Behandlungseinrichtungen der 1970er Jahre als geprägt durch geringe Ressourcen und einen weitgehend inoffiziellen Charakter, der viel Improvisationstalent und persönliches Engagement benötigt hat. Der Führungsstil und die therapeutischen Methoden der 1980er Jahre werden als unzureichend charakterisiert, mit geringer Abgrenzung gegenüber den Klientinnen und Klienten sowie einem unvorteilhaften Machtgefüge. In den 1990er Jahren beherrscht ein verstärkt medizinischer Blick und professionelle Abgrenzung die Suchtbehandlung, während der Beziehungsaspekt (Empathie) vernachlässigt wird.

Hinsichtlich der Entwicklung der Inanspruchnahme stationärer Suchtbehandlung liegen wenige Informationen vor. DOKLI (vgl. Kap. 5.3) liefert Daten erst seit 2006. Demnach haben sich im Jahr 2006 1.617 Personen in stationärer Betreuung befunden, wovon 1.403 Personen eine stationäre Betreuung begonnen haben. Im Jahr 2011 waren dies 1.993 bzw. 1.526 Personen⁸⁰. Der Anteil von Personen, die Therapie statt Strafe in Anspruch nehmen, ist nach wie vor hoch.

11.1.2 Strategien und politische Rahmenbedingungen für stationäre Suchtbehandlung

Die fachlichen **Rahmenbedingungen** für die stationäre Suchtbehandlung werden von den Sucht- bzw. Drogenstrategien/-plänen/-konzepten der Bundesländer definiert (vgl. auch SQ 32 und 27). Relevant sind jedoch auch die Struktur- bzw. Psychiatriepläne der Bundesländer. In den letzten Jahren haben einige Bundesländer ihre Sucht- bzw. Drogenstrategien/-pläne/-konzepte aktualisiert. Diesbezügliche Informationen zu Tirol, Salzburg und der Steiermark, aber auch zur laufenden Neuorganisation des Wiener SDHN, finden sich in Kap. 1.2 bzw. 5.2. Die Neuerungen in NÖ und Kärnten wurden im letztjährigen Bericht (GÖG/ÖBIG 2011c) beschrieben. Grundsätzlich lässt

80

Zu beachten ist, dass nicht alle der in diesem Kapitel beschriebenen Einrichtungen in DOKLI erfasst werden bzw. dass sich im Laufe der Zeit Veränderungen ergeben haben.

sich sagen, dass alle Strategien/Pläne/Konzepte auf die Notwendigkeit eines breiten Behandlungsspektrums hinweisen. Im Burgenland und in Salzburg wird allerdings hauptsächlich auf ambulante Einrichtungen gesetzt, für die wenigen Klientinnen und Klienten dieser Bundesländer stehen Plätze in stationären Einrichtungen der anderen Bundesländer zur Verfügung. Zu erwähnen ist noch der Anspruch des Vorarlberger Drogenkonzeptes, jedem Therapiewilligen sofort therapeutische Hilfe zukommen zu lassen (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002). Unter dem Titel „Therapie sofort“ soll spätestens innerhalb von 48 Stunden ein adäquater Platz vermittelt werden, wobei dies sowohl ambulante als auch stationäre Therapie beinhaltet.

Die **Finanzierung** der Suchtbehandlung wurde bereits in GÖG/ÖBIG (2010a) erläutert, hier werden daher nur die wichtigsten Elemente angeführt:

- » Die Tätigkeit von Einrichtungen oder Vereinigungen, die Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch beraten und betreuen, kann gemäß § 16 SMG vom Bund (BMG) unter bestimmten Voraussetzungen gefördert werden, und zwar nach Maßgabe der entsprechend dem jeweiligen Bundesfinanzgesetz verfügbaren Bundesmittel. Insbesondere sind die Zuschüsse von der Förderung durch andere Gebietskörperschaften abhängig zu machen (Länder, Gemeinden). Das BMG fördert solche Einrichtungen, wenn sie gemäß § 15 SMG geprüft und im BGBl kundgemacht wurden. Zusätzlich gibt es je nach Bundesland auch Landesförderungen für Einrichtungen zur stationären Suchtbehandlung.
- » Einrichtungen, die den Status einer Krankenanstalt haben, werden in der Regel über Landesfonds (Bund, Land, Sozialversicherung) und LKF⁸¹ oder über Zuschüsse von Ländern und Gemeinden finanziert. Für die ersten Belagstage kann ein Selbstbehalt für die Patientinnen und Patienten anfallen.
- » Die Kosten für die einzelfallbezogene Behandlung werden auf der Basis von vereinbarten Pauschalen oder Tagsätzen von verschiedenen Kostenträgern übernommen (in der Regel Land, Sozialversicherung, Justiz). Im Bereich der Justiz (Therapie statt Strafe, § 41 SMG) gelten die Kostensätze der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter (BVA).

Je nach Bundesland bestehen unterschiedliche Rechtsgrundlagen und Richtlinien bzw. fällt die Zuständigkeit in verschiedene Bereiche (Sozial- oder Gesundheitsamt). So wird z. B. in OÖ die Suchttherapie⁸² im Chancengleichheitsgesetz (CHG) als „Ergänzende

81
Leistungsbezogene Krankenanstaltenfinanzierung

82
Der Sozialbericht bezieht sich auf Therapie- und Wohnangebote für suchtkranke Personen (inklusive Alkoholabhängige) in spezifischen Einrichtungen, deren Kosten vom Land OÖ getragen werden (d. h. nicht von Sozialversicherungen und Justiz).

Leistung“ bzw. im Speziellen als „Übergangswohnen für Menschen mit psychosozialen Betreuungsbedarf“ definiert (Schwarzenbrunner, p. M.). In § 4 CHG werden die persönlichen Voraussetzungen für die Gewährung dieser Leistungen (Suchttherapie und zeitlich befristetes Wohnangebot) bestimmt. Im Jahr 2010 wurden diese Leistungen (in OÖ und anderen Bundesländern) insgesamt 470 Personen aus OÖ gewährt und finanziert (Amt der OÖ Landesregierung 2011). Die Kosten dafür betragen 9.573.921 Euro und wurden aus den Mitteln des Sozialressorts getragen. Zusätzlich werden Suchttherapieeinrichtungen in OÖ von der Abteilung Gesundheit mitfinanziert (im Jahr 2010 mit 62.500 Euro). Seit 2011 werden die Therapieplätze kontingentierte, d. h., es werden vom Land OÖ insgesamt neun Trägern max. 55 Plätze gleichzeitig finanziert (Schwarzenbrunner, p. M.).

In Wien ist seit 2009 im Sinne einer zweiten Meinung („2nd opinion“) eine spezielle Begutachtung nötig, bei der die Indikationen für stationäre Therapien überprüft (und bestätigt) werden (SDW 2012; vgl. auch Kap. 5.2.2).

Aus Kärntner Drogeneinrichtungen wird vermehrt von Anträgen auf Kostenübernahme berichtet, die seitens des Landes abgelehnt werden (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012).

Informationen zur Entwicklung der auf sechs Monate beschränkten Kostentragung durch die Justiz (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c) finden sich in Kap. 9.4.

Hervorzuheben ist, dass die Kostentragung nach wie vor ein Problem darstellt und von vielen Fachleuten ein dringender Lösungsbedarf gesehen wird (hinsichtlich der Aufteilung zwischen Bund und Ländern bzw. verschiedenen Sektoren).

11.2 Verfügbarkeit und Charakteristika

11.2.1 Verfügbarkeit stationärer Suchtbehandlung

Tabelle 11.1 gibt einen **Überblick** über die spezialisierten Einrichtungen Österreichs, die stationäre Suchttherapie für drogenabhängige Personen anbieten und den in der Einleitung genannten Kriterien entsprechen. Der Großteil der aufgelisteten Einrichtungen ist nach § 15 SMG kundgemacht. Zu berücksichtigen ist, dass im Zusammenhang mit einem neuen Versorgungskonzept für das Wiener SDHN vom Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital seit Mitte 2012 keine rehabilitativen Leistungen im Bereich Suchterkrankung mehr angeboten werden (vgl. Kap. 5.2.1).

Die Größe der Einrichtungen variiert sehr, die meisten Behandlungsplätze bietet der Verein Grüner Kreis in neun verschiedenen Häusern an. Im Jahr 2011 wurden vom Verein Grüner Kreis insgesamt 599 Klientinnen und Klienten (inklusive 12 Kinder) stationär behandelt (Rohrhofer, p. M.).

Die Karte 5.2 in Kap. 5.2.2 zeigt die regionale Verteilung dieser spezialisierten Einrichtungen in Österreich. Es muss jedoch berücksichtigt werden, dass drogenabhängige Personen eine stationäre Suchtbehandlung – zumindest theoretisch – in ganz Österreich in Anspruch nehmen können. De facto hängt dies von Vereinbarungen zwischen den jeweiligen Kostenträgern (darunter die Sozial- bzw. Gesundheitsämter der Bundesländer) und den Therapieeinrichtungen ab.

Tabelle 11.1:

Einrichtungen für stationäre Suchttherapie in Österreich, Status, Plätze und betreute Personen, 2011

Bundesland	Name der Einrichtung	Ort, Gründungsjahr	Träger/Eigentümer	Rechtsform	Anerkannt nach § 15 SMG	Anzahl Betten/Plätze (alle, die für Drogenabhängige verfügbar sind)	Anzahl betreuter drogenabhängiger Personen im Jahr 2011
K	Oikos - Haus 10	Klagenfurt, 1995	Oikos - Verein für Suchtkranke	Gemeinnütziger Verein	✓	19 (+3 für betreutes Außenwohnen)	10 Frauen, 53 Männer
NÖ	API, Langzeittherapiestation Mödling (Sonderkrankenanstalt)	Mödling, 1980 ¹	Anton Proksch Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg	Gemeinnützige Stiftung	✓	39 (+22 in stationärer Nachbetreuung)	26 Frauen, 89 Männer
NÖ	Zukunftsschmiede Voggeneder GmbH	Pressbaum, 1993	Zukunftsschmiede Voggeneder GmbH	Private GmbH	✓	88	42 Frauen, 219 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Binder (Jugendwohlfahrtseinrichtung)	Mönichkirchen, 1992	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	20	59 Frauen, 2 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Waldheimat (Jugendwohlfahrtseinrichtung)	Mönichkirchen, 1994	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	20	60 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Marienhof (Sonderkrankenhaus / Jugendwohlfahrtseinrichtung)	Aspang, 1989	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	63	36 Frauen, 90 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Ettlhof	Lichtenegg, 1988	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	14	31 (2010)
NÖ	Grüner Kreis - Berghof	Thomasberg, 1988	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	15	20 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Meierhof	Aspang, 1991	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	20	9 Frauen, 48 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Treinthof	Krumbach, 1985 ²	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	16	7 Frauen, 21 Männer
NÖ	Grüner Kreis - Villa	Krumbach, 1987	Grüner Kreis - Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	20	50 Männer
NÖ	Therapiezentrum Ybbs an der Donau - Psychiatrisches Krankenhaus	Ybbs an der Donau	Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)	Öffentlich	✓	n. v.	n. v.
OÖ	Therapiestation Erlenhof	Prambachkirchen, 1981	pro mente Oberösterreich	Gemeinnütziger Verein	✓	18 (+7 in Außenwohngruppen)	23 Frauen, 37 Männer

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 11.1

Bundesland	Name der Einrichtung	Ort, Gründungsjahr	Träger/Eigentümer	Rechtsform	Anerkannt nach § 15 SMG	Anzahl Betten/Plätze (alle, die für Drogenabhängige verfügbar sind)	Anzahl betreuter drogenabhängiger Personen im Jahr 2011
Stmk	Grüner Kreis – Johnsdorf	Fehring, 2003	Grüner Kreis – Verein zur Rehabilitation und Integration suchtkranker Personen	Privater Verein	✓	80	11 Frauen, 170 Männer
Stmk	Therapiestation Walkabout (Sonderkrankenanstalt)	Kainbach/Graz	Konvent der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg	Privat		20	64
Stmk	ubuntu – Wohnhaus Ubuntu und ReethiRa	Voitsberg, 2004	Verein ubuntu	Privater Verein		28 ³	n. v.
T	Haus am Seespitz – Kurzzeittherapie für Drogenabhängige	Maurach, 1997	Therapienetz GmbH	Gemeinnützige GmbH	✓	20	11 Frauen, 41 Männer
T	Verein K.I.T.	Schwaz	Verein K.I.T.	Verein		n. v.	n. v.
V	Therapiestation Carina der Stiftung Maria Ebene (Sonderkrankenanstalt)	Feldkirch-Tisis, 1984 ⁴	Stiftung Maria Ebene	Gemeinnützige Stiftung	✓	15	23 Frauen, 40 Männer
V	Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene (Sonderkrankenanstalt)	Meiningen, 1995	Stiftung Maria Ebene	Gemeinnützige Stiftung	✓	16	30 Frauen, 80 Männer
W	API, Abteilung V (Sonderkrankenanstalt)	Wien, 1990	Anton Proksch Institut Stiftung Genesungsheim Kalksburg	Gemeinnützige Stiftung	✓	6	24 Frauen, 37 Männer
W	Schweizer Haus Hadersdorf (SHH)	Wien, 1998	Schweizer Haus Hadersdorf GmbH (Evangelischer Waisenversorgungsverein und Verein WOBES)	Privat	✓	35 (+45 für dezentrale Therapie)	37 Frauen, 115 Männer
W	Sozialmedizinisches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto-Wagner-Spital, Abteilung für Drogenkranke, Therapiestation ⁵	Wien	Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV)	Öffentlich	✓	20	n. v.

n. v. = nicht verfügbar; ¹ Einrichtung wurde bereits 1972 gegründet, aber an einem anderen Standort; ² Erstes Haus des Verein Grüner Kreis, der bereits 1983 gegründet wurde;

³ In beiden Häusern zusammen, wobei jeweils max. die Hälfte in Substitution befindlich, die restl. Plätze aber auch teilweise mit Suchtmittelproblematik; ⁴ Von 1980 bis 1984 wurden Alkohol- und Drogenabhängige am Krankenhaus der Stiftung (in verschiedenen Abteilungen) behandelt; ⁵ Seit Mitte 2012 werden keine rehabilitativen Leistungen im Bereich Suchterkrankung mehr angeboten.

Quelle: Suchthilfekompass, Tätigkeitsberichte der §-15-Einrichtungen für 2011 (BMG), Websites der Einrichtungen und Friedl (p. M.); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die **Zuweisung** erfolgt entweder über die Vorbereitungsstelle der Einrichtung (vgl. auch Kap. 11.2.2), über andere Einrichtungen aus dem Suchthilfesystem (v. a. Drogenberatungsstellen) oder die Justiz. Die Aufnahme für eine stationäre Therapie geschieht in der Regel dann, wenn eine klare Indikation und Motivation vorhanden sind, die Kostentragung geklärt ist und ein körperlicher Entzug stattgefunden hat. Jene Einrichtungen, die eigene Entzugsabteilungen haben, führen nach Abklärung der Kostentragung den Entzug selbst durch, nehmen aber für die Therapie auch Personen auf, die den Entzug woanders absolviert haben. Zusätzlich gibt es – je nach Einrichtung – Ausschlusskriterien wie z. B. Alter und Pflegebedürftigkeit (vgl. Tab. 11.2).

Lange Zeit galten die **Kapazitäten** für stationäre Behandlung als nicht ausreichend. Brosch und Juhnke schreiben beispielsweise 1993 von einer Überlastung in diesem Bereich und von extrem langen Wartezeiten von einigen Monaten. Dies hat sich seither durch den weiteren Ausbau und die Diversifizierung der Suchtbehandlung verbessert. Von einigen Einrichtungen wird berichtet, dass keine Wartezeiten existieren – wobei sich dies meist auf den Zeitpunkt nach der Klärung sämtlicher Voraussetzungen, inklusive der Kostentragung, bezieht. Oft wird eine Vorbereitungszeit als notwendig erachtet und gleichzeitig für diese Abklärung genutzt. Es gibt jedoch auch Einrichtungen, die von langen Wartezeiten berichten (z. B. 8 Monate für Männer und 6–8 Monate für Frauen in der Therapiestation Carina und 9 Monate im Verein ubuntu). Die Gründe, die für Wartezeiten oder lange Vorbereitungszeiten – neben den in Kap. 11.1.2 bereits erwähnten – angeführt werden, sind:

- » kleine Einrichtung mit wenig Plätzen bei gleichzeitiger langer Therapiedauer und geringer Abbruchsquote,
- » Unterbrechungen in der Vorbereitungszeit durch die Klientinnen und Klienten,
- » individuelle Faktoren, d. h., es wird versucht, die Gruppe optimal zusammenzustellen,
- » Krisenfälle, für die freie Plätze reserviert werden bzw. die vorgezogen werden (müssen/sollen), und
- » vorhandene Ansuchen um Aufnahme aus anderen Bundesländern oder sogar aus dem Ausland.

11.2.2 Charakteristika stationärer Suchtbehandlung

Die **therapeutischen Ansätze** der meisten Einrichtungen unterscheiden sich auf den ersten Blick nicht sehr voneinander. In allen Einrichtungen wird stationäre Psychotherapie angeboten, gekoppelt mit Soziotherapie bzw. Arbeitstherapie und einer betreuten aktiven Freizeitgestaltung. Das Zusammenleben der Klientinnen und Klienten während der stationären Therapie wird im Sinne einer „Therapeutischen Gemeinschaft“ ebenfalls praktisch überall genutzt, die Bedeutung, die diesem Element zugeschrieben wird, ist jedoch unterschiedlich groß. Vom Grünen Kreis, der als einzige österreichi-

sche Einrichtung Mitglied der *Europäischen Vereinigung Therapeutischer Gemeinschaften* (European Federation of Therapeutic Communities, EFTC) ist, wird die „Therapeutische Gemeinschaft“ als das zugrundeliegende Konzept der stationären Behandlung und die Gemeinschaft der suchtmittelabhängigen Bewohner/innen als wichtigstes Therapeutikum dargestellt⁸³. Andere Einrichtungen wie z. B. das Schweizer Haus Hadersdorf und die Langzeittherapiestation Mödling des API definieren sich klar als Einrichtungen für stationäre Psychotherapie, setzen jedoch ebenfalls Elemente der „Therapeutischen Gemeinschaft“ ein, wie z. B. das Übernehmen von Funktionen durch Klientinnen und Klienten sowie Selbsthilfebereiche ohne Betreuung bzw. Involvierung von Professionistinnen und Professionisten (Spirig, p. M.; Preinsperger, p. M.). In der Therapiestation Walkabout gilt zwar eine „Beziehungs- und Begegnungsorientierung“ – für das gesamte Team –, (ehemalige) Klientinnen und Klienten haben jedoch keine explizite Rolle im therapeutischen Prozess (Friedl, p. M.).

Psychotherapie zur Behandlung verschiedener suchtrelevanter Störungen wird in fast allen Einrichtungen sowohl als Einzel- als auch als Gruppentherapie angeboten. Allerdings hängt Letzteres vom Vorhandensein einer ausreichenden Anzahl an Personen ab und kann z. B. in der Therapiestation Walkabout nicht immer umgesetzt werden, während störungsgeleitete Therapie (z. B. Traumatherapie und Borderline-Therapie) ausschließlich im Einzelsetting erfolgt (Friedl, p. M.). Eingesetzt werden verschiedenste Methoden, wobei sich viele Einrichtungen nicht auf eine einzelne Orientierung oder Methode festlegen, sondern je nach individuellem Bedarf aus einer gegebenen Vielfalt auswählen. Folgende Methoden werden genannt:

- » tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung: psychodynamisches Konzept (API), analytisch orientierte Methoden (Grüner Kreis, Zukunftsschmiede Voggeneder, Therapiezentrum Ybbs an der Donau), Verfahren der objektgestützten psychodynamischen Psychotherapie für Menschen mit Borderline-Struktur (Therapiestation Lukasfeld), katathymes Bilderleben (Grüner Kreis), hypno-systemische Therapie (Therapiestation Carina);
- » humanistisch-existenzielle Orientierung: Existenzanalyse (Therapiestation Walkabout, Therapiestation Carina), personen- bzw. klientenzentrierte Psychotherapie (Grüner Kreis, Ybbs an der Donau), integrative Gestalttherapie (SHH, Therapiestation Walkabout, Grüner Kreis, Ybbs an der Donau);
- » verhaltenstherapeutische Orientierung: Verhaltenstherapie (SHH, Verein KIT, Therapiestation Carina);

83

Beschreibung der stationären Langzeittherapie bzw. des Behandlungssystems des Grünen Kreises in dessen Broschüren bzw. unter <http://www.gruenerkreis.at/>.

- » systemische Orientierung: Familientherapie (SHH, Therapiestation Erlenhof, Grüner Kreis, Therapiestation Walkabout) bzw. Paartherapie (SHH, Therapiestation Erlenhof, Haus am Seespitz, Zukunftsschmiede Voggeneder).

Zusätzlich werden Körpertherapie (Therapiestation Lukasfeld, Grüner Kreis), Musiktherapie (Therapiestation Lukasfeld, Haus am Seespitz), Psychoedukation (Therapiestation Lukasfeld, Therapiestation Walkabout), Ergotherapie (Verein Oikos, Grüner Kreis, Therapiestation Walkabout), Logotherapie (Therapiestation Walkabout) und Traumatherapie (Therapiestation Walkabout) eingesetzt. Geschlechtsspezifische Gruppenarbeit sowie indikative Gruppen (z. B. zum Thema Angst) ergänzen fallweise das psychotherapeutische Angebot. Der Verein ubuntu unterscheidet sich von den anderen Einrichtungen, da hier in erster Linie Traumapädagogik (nach dem Konzept „Stressless Trail to Independence“) eingesetzt wird, sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting⁸⁴.

Für eine Soziotherapie bzw. Arbeitstherapie stehen je nach Therapieeinrichtung unterschiedliche Möglichkeiten zur Verfügung, die von einer Beschäftigung in Land- und Forstwirtschaft (einschließlich Tierzucht) über Kochen und Catering bis zu diversen Kreativwerkstätten (z. B. Keramik, Buchbinderei) reichen. Ziele sind das Finden und Fördern von Talenten sowie das Erlernen von Fertigkeiten und Fähigkeiten für den Umgang mit realen Situationen und Anforderungen nach der Therapie (z. B. Ausdauer und Frustrationstoleranz), aber auch die Förderung von Selbsterfahrungsprozessen und der Aufbau eines Selbstwertgefühls. Letztendlich soll durch das Erlernen von lebenspraktischen Fertigkeiten die Arbeitsfähigkeit wiedererlangt werden.

Betreute aktive Freizeitgestaltung beinhaltet sportliche und kulturelle Aktivitäten, häufig auch erlebnispädagogische Ansätze. Ziel ist v. a. das Vermitteln von sinn- und lustvoller Freizeitgestaltung, aber auch Veränderungen im Körperempfinden und der (Selbst-)Wahrnehmung sowie der Aufbau eines Selbstwertgefühls sind beabsichtigt.

Die **typische Angebotspalette** in österreichischen Einrichtungen zur stationären Suchtbehandlung umfasst daher:

- » Psychotherapie,
- » Arbeitstherapie (Training von Lebenskompetenzen),
- » medizinische Diagnostik, Beratung, Betreuung und Behandlung (inklusive freiwilliger Testung und Impfung hinsichtlich Infektionskrankheiten),
- » klinisch-psychologische Diagnostik, Beratung, Betreuung und Behandlung,
- » psychosoziale Beratung und Betreuung (Schulden-, sozialversicherungs- und arbeitsrechtliche Beratung),

84

Beschreibung des Konzeptes unter <http://www.ubuntu.or.at/>.

- » gesundheitsfördernde Angebote wie Ernährungsberatung, Gesundheitserziehung, Entspannungstechniken (z. B. autogenes Training),
- » betreute sportliche Aktivitäten (z. B. Fußball, Volleyball, Langstreckenlauf, Klettern, Skitouren, Wandern),
- » betreute aktive Freizeitgestaltung (z. B. Theatergruppen, Malen, Bildhauerei, Tanz, Literatur),
- » Berufsorientierung, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen (z. B. Alphabetisierung, Sprachkurse, Computerkurse, Vorbereitung für externe Lehrabschlüsse, Ausbildung zur Catering-Fachkraft).

Einrichtungen für Jugendliche geben ihren Klientinnen und Klienten auch die Möglichkeit für schulische Unterstützung bzw. die Vorbereitung auf einen externen Schulabschluss. Einrichtungen, die Eltern mit Kindern aufnehmen, bieten für diese zusätzlich Spieltherapie an. Manche Einrichtungen (z. B. Grüner Kreis) beschäftigen ihre Klientinnen und Klienten sogar als Transfer- bzw. Schlüsselarbeitskräfte.

In vielen stationären Einrichtungen werden sowohl jene **Klientinnen und Klienten** betreut, die „freiwillig“ eine Suchtbehandlung beginnen wollen, als auch solche, die sich aufgrund einer Auflage durch die Justiz in Behandlung begeben. Weitere Informationen zu den Zielgruppen der Einrichtungen oder zu den Charakteristika der betreuten Klientinnen und Klienten finden sich in Tab. 11.2 bzw. in Kap. 5.3.1.

Hinsichtlich spezifischer Subgruppen soll noch erwähnt werden, dass manche Einrichtungen gezielt die Vielfalt suchen, viele integrativ arbeiten und manche Spezialprogramme innerhalb der Einrichtung (z. B. das Programm für Personen mit Doppel Diagnosen des Vereins Grüner Kreis) oder in eigenen Einheiten (z. B. eigene Häuser für Frauen und Männer beim Verein ubuntu) anbieten. Viele Einrichtungen schließen bestimmte Personengruppen von der Aufnahme aus (vgl. Tab. 11.2), dazu gehören z. B. akut psychotische Personen. Laut Friedl (p. M.) kann deren Aufnahme jedoch funktionieren, wenn die Gruppe der Klientinnen und Klienten Bescheid weiß und im Notfall eine schnelle Verlegung möglich ist (im Fall der Therapiestation Walkabout in die Landesnervenklinik Sigmund Freud).

Zum **Therapieverlauf** kann berichtet werden, dass nach der Aufnahme in allen Therapieeinrichtungen gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten ein Therapieplan erstellt wird, in dem die persönlichen Ziele festgelegt werden. Die Therapie folgt üblicherweise einem Phasenmodell, bei dem zunächst kein Kontakt nach außen möglich ist und die Klientinnen und Klienten sich auf sich und die in der Therapieeinrichtung vorhandene Gemeinschaft einstellen sollen. Im Laufe der Zeit erfolgt die Aufnahme und Intensivierung von Außenkontakten sowie die Übernahme von Funktionen/Verantwortung innerhalb der Gemeinschaft.

Tabelle 11.2:

Einrichtungen für stationäre Suchttherapie in Österreich, Zielgruppen, Therapiedauer und -form, 2011

Bundesland	Name der Einrichtung	Dauer der Behandlung (in Monaten)	Zielgruppe allgemein (mit Substanzabhängigkeit ¹)	Spezifische Zielgruppen (mit Substanzabhängigkeit)	Ausgeschlossene Zielgruppen	Therapieform
K	Oikos – Haus 10	6–18 Monate	Jugendliche (ab 16 Jahren), junge Erwachsene und Erwachsene	Paare, Mütter/Väter mit Kind, Personen mit Haustieren; Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nur gegen Ende der Reduktionsphase und bei genau definierten Bedingungen; Personen mit zusätzlicher Alkohol- oder Medikamentenproblematik	Minderjährige (unter 16 Jahren)	Langzeittherapie in 5 Phasen; 5. Phase (betreutes Außenwohnen) als variable Phase nach erfolgreicher stationärer Therapie
NÖ	Anton Proksch Institut, Langzeittherapiestation Mödling	6 oder 12 Monate	Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen (schwerer psychiatrischer Problematik bzw. Persönlichkeitsstörungen)	Minderjährige (unter 16 Jahren), pflegebedürftige Personen (inkl. Rollstuhlfahrer/innen), Personen mit akuter Suizidgefährdung, Personen, die eine stationäre Akutbehandlung an einer psychiatrischen oder somatisch-medizinischen Abteilung eines Krankenhauses benötigen	Langzeittherapie
NÖ	Zukunftsschmiede Voggeneder GmbH	1–12 Monate	Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit körperlicher Behinderung	Personen ohne ausreichende Sprachkenntnisse; Personen mit schweren geistigen Behinderungen, die eine Psychotherapie ausschließen; akute Suizidgefahr, akute Behandlungsbedürftige somatische Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit, ausgeprägte Minderbegabung	Kurz-, Mittel- und Langzeittherapie
NÖ	Grüner Kreis – Binder	3–18 Monate	Frauen (Jugendliche, junge Erwachsene u. Erwachsene)	Mütter mit Kindern	pflegebedürftige Klientinnen/Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
NÖ	Grüner Kreis – Waldheimat	3–18 Monate	Männer (Jugendliche und junge Erwachsene)		pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
NÖ	Grüner Kreis – Marienhof	3–18 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Eltern oder Einzelpersonen mit Kind, Mütter/Eltern in Opioid-Substitutionsbehandlung, Personen mit Mehrfachdiagnosen, Personen, die stationäre Dauerbetreuung benötigen	pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
NÖ	Grüner Kreis – Ettlhof	3–18 Monate	Männer (junge Erwachsene und Erwachsene)		pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention

NÖ	Grüner Kreis - Berghof	3-18 Monate	Männer (junge Erwachsene und Erwachsene)	Personen mit stoffungebundenem Suchtverhalten	pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
NÖ	Grüner Kreis - Meierhof	3-6 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit aktuellem Drogenkonsum, Personen mit Motivation zur Substitutionsbehandlung	Personen, die sich nicht in Opioid-Substitutionsbehandlung befinden; Personen, bei denen noch kein Teilentzug durchgeführt wurde; pflegebedürftige Personen	stationäre Substitutions- und Reduktionstherapie
NÖ	Grüner Kreis - Treinthof	3-18 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene		pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
NÖ	Grüner Kreis - Villa	3-18 Monate	Männer (junge Erwachsene und Erwachsene)	Personen mit Mehrfachdiagnosen, Personen, die stationäre Dauerbetreuung benötigen	pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
NÖ	Therapiezentrum Ybbs an der Donau - Psychiatrisches Krankenhaus	3 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen (schweren Persönlichkeitsstörungen)	n. v.	Kurzzeittherapie
OÖ	Therapiestation Erlenhof	5-15 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Mütter mit minderjährigen Kindern	Personen mit akuter Suizidgefahr, Personen mit akuter psychotischer oder manischer Symptomatik, Personen mit Demenz oder schwerer intellektueller Beeinträchtigung; gewalttätige Personen	Langzeittherapie in 3 Phasen und 5 Modulen als Intervalltherapie
Stmk	Grüner Kreis - Johnsdorf	3-18 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen; Personen, die stationäre Dauerbetreuung benötigen	pflegebedürftige Klienten, Personen mit akuter Suizidgefährdung	Kurz- und Langtherapie sowie stationäre Krisenintervention
Stmk	Therapiestation Walkabout	3 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen	n. v.	Kurzzeittherapie mit 3 Phasen
Stmk	ubuntu - Wohnhaus Ubuntu und ReethiRa	18 Monate	erwachsene Männer (18 bis 30 Jahre) im Wohnhaus Ubuntu; Frauen (15 bis 30 Jahre) im Wohnhaus ReethiRa	Personen mit unterschiedlichen Problem- bzw. Indikationsbereichen	n. v.	Langzeittherapie mit mehreren Phasen; bis zu 12 Monate Weiterführung der Substitutionsbehandlung
T	Haus am Seespitz - Kurzzeittherapie für Drogenabhängige	6 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Paare	Minderjährige (unter 18 Jahren), pflegebedürftige Personen (inkl. Rollstuhlfahrer/innen)	Kurzzeittherapie
T	Verein K.I.T.	12 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Paare	n. v.	Langzeittherapie

V	Therapiestation Carina der Stiftung Maria Ebene	1–12 Monate	Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen (mit schweren Persönlichkeitsstörungen wie Borderline, aber auch Essstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen)	Minderjährige (unter 18 Jahren), Personen mit akuter Suizidgefährdung, Personen mit schwerer somatischer Problematik	Langzeittherapie
V	Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene	2 Monate (einschließlich Entgiftung)	Junge Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen	Minderjährige (unter 18 Jahren), Personen mit akuter Suizidgefährdung; Personen, die an Gruppentherapie nicht teilnehmen können (z. B. aufgrund ausgeprägter Sprachbarrieren)	Kurzzeittherapie mit 3 Phasen
W	Anton Proksch- Institut, Abteilung V	1–2 Monate	Jugendliche, junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Mehrfachdiagnosen (mit schweren Persönlichkeitsstörungen oder anderen psychischen Erkrankungen)	Minderjährige (unter 16 Jahren), Personen mit akuter Suizidgefährdung, Personen die einer stationären Akutbehandlung an einer psychiatrischen bzw. somatisch-medizinischen Abteilung eines Akutkrankenhauses bedürfen, pflegebedürftige Personen (inkl. Rollstuhlfahrer/innen)	Kurzzeittherapie und stationären Zwischen- behandlung unter Beibehaltung der Opiatsubstitution
W	SHH Schweizer Haus Hadersdorf	6–12 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Personen mit Motivation zur Opioid- Substitutionsbehandlung	Minderjährige (unter 18 Jahren), reine Alkoholiker	Kurz- bis mittelfristige Therapie; davon 6 Monate stationäre Behandlung und 6 Monate dezentrale Betreuung
W	Sozialmedizini- sches Zentrum Baumgartner Höhe, Otto- Wagner-Spital, Abteilung für Drogenkranke, Therapie-station ²	8 Monate	junge Erwachsene und Erwachsene	Paare, Mütter/Väter mit Kind, Personen mit Haustieren	Minderjährige (unter 18 Jahren)	Langzeittherapie

n. v. = nicht verfügbar; 1 = Im Wesentlichen Opioidabhängigkeit bzw. Abhängigkeit von mehreren Substanzen unter Beteiligung von Opioiden, grundsätzlich aber auch für Abhängige anderer illegaler Substanzen offen; 2 Seit Mitte 2012 werden keine rehabilitativen Leistungen im Bereich Suchterkrankung mehr angeboten.

Quellen: Suchthilfekompass, Websites der Einrichtungen; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Manche Einrichtungen bieten die Therapie als Modul- oder Intervallsystem an. Hier können die Klientinnen und Klienten relativ flexibel oder nach definierten zeitlichen Abschnitten zwischen den verschiedenen Settings (stationär/dezentral/ambulant) und Modulen wechseln.

Die Länge der angebotenen Behandlung wird durch das Behandlungskonzept, durch die individuellen Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten sowie die Finanzierung bestimmt. Während der Verein ubuntu von durchschnittlich 24 Monate dauernden Therapien berichtet – was laut Orville (p. M.) damit zusammenhängt, dass viele Klientinnen/Klienten noch ein Lehrjahr oder ein Jahr Berufsschule vor sich haben, das sie auch vor Ort abschließen können (offenbar aufgrund der Anerkennung als Einrichtung mit vollzeitbetreutem Wohnen für die Finanzierung kein Problem) –, ist eine Therapie von 18 Monaten im Verein Oikos anscheinend nur mehr in Ausnahmefällen möglich (Witting, p. M.). An der Therapiestation Lukasfeld, die eigentlich Kurzzeittherapie anbietet, kann der Aufenthalt insgesamt von der Entgiftung bis inklusive Rehabilitation in der betreuten Wohngemeinschaft bis zu zwei Jahre, bei Personen mit zusätzlichen Psychosen auch darüber hinaus dauern (Stiftung Maria Ebene 2012b). Von der Therapiestation Walkabout wird einerseits berichtet, dass das Konzept der dreimonatigen Therapie der Therapiestation Walkabout durch die LKF-Finanzierung bedingt ist, andererseits kommen Klientinnen und Klienten mit unterschiedlichen Finanzierungszusagen, die je nach Bundesland z. B. 50 oder 90 Tage umfassen (Friedl, p. M.).

Rückfälle (d. h. Drogenkonsum während einer laufenden Therapie) werden grundsätzlich thematisiert und in der Therapie bearbeitet. Es gibt jedoch Unterschiede hinsichtlich des Umgangs damit: Mancherorts wird eine Weiterführung der Therapie nach zwei bis drei Rückfällen als nicht sinnvoll erachtet und daher (zumindest vorläufig) beendet, Konsum im Haus ist meistens Grund für sofortige Entlassung. Im Sinne eines pädagogischen Konzepts (bei Nicht-Einhaltung von Regeln folgen Konsequenzen) wird dies an manchen Einrichtungen relativ strikt gehandhabt, in anderen gibt es ein System mit Verwarnungen bzw. wird je nach individueller Situation entschieden (d. h. in Abhängigkeit von Therapiephase, beteiligter Substanz, Häufigkeit/Anzahl der Rückfälle, offene/verdeckte Rückfälle). Dennoch werden auch in diesen Einrichtungen Rückfälle als Teil der Suchterkrankung gesehen und ist eine Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt möglich. Es gibt auch Einrichtungen, für die Rückfälle kein Entlassungsgrund sind, sondern sie als Chance für eine Bearbeitung von bisher noch nicht thematisierten Ursachen gesehen werden. In der Therapiestation Walkabout wurden z. B. eigene Konsumgruppen eingeführt, in denen fallweiser Konsum während der Therapie besprochen wird. Laut Friedl (p. M.) soll dadurch der Fokus der Behandlung verstärkt auf die aktuellen individuellen Bedürfnisse und die bereits erreichten Erfolge gelegt werden. Im Verein ubuntu ist dieses Thema laut Orville (p. M.) nicht wirklich präsent, da die meisten Personen relativ lange in Erhaltungstherapie bleiben und dann ganz langsam und therapeutisch begleitet „herunterdosiert“ werden. Dennoch gibt es auch im Verein ubuntu die Möglichkeit für ein Reha-Timeout, das mehrere Wochen bis

Monate dauern kann. Nach der Wiederaufnahme wird die vierwöchige Anfangsphase wiederholt und anschließend die Therapie dort fortgesetzt, wo vor dem Timeout aufgehört wurde.

Die Information über ein erhöhtes Überdosierungsrisiko im Falle eines Rückfalles nach Beendigung bzw. bei einem Abbruch der Therapie erfolgt während bzw. kurz vor Ende der Therapie standardmäßig (meist mündlich und als Teil der Psychoedukation).

Sehr viele Therapieeinrichtungen haben im Laufe der Zeit eigene Zweigstellen für **Vor- und Nachbetreuung** aufgebaut. Dies ermöglicht eine enge Verzahnung mit der Therapie und hat etliche Vorteile, wie z. B. bei der Eröffnung der Ambulanz der Therapiestation Walkabout in Graz im Juni 2012 betont wurde:

- » Die Klientinnen und Klienten haben immer wieder Kontakt mit vertrauten Personen der Einrichtung, da z. B. die Mitarbeiter/innen aus Vor- und Nachbetreuung auf der Therapiestation anzutreffen sind und umgekehrt. Dadurch kann die Vorbereitung auf die Therapie, aber auch auf die Zeit danach optimal verlaufen. Im Vergleich zu jenen Personen, deren Vorbereitung an anderen Einrichtungen erfolgt, ist die Situation in der Therapie entspannter.
- » Die Klientinnen und Klienten lernen in der Vorbetreuung bereits die bzw. einen Teil der Gruppe kennen, die sich später gemeinsam in der Therapieeinrichtung aufhält. Durch diesen fließenden Übergang kann die Gruppe während der Therapie anders interagieren.
- » Bei Krisen- bzw. Rückfällen nach der Therapie kann schneller und zielgerichteter reagiert werden, da sie sich meist schon im Vorfeld abzeichnen, weshalb durch den ständigen Kontakt mit den Therapeutinnen und Therapeuten bereits eine Lösung (z. B. Wiederaufnahme) vorbereitet werden kann.

Vom Verein ubuntu wird die Nachbetreuung jeweils individuell vereinbart, Kontakte bleiben aber jedenfalls aufrecht – im Sinne einer „Nachbeelterung“ (Orville, p. M.). Dies ist bei vielen Klientinnen und Klienten möglich, da auch jene, die ursprünglich aus anderen Bundesländern kommen, häufig nach der Therapie in der Region verbleiben.

Die meisten stationären Einrichtungen arbeiten abstinentorientiert und -gestützt, d. h., die Suchttherapie beginnt erst nach erfolgtem Entzug bzw. im Falle einer vorherigen Substitutionsbehandlung nachdem das Substitutionsmittel reduziert und abgesetzt wurde. Etliche Einrichtungen haben eigene Abteilungen für Entzüge, sodass direkt nach dem Entzug in die stationäre Entwöhnbehandlung gewechselt werden kann.

Seit einigen Jahren gibt es auch **stationäre Substitutionsbehandlung**. Derzeit ist dies als Erhaltungstherapie im Schweizer Haus Hadersdorf und im Meierhof des Grünen Kreis möglich. Im Haus 10 des Verein Oikos kann eine Erhaltungstherapie auf niedriger Dosierung dann versucht werden, wenn eine Abstinentorientierung aufgrund mehrerer

vorheriger Rückfälle aussichtslos erscheint (Witting, p. M.). In den beiden Häusern des Vereins ubuntu wird zwar grundsätzlich abstinenzorientiert gearbeitet, aber die Klientinnen und Klienten werden mit aufrechter Substitutionsbehandlung (L-Methadon bzw. Buprenorphin) aufgenommen, und die ersten kleinen Entzugsschritte erfolgen erst zu einem späteren Zeitpunkt. Zunächst werden je nach Bedarf Teilentzüge (z. B. von Benzodiazepinen) durchgeführt, dann wird mit der Opioidreduktion begonnen. Die letzten Entzugsschritte werden nie vor dem sechsten Monat und meistens erst nach dem zwölften Monat der Therapie durchgeführt.

Die stationären Einrichtungen sind im Großen und Ganzen sehr gut **vernetzt**, v. a. in ihrem jeweiligen Bundesland, aber auch darüber hinaus. Dies ermöglicht die **Kooperation** und Arbeitsteilung mit anderen Einrichtungen v. a. in der Vor- und Nachbetreuungsphase, aber auch für spezifische Unterstützungen oder Zuweisungen während der Therapie (z. B. medizinische Behandlung oder sozialarbeiterische Unterstützung der Klientinnen/Klienten). Angehörige werden in den eigenen Vor-/Nachbetreuungsstellen mit betreut, wo diese nicht (vor Ort) vorhanden sind, werden sie an externe Betreuungsangebote vermittelt. In der Regel ist die Vernetzung und Kooperation in der Region intensiver als die österreichweite, das ermöglicht einen intensiven Austausch im Sinne eines Case Managements bzw. in Form von Helferkonferenzen (d. h. mit einem Austausch fallbezogener Informationen). Da die Therapieeinrichtungen grundsätzlich Personen aus ganz Österreich offenstehen, bestehen natürlich auch Kontakte zu Beratungsstellen in anderen Bundesländern. Es wird jedoch auch berichtet, dass die Kooperation mit anderen Bundesländern aufgrund geringer Fallzahlen und der dadurch fehlenden Kontinuität nicht so gut funktioniert (Preinsperger, p. M.).

Als besonders hilfreich für die Vernetzung innerhalb der Suchthilfe wurde die ÖAKDA genannt (Witting, p. M.). Daneben gibt es weitere Vernetzungsgremien wie z. B. die „Leiter/innenvernetzungsrunde“ in Wien oder – für die regionale Vernetzung mit anderen Bereichen relevant – regionale Arbeitsgruppen und Veranstaltungen wie z. B. das jährliche Fachleutetreffen der Therapiestation Lukasfeld, zu dem all jene Einrichtungen oder Institutionen eingeladen werden, die ebenfalls mit den Klientinnen und Klienten arbeiten⁸⁵.

85

Zu finden unter Therapiestation Lukasfeld/Kooperationspartner auf der Website der Stiftung Maria Ebene <http://www.mariaebene.at/>.

11.3 Qualitätssicherung

Zur Frage der Qualitätssicherung in den Einrichtungen, die stationäre Suchtbehandlung anbieten, sei vor allem auf das Schwerpunktkapitel zu nationalen Behandlungsleitlinien des Jahres 2010 verwiesen (GÖG/ÖBIG 2010a), in dem z. B. auch die relevanten organisatorischen Richtlinien wie die für Ansuchen um Kundmachung im BGBl gemäß § 15 SMG⁸⁶ oder die Förderrichtlinien der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) erwähnt werden, sowie auf Kap. 5.2.2 im vorliegenden Bericht. Im Zusammenhang mit der Kundmachung nach § 15 SMG müssen die Einrichtungen einen jährlichen Tätigkeitsbericht an das BMG übermitteln. Davon abgesehen kommen Qualitätsmanagementsysteme zur Anwendung wie z. B. EFQM⁸⁷ im Haus am Seespitz. Für jene Therapieeinrichtungen, die den Status einer Krankenanstalt haben, gelten auch die Richtlinien und Bestimmungen von öffentlichen Spitälern. Manche Einrichtungen haben Qualitätssicherungskommissionen.

In Wien wurden in den letzten Jahren etliche Maßnahmen zur Qualitätssicherung gesetzt, unter anderem wurde ein Produktkatalog für das gesamte Wiener SDHN (ambulant und stationär) definiert, ein Dokumentationsstandard entwickelt und eine Neuorganisation in Zusammenarbeit mit dem KAV vorgenommen (SDW 2012, vgl. auch Kap. 5.1 und 5.2).

Evaluationen werden immer wieder geplant und teilweise auch durchgeführt, aber meistens nicht regelmäßig⁸⁸. Eine Ausnahme stellt die Therapiestation Carina dar, die seit einigen Jahren jährliche Katamneseuntersuchungen durchführt. Aktuelle Ergebnisse⁸⁹ zeigen eine Haltequote bzw. einen Anteil von erfolgreichen Abschlüssen an allen im Jahr 2011 erfolgten Abschlüssen von 66 Prozent (Stiftung Maria Ebene 2012a). Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug rund 144 Tage, bei Krisenaufnahmen

86

Auch zu finden unter

http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Drogen_Sucht/Drogen/Einrichtungen_gemaess_15_Suchtmittelgesetz.

87

European Foundation for Quality Management

88

Informationen über Evaluationen und ihre Ergebnisse sind in den vorangegangenen Berichten zur Drogensituation sowie der EDDRA-Datenbank der EBDD zu finden.

89

Die aktuelle Evaluation bezieht sich auf das Jahr 2011 und beruht auf einer standardisierten klinisch-psychologischen Eingangs- und Abschlussdiagnostik, die von einem Fachteam ca. 2–4 Wochen nach der Aufnahme bzw. vor dem Therapieende durchgeführt wird. Zusätzlich wird routinemäßig eine differenzialdiagnostische Einschätzung erstellt.

waren es 15 Tage. Aus den Ergebnissen der Evaluation wird geschlossen, dass an der Therapiestation Carina genau jene Personen zu finden sind, auf die das Konzept ausgerichtet ist. Durch den umfassenden und differenzierten Behandlungsansatz sowie das eigene Konzept für die Behandlung von Essstörungen können Abhängige mit Dual- und Mehrfachdiagnosen gut behandelt werden. Angesprochen wird jedoch auch die fehlende Berücksichtigung evidenzbasierter Behandlungsrichtlinien sowie das Fehlen eines spezifischen Angebotes für junge Personen mit substanzinduzierten psychotischen Störungen und eines regelmäßigen Angebots der Raucherentwöhnung. Die mehrmonatigen Wartezeiten für eine Aufnahme an der Therapiestation werden als nicht akzeptabel gewertet und eine Änderung des Aufnahmeverfahrens vorgeschlagen.

Auswertungen der Therapiestation Lukasfeld für das Jahr 2011 zeigen eine geringfügige Zunahme der regulären Abschlüsse (Stiftung Maria Ebene 2012b). Die meisten Entlassungen erfolgen kurz nach Therapiebeginn und werden zurückgeführt auf partnerschaftliche Beziehungen oder ein starkes Konsumbedürfnis bzw. auf die große Labilität der oft sehr jungen Klientinnen und Klienten. Jene Personen, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, berichten von einer deutlichen Verbesserung ihrer Befindlichkeit im Vergleich zu vorher.

Laut Auswertungen des Verein Oikos haben im Jahr 2011 33 Prozent der Klientinnen und Klienten ihre Therapie in der Therapiestation erfolgreich abgeschlossen (Oikos 2012). Die Therapieabbrüche erfolgten häufig aufgrund einer Alkoholproblematik.

11.4 Diskussion und Ausblick

Die für stationäre Suchttherapie in Österreich verfügbaren (und hier beschriebenen) Einrichtungen bieten eine Vielfalt an Behandlungsmöglichkeiten und -konzepten an, die letztendlich dasselbe Ziel verfolgen: die Abstinenz von Suchtmitteln. Grundsätzlich wird versucht, die Angebote an dem Bedarf der Klientinnen und Klienten zu orientieren. Haben sich die am längsten bestehenden Einrichtungen zu Beginn noch stark an dem theoretischen Konzept einer „Therapeutischen Gemeinschaft“ orientiert, so trifft dies auf die jüngeren Einrichtungen kaum zu. Doch auch die bereits seit langem bestehenden Einrichtungen haben sich weiter- und von diesem Konzept wegentwickelt, wie es z. B. Rittmannsberger und Ebner bereits 1988 für die Therapiestation Erlenhof beschrieben haben. Die in den letzten Jahren und derzeit zu beobachtenden Trends umfassen:

- » Integration verschiedener Suchtformen,
- » Verkürzung der Behandlungsdauer,
- » Flexibilisierung der Behandlung (einerseits durch Modulsysteme oder andere Methoden wie sogenannte Timeouts, andererseits durch Individualisierung),
- » Öffnung für neue/spezifische Zielgruppen.

Personen mit Mehrfachdiagnosen scheinen häufig als Zielgruppe der stationären Suchttherapie auf. Es gibt aber auch Zielgruppen, für die – wenn überhaupt – nur sehr wenige Plätze zur Verfügung stehen, dazu gehören pflegebedürftige Personen und Personen mit Kindern (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2009b und 2011c). Der tatsächliche Bedarf an Plätzen für diese spezifischen Zielgruppen ist jedoch ungeklärt. Stationäre Substitutionsbehandlung wird zunehmend angeboten, derzeit jedoch noch in eher geringem Ausmaß.

Angesichts der Weiterentwicklung ambulanter Behandlungsangebote und der vergleichsweise leichten Zugänglichkeit zur ambulanten Substitutionsbehandlung ist es für die stationäre Suchttherapie mit ihrem Anspruch der (absoluten) Abstinenz schwer, für Klientinnen und Klienten sowie für Kostenträger eine attraktive Alternative darzustellen. So wird z. B. häufig erwähnt, dass die hohen Kosten einer stationären Langzeittherapie nicht mehr übernommen werden bzw. nicht mehr übernommen werden sollten. Es ist jedenfalls bemerkenswert, dass die Kapazitäten der stationären Suchttherapie in den letzten Jahren nicht abgenommen haben. Dennoch gehen Fachleute davon aus, dass für einen Teil der suchtkranken Personen Langzeittherapien eine sinnvolle Behandlungsform darstellen (v. a. für jene mit einer hohen psychiatrischen Komorbidität und langjähriger Suchterkrankung; vgl. z. B. Stiftung Maria Ebene 2012b).

Eisenbach–Stangl und Burian vermuteten 1998, dass aufgrund von Marktmechanismen längerfristig die kostenintensive abstinenzorientierte stationäre Langzeitbehandlung abnehmen würde. Wird das heutige Behandlungssystem betrachtet, so hat zwar die ambulante Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen stark zugenommen, die stationären Einrichtungen bestehen jedoch nach wie vor und wurden z. T. sogar erweitert. Im Sinne der von Burian (2004) formulierten Voraussetzungen für eine erfolgreiche stationäre Behandlung, nämlich variable Therapiefrequenz, pharmakologische Behandlung neben der Psychotherapie und eine Verknüpfung von Psychotherapie mit einem besonders strukturierten therapeutischen Programm, das auf die individuellen Bedürfnisse abgestimmt ist, hat aber eine Weiterentwicklung stattgefunden.

Zu beobachten ist auch, dass in Österreich eher wenig Evaluationen und Studien zum Thema stationäre Suchttherapie durchgeführt und publiziert werden. Es stellt sich daher die Frage, inwieweit die zu beobachtenden Veränderungen in der Suchttherapie auf wissenschaftliche Erkenntnisse, Erfahrungen aus der Praxis oder auf sich verändernde Rahmenbedingungen zurückzuführen sind. Es ist auch nicht nachvollziehbar, ob und in welchem Ausmaß Suchtkranke selbst mit ihrer spezifischen Kompetenz in der Weiterentwicklung der stationären Angebote eine Rolle spielen.

Im Sinne eines Ausblicks sollen zuletzt die von einigen Einrichtungen für die Zukunft genannten Pläne bzw. teilweise bereits in Umsetzung befindliche Veränderungen erwähnt werden, die letztendlich die bereits beschriebenen Trends fortschreiben. So passen der Verein Grüner Kreis und das API ihr Angebot an den neuen Produktkatalog

der SDW an und bieten künftig auch kürzere abstinenz- und substitutionsgestützte Therapiemodule an (Dauer: 1, 2 bzw. 3 Monate) (Preinsperger, p. M.; Rohrhofer, p. M.). Auch an der Langzeittherapiestation Mödling soll ein modulares Programm mit drei, sechs und mehr als sechs Monaten implementiert werden (Gottwald-Nathaniel, p. M.). Von der Therapiestation Carina wird im Sinne einer Individualisierung der Therapie künftig explizit Krisen-, Kurzzeit- und Langzeitbehandlung – auch kumulativ – angeboten (Bachmann, p. M.). An der Therapiestation Walkabout wird über stationäre Substitutionsbehandlung nachgedacht, die entweder parallel zur abstinenzorientierten Behandlung angeboten werden könnte oder mit einer anderen Lösung (Friedl, p. M.). Vom Haus am Seespitz sollen ab September 2012 auch Alkoholabhängige und Personen mit Medikamentenabhängigkeit aufgenommen und in gemeinsamen Gruppen mit Abhängigen von illegalen Substanzen betreut werden (Sligt, p. M.). In den Bereichen des Grünen Kreises soll der Fokus mehr auf stoffungebundenen Suchtverhalten gelegt und sollen die sozioökonomischen Betriebe ausgebaut werden (Rohrhofer, p. M.).

12 Drogenpolitik in Großstädten

Das vorliegende Schwerpunktkapitel zielt nach Vorgabe der Guidelines der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) darauf ab, die Drogenpolitik in den großen Städten Österreichs darzustellen, worunter in diesem Zusammenhang Städte mit mehr als 300.000 Einwohnerinnen und Einwohnern verstanden werden. Mit einer Wohnbevölkerung von etwa 1,7 Millionen Personen⁹⁰ erfüllt lediglich Wien dieses Kriterium. In den nachfolgenden Kapiteln werden demnach ausschließlich die drogenbezogenen Gegebenheiten in der Bundeshauptstadt behandelt. Die nächstkleineren Städte in Österreich sind Graz (Landeshauptstadt der Steiermark; vgl. Magistrat Graz, Präsidiabteilung – Referat für Statistik 2012) mit einer Bevölkerung von 296.772 Personen und Linz (Landeshauptstadt von Oberösterreich)⁹¹ mit 191.767 Personen.

Als Grundlage für die Angaben im vorliegenden Kapitel diente im Wesentlichen der schriftliche Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW 2012), wofür deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern besonderer Dank gebührt. Als zusätzliche Quellen standen bundesweite und regionale Statistiken und Broschüren, Jahresberichte von Wiener Einrichtungen der Drogenhilfe, Standard Questionnaire 32 (SQ32) sowie wissenschaftliche Publikationen und Studien zur Verfügung.

12.1 Funktionen und Verantwortlichkeiten der Großstadt in der Drogenpolitik

Österreich ist ein Bundesstaat, der aus neun Bundesländern besteht. Der Staat hat eine typisch republikanisch-demokratische Verfassung mit einer (gemäßigten) föderalistischen Struktur. Die **Beschreibung der kommunalen Regierungsstrukturen** zeigt, dass Wien unter den Bundesländern innerhalb Österreichs eine Sonderstellung einnimmt, da es gleichzeitig Bundeshauptstadt, Bundesland und Gemeinde ist (Magistratsdirektion Wien / Gruppe Koordination o. J.).

90

Am 1. Jänner 2011 hatte Wien 1.714.142 Einwohnerinnen und Einwohner und weist mit 0,9 Prozent das größte Bevölkerungswachstum im Bundesländervergleich auf
<http://www.wien.gv.at/statistik/bevoelkerung/> (17. 7. 2011).

91

http://www.linz.at/zahlen/040_bevoelkerung/040_Hauptwohnsitzbevoelkerung/ (17. 7. 2012)

Als Bundeshauptstadt ist Wien Sitz der obersten Organe der Republik (Staatsoberhaupt, Parlament, Bundesregierung, Höchstgerichte) und damit wirtschaftliches und politisches Zentrum. Als Bundesland hat Wien das Recht einer eigenen Gesetzgebung (Wiener Landtag) und einer eigenen Landesvollziehung (Wiener Landesregierung ist oberstes Organ der Vollziehung). An der Spitze von Landtag und Landesregierung steht die Landeshauptfrau bzw. der Landeshauptmann, der/dem in Wien auch die Rolle der Bürgermeisterin / des Bürgermeisters zukommt. Die Mitglieder der Landesregierung führen den Titel Stadträtin bzw. Stadtrat. Verwaltungsaufgaben werden vom Amt der Wiener Landesregierung besorgt, an dessen Spitze der/die Landesamtsdirektor/in steht (Magistratsdirektion Wien / Gruppe Koordination o. J.).

Als Gemeinde muss Wien – wie jede andere österreichische Gemeinde – jedenfalls drei Organe (Gemeinderat, Gemeindevorstand heißt in Wien Stadtsenat, Bürgermeister/in) und einen Geschäftsbesorgungsapparat (Gemeindeamt heißt in Wien Magistrat) haben. Die Gemeinderatsmitglieder sind zugleich Abgeordnete des Wiener Landtages und werden von der Bevölkerung gewählt. Im Stadtsenat sind Bürgermeister/in sowie Stadträtinnen und Stadträte vertreten. Der Magistrat ist das Gemeindeamt der Stadt Wien, Bezirksverwaltungsbehörde des Verwaltungsbezirks Wien sowie Amt der Wiener Landesregierung. Der Magistrat besteht aus Bürgermeister/in, amtsführenden⁹² Stadträtinnen/Stadträten, Magistratsdirektor/in und erforderlichen Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern (Magistratsdirektion Wien / Gruppe Koordination o. J.)

Die Verbindung zu den größeren regionalen Einheiten erfolgt durch die Landeshauptleutekonferenz, ein informelles – nicht in der österreichischen Bundesverfassung verankertes – Treffen der neun Landeshauptleute. Sie ist das politisch wichtigste Gremium der Länderzusammenarbeit, in dem versucht wird, eine gemeinsame Linie zur Vertretung der Interessen der einzelnen Bundesländer festzulegen. Der Vertretungskörper der Bundesländer auf Bundesebene ist der Bundesrat, die zweite Kammer des österreichischen Parlaments.

Der Querschnittsbereich Sucht und Drogen ist innerhalb der Wiener Stadtregierung der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales zugeordnet. Für die strategische Umsetzung der Wiener Drogenpolitik sind der Wiener Drogenkoordinator und der Wiener Drogenbeauftragte gegenüber der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales direkt verantwortlich (SDW 2012).

Zu diesem Zweck und der damit verbundenen Mittelvergabe wurde im Juli 2006 die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) gemeinnützige GmbH gegründet. Eigen-

92

Amtsführende Stadträtinnen bzw. –räte sind – im Gegensatz zu Stadträtinnen/Stadträten ohne Geschäftsbereich – für einen Geschäftsbereich (z. B. Gesundheit und Soziales) verantwortlich und leiten eine Geschäftsgruppe.

tümer der SDW ist der Fonds „Kuratorium für Psychosoziale Dienste in Wien“, dessen Präsident/in der/die jeweils amtsführende Stadtrat/Stadträtin für Gesundheit und Soziales ist. Über einen Leistungsvertrag mit der Magistratsabteilung 15 als „ansatzführende Dienststelle“ (ebenfalls eine Abteilung der Geschäftsgruppe Gesundheit und Soziales) erhält die SDW jährlich jene finanziellen Mittel, die für die Umsetzung der Wiener Drogenpolitik erforderlich sind (SDW 2012).

Die Geschäftsführung der SDW setzt sich zusammen aus einem inhaltlichen Geschäftsführer, der in Personalunion Wiener Drogenkoordinator ist, und einem kaufmännischen Geschäftsführer. Die Eigentümervertreterin in der SDW ist die amtsführende Stadträtin für Gesundheit und Soziales. Der Wiener Drogenkoordinator und gleichzeitig inhaltliche Geschäftsführer der SDW ist seit 2003 Michael Dressel, MA (SDW 2012).

Die hauptsächlichen Aufgaben der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW) betreffen die Vorbeugung der Entstehung von Suchterkrankungen, die Sicherstellung der Beratung, Behandlung und Betreuung von Betroffenen, die Vermeidung sozialer und beruflicher Desintegration durch Förderung der Reintegration sowie die Gewährleistung der Sicherheit der Wiener Bevölkerung im Sinne des Drogenkonzeptes. Des Weiteren ist die SDW und damit die Stadt Wien auch für die angeführten zentralen Rahmenbedingungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks⁹³ (SDHN) verantwortlich. Sie koordiniert die Einrichtungen und stimmt die verschiedenen Maßnahmen und Angebote aufeinander ab. Für die strategische Umsetzung zuständig sind das Team der inhaltlichen Geschäftsführung, das Institut für Suchtdiagnostik⁹⁴ (ISD), das Institut für Suchtprävention⁹⁵ (ISP) und der Liaisondienst CONTACT⁹⁶ (zum Beispiel Spitalsver-

93

Unter „Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk“ (SDHN) sind die Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe in Wien zu verstehen. Zu Beratung, Behandlung und Therapie von Drogenabhängigen ist eine Reihe von spezialisierten Einrichtungen notwendig, die ein Netzwerk bilden, in dem die einzelnen Einrichtungen mit verschiedenen Betreuungskonzepten tätig sind.

94

Im ISD werden unter anderem im Auftrag der Gesundheitsbehörde (MA 40) Begutachtungen von Personen durchgeführt, bei denen ein Verdacht auf einen Suchtmittelmissbrauch vorliegt. Ziel dabei ist es, den Grad der Suchterkrankung festzustellen und entsprechende Maßnahmen vorzuschlagen.

95

Das ISP trägt als Landesfachstelle für Suchtprävention und als Kompetenzzentrum für suchtpreventive Aktivitäten mit einer Vielzahl von Angeboten für unterschiedliche Zielgruppen in verschiedenen Lebensräumen (Settings) wesentlich dazu bei, dass in Wien die passenden Maßnahmen zur Vorbeugung von Suchterkrankungen und problematischen Konsummustern gesetzt werden.

96

Der Spitalsverbindungsdienst CONTACT richtet sein Angebot an Abhängige, Einsteiger/innen und Probierer/innen von illegalen Suchtmitteln, suchterzeugenden Medikamenten und Substitutionsmitteln, die aufgrund einer Überdosierung oder anderer gesundheitlicher Probleme in ein Wiener Krankenhaus eingeliefert werden.

bindungsdienst). Die Suchthilfe Wien gGmbH (SHW – vormals Verein Wiener Sozialprojekte⁹⁷) – seit 2012 eine Tochtergesellschaft der SDW – ist für die operative Umsetzung von Teilen der Wiener Drogenpolitik zuständig und betreibt Drogenhilfseinrichtungen und Gemeinwesenprojekte in Wien. Die dafür erforderlichen Mittel erhält die Suchthilfe Wien gGmbH über einen Leistungsvertrag mit der SDW (SDW 2012).

Gemäß ihren Förderrichtlinien fördert die Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW) im Sinne der operativen Umsetzung des Wiener Drogenkonzepts von 1999 Maßnahmen für suchtkranke oder suchtgefährdete Einzelpersonen (Subjektförderung) beziehungsweise Einrichtungen, die Maßnahmen im Sinne des Wiener Drogenkonzepts von 1999 umsetzen (Objektförderung). Die Förder- und Dokumentationsrichtlinien der SDW stellen verbindliche Kriterien für die Anerkennung von Einrichtungen und für die Inanspruchnahme von Fördermitteln dar. Über diese Förderrichtlinien hinaus verpflichten sich alle Fördernehmer/innen der SDW zur Einhaltung der Richtlinien betreffend „Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit“ (vgl. SDW 2007). Die geförderten Einrichtungen erstellen jährliche Tätigkeitsberichte, die der SDW übermittelt werden. Fördergelder stammen auch aus dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) oder dem Bundesministerium für Justiz (BMJ), das teilweise für Behandlungen im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ aufkommt (vgl. dazu Kap. 9.4). Die wenigen Einrichtungen, die keine Förderungen erhalten, sind einige ambulante Einrichtungen, die Verträge mit dem Bundesministerium für Justiz und den Sozialversicherungen haben, und Drogeneinrichtungen in Krankenhäusern, die aus anderen Quellen finanziert werden (SDW 2012).

Als einzige Metropole Österreichs verfügt Wien über eine große Zahl von drogenbezogenen Einrichtungen, **die in ihrer Form nur in dieser Stadt zu finden sind**. Es handelt sich dabei z. B. um die Drugtesting-Angebote von *checkit!* (vgl. Kap. 12.2.2) oder um Dienstleistungen wie *helpU* oder *sam* (vgl. Kap. 9.3 und 12.2.2), die im Rahmen der Gemeinwesenarbeit aktiv sind, und die Wiener Berufsbörse – eine Beratungs- und Betreuungseinrichtung für arbeitslose Menschen mit Suchterfahrung.

Auf Stadtebene existiert eine Reihe von Netzwerken und Arbeitsgruppen. So findet einmal im Monat das Vernetzungstreffen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Wiener Drogeneinrichtungen statt. Ziel ist u. a. ein Informationsaustausch über Angebote der einzelnen Einrichtungen, Neuerungen, Therapieplätze, Substitutionsbehandlungen etc. Parallel dazu findet einmal im Quartal ein Vernetzungstreffen der Lei-

97

Mit 1. Jänner 2012 wurden die Einrichtungen des Vereins Wiener Sozialprojekte und die bisher durch den Verein angebotene niederschwellige Sucht- und Drogenarbeit von der neuen gemeinnützigen GmbH, der Suchthilfe Wien (SHW), übernommen. Strukturell steht sie als 100-Prozent-Tochter im Eigentum der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH (SDW).

ter/innen der Wiener Drogeneinrichtungen statt mit dem Ziel des fachlichen Austausches und der Entwicklung von Problemlösungsstrategien (FSW 2002). Des Weiteren widmet man sich in drogenbezogenen themenspezifischen Runden unterschiedlichsten Schwerpunkten wie z. B. drogenkonsumierenden Eltern und ihren Kindern (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c).

Die Wiener Drogenpolitik ist aktiv in die österreichische Bundesdrogenpolitik eingebunden sowie in drogenpolitischen Fragestellungen auch auf EU- bzw. UN-Ebene involviert.

Durch die Teilnahme des Wiener Drogenkoordinators und des Wiener Drogenbeauftragten am regelmäßig stattfindenden Bundesdrogenforum (vgl. Kap. 1.2) ist sichergestellt, dass sich Themen der Wiener Drogenpolitik auf bundepolitischer Ebene wiederfinden. Der Wiener Drogenkoordinator nimmt außerdem an der Konferenz der Landesdrogenkoordinatorinnen und -koordinatoren teil. Die Ergebnisse der Beratungen der Wiener Sachverständigenkommission⁹⁸ werden auf Bundesebene im Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung und im Bundesdrogenforum besprochen (SDW 2012).

12.2 Fallbeispiel Bundeshauptstadt

12.2.1 Schlüsselmerkmale der Drogenpolitik in Wien

Oberste strategische Leitlinie der Wiener Drogenpolitik ist das Wiener Drogenkonzept (Magistrat der Stadt Wien 1999)⁹⁹, das im Jahr 1999 mit parteiübergreifender Zustimmung im Wiener Gemeinderat Grundsätze festgelegt hat, die seither schrittweise und konsequent umgesetzt werden. Der Beschlussfassung gingen mehrere Sitzungen mit

98

Die Wiener Sachverständigenkommission ist ein Gremium von Expertinnen/Experten, dem angehören der Drogenkoordinator, der Drogenbeauftragte, Vertreter/innen von Wiener Ärztekammer, Wiener Apothekerkammer, Wiener Gebietskrankenkasse und Magistratsabteilung 15 (MA 15; Gesundheitsdienst der Stadt Wien). Des Weiteren besteht die Kommission aus einem Fachbeirat, in dem die ärztlichen Leiter/innen der Wiener Drogeneinrichtungen, Rechtsvertreter/innen der Wiener Ärztekammer, der MA 40 (Soziales, Sozial- und Gesundheitsrecht), der Sucht- und Drogenkoordination Wien und eine Reihe anderer namhafter Expertinnen/Experten vertreten sind.

99

<http://drogenhilfe.at/downloads/Wiener-Drogenkonzept-1999-deutsch.pdf> (17. 7. 2012) bzw.
<http://drogenhilfe.at/downloads/Wiener-Drogenkonzept-1999-englisch.pdf> (17. 7. 2012)

zahlreichen Expertinnen und Experten voraus, welche die Debatte versachlicht und die befassten Bereiche aufeinander abgestimmt haben (SDW 2012).

„Das Wiener Drogenkonzept konzentriert sich auf die Probleme im Zusammenhang mit im österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) geregelten Substanzen, bezieht aber von der strategischen Ausrichtung her auch den Missbrauch von Alkohol und psychotropen Substanzen mit ein“ (ebenda). Im Jahr 2007 wurden „*Gender-Mainstreaming Guidelines*“ (SDW 2007) in der Sucht- und Drogenarbeit definiert und dem Drogenkonzept hinzugefügt (SDW 2012).

Die Grundsätze der Wiener Drogenpolitik basieren auf den Prinzipien „Therapie statt Strafe“ und „integrierte Drogenpolitik“. Dies bedeutet, marginalisierte Gruppen durch soziale Maßnahmen zu integrieren und ihre Ausgrenzung zu verhindern. Vorrangiges Ziel dabei ist, dass „so wenig Menschen wie möglich Drogen konsumieren sollen und diejenigen, die nicht davon abzuhalten sind, so wenig Schaden wie möglich nehmen sollen“. Dabei baut die Wiener Drogenpolitik auf den vier Säulen Prävention, Beratung/Behandlung/Betreuung, arbeitsmarktpolitische Maßnahmen / soziale (Re-)Integration sowie öffentlicher Raum / Sicherheit auf (SDW 2012, ST32).

Der **Drogenkoordinator** und der **Drogenbeauftragte** der Stadt Wien sind für die strategische Umsetzung der Wiener Drogenpolitik, deren Basis das Wiener Drogenkonzept bildet, und die Organisation des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks in Wien verantwortlich. Die Aufgaben des Wiener Drogenkoordinators umfassen die Beratung der Stadt Wien in drogenpolitischen Angelegenheiten, die Abgabe von Stellungnahmen und Empfehlungen sowie die Vertretung der Stadt Wien in drogenpolitischen Angelegenheiten gegenüber nationalen Institutionen und Behörden bzw. der allgemeinen und medialen Öffentlichkeit. Um die Umsetzung dieser Aufgaben gewährleisten zu können, ist der Wiener Drogenkoordinator gleichzeitig inhaltlicher Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination Wien. Sämtliche Dienststellen des Wiener Magistrats sind aufgerufen, den Drogenkoordinator bei seiner Tätigkeit zu unterstützen. (SDW 2012)

Dem Drogenbeauftragten obliegt in enger Zusammenarbeit mit dem Drogenkoordinator insbesondere die Beratung der Stadt Wien bei der Behandlung und Betreuung von Drogenabhängigen in medizinischen und psychosozialen Fragen sowie bei Fragen zur Suchtprävention. Die Umsetzung der einzelnen Maßnahmen erfolgt in enger Abstimmung mit den Entscheidungsträgerinnen und -trägern innerhalb der Stadt Wien, mit der Exekutive, den Bundesdienststellen und den operativ tätigen Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDW 2012).

Der **Wiener Drogenbeirat**¹⁰⁰ ist das beratende Gremium für die Wiener Landesregierung bzw. den Wiener Stadtsenat in Person der amtsführenden Stadträtin für Gesundheit und Soziales (die auch den Vorsitz innehat) in sucht- und drogenspezifischen Fragen (SDW 2012).

Zusätzlich werden von sämtlichen Wiener Bezirken **Bezirksrätinnen/-räte für Drogenfragen** nominiert, die als Beauftragte der Bezirksvorsteher/innen einerseits in engem Kontakt mit dem Drogenkoordinator stehen und andererseits in ihren Bezirken selbst in unterschiedliche diesbezügliche Aktivitäten eingebunden sind. Dadurch ist ein wechselseitiger Informationsaustausch gewährleistet und eine enge Abstimmung von Maßnahmen möglich (SDW 2012).

Monitoringsysteme auf lokaler Ebene wie die bis Ende 2011 bestehende Wiener Basisdokumentation (BADO)¹⁰¹ – ab 2012 DOKU NEU – und die Wiener Suchtmittel-Monitoring-Studie dokumentieren die Klientinnen und Klienten der Einrichtungen des Wiener Suchtkranken- und Drogenhilfenetzwerks. Des Weiteren können aus der Substitutionsstatistik auf Bundesebene auch bundeslandspezifische Daten abgelesen werden.

Als Basis für die strategische Planung der SDW wurde – unter Berücksichtigung der einheitlichen multidimensionalen Diagnostik (MD) und des Produktkatalogs des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks – ein mehrdimensionales Dokumentationssystem entwickelt (DOKU NEU). Die DOKU NEU (Start im Jänner 2012) dient dazu, Entwicklungen innerhalb der Zielgruppe zeitnahe zu erkennen, entsprechende Maßnahmen zu setzen und eine differenziertere Evaluierung der angebotenen Leistungen durchführen zu können. Innerhalb der DOKU NEU werden Daten aus den SDW-geförderten Einrichtungen der Säulen Prävention, Beratung/Behandlung/Betreuung (BBB), arbeitsmarktpolitische

100

Dem Wiener Drogenbeirat gehören Expertinnen/Experten aus dem Suchtbereich an, Mitarbeiter/innen des Stadtschulrates für Wien, Funktionärinnen/Funktionäre der Wiener Apotheker- und der Wiener Ärztekammer, der Wiener Gebietskrankenkasse, Mitarbeiter/innen der Polizei und Justiz sowie gewählte Mandatarinnen/Mandatare (aus allen vertretenen politischen Fraktionen) des Wiener Gemeinderates bzw. Landtages. Die Sitzungen des Beirates finden viermal pro Jahr statt und werden vom Wiener Drogenkoordinator organisiert.

101

Im Rahmen der BADO wurden wesentliche Merkmale von Personen, die Einrichtungen des Wiener Suchtkranken- und Drogenhilfenetzwerks aufsuchen und dort eine Betreuung bzw. Behandlung beginnen, auf einer vergleichbaren Grundlage methodisch und systematisch dokumentiert. Die jährlichen Berichte beinhalten neben einer Beschreibung der Struktur der Klientinnen und Klienten im Zeitverlauf auch eine Darstellung und Analyse der erhobenen Daten. Diese umfassen unter anderem Betreuungssituation, rechtlichen Status sowie Gesundheits- und Konsumfragen.

Im Klientinnen- und Klientenjahrgang 2010 der BADO wurden etwa 8.500 Personen von den Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenetzwerks betreut. Neun von zehn Klientinnen und Klienten befanden sich in einem ambulanten Betreuungssetting. Fast drei Viertel der betreuten Personen waren Männer (IFES 2011b).

Maßnahmen und soziale (Re-)Integration sowie öffentlicher Raum und Sicherheit abgebildet. Eine wesentliche Neuerung im Vergleich zur mit Ende Dezember 2011 ausgelaufenen BADO ist die Erfassung der für Klientinnen/Klienten erbrachten Leistungen, wobei nicht Einzelleistungen, sondern definierte Produkte bzw. Module dokumentiert werden. Durch die DOKU NEU werden außerdem zeitliche Verläufe von pseudonymisierten Klientinnen/Klienten im Zusammenhang mit demografischen Aspekten, multidimensionaler Diagnostik und in Anspruch genommenen Leistungen darstellbar. Zusätzlich zu den Basis- und Leistungsdaten zu Klientinnen/Klienten wird auch die Leistungserbringung für Zielgruppen dokumentiert (Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Kooperationspartner/innen etc.) (SDW 2012).

Seit 1993 wird im Abstand von zwei Jahren im Auftrag der SDW eine Befragung der Wiener Bevölkerung zum Thema Suchtmittel und Drogen durchgeführt. Das **Suchtmittelmonitoring** erfolgt mittels mündlicher Interviews an der Haushaltsadresse der Befragten bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 600 Personen ab 15 Jahren (vgl. GÖG/ÖBIG 2011c). Es handelt sich um eine Monitoring-Studie mit Zeitreihendaten, aus denen sich Trends und Entwicklungen in Bezug auf Suchtmittelkonsum und Einstellungsmuster ablesen lassen. Neben Fragen im Zusammenhang mit Alkohol, Nikotin, Psychopharmaka und Drogen sowie Glücksspiel werden die Teilnehmer/innen auch zur Einschätzung der Suchtverbreitung in Österreich befragt, zur Wahrnehmung der Drogensituation in Wien, zur Einstellung zu drogenpolitischen Maßnahmen, zur Beurteilung der Wiener Drogenpolitik, zur Wahrnehmung der „offenen Szene“ und zu Indikatoren für eine erfolgreiche Drogenpolitik. Die letzte Datenerhebung erfolgte im Frühjahr 2011 (IFES 2011a, SDW 2012).

Im bundesweiten Substitutionsregister sind von den Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden alle Personen zu erfassen, die sich wegen ihrer Gewöhnung an Suchtgift einer Substitutionsbehandlung unterziehen¹⁰². Diese Meldung enthält u. a. Daten zur eindeutigen Identifikation der/des Behandelten, der behandelnden Ärztin bzw. des behandelnden Arztes sowie Art und Menge des verordneten Substitutionsmittels. Das daraus abgeleitete pseudonymisierte Statistikregister weist für Wien mit Stand Mai 2011 7.060 Personen in Substitutionsbehandlung aus. Das ist zirka die Hälfte aller in Österreich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. auch Kap. 5.3; SDW 2012).

Neben den oben genannten Monitoringsystemen stehen **weitere Studien und Publikationen** zur Verfügung, in denen versucht wird, die Drogensituation in der Stadt bzw. in Gesamtösterreich darzustellen. So beschreiben beispielsweise Eisenbach-Stangl et al.

102

<http://www.jusline.at/index.php?cpid=15187b37c475f3e8bfc113aaa6ceb3d4&lawid=146&paid=24b>
(1. 8. 2012)

(2009), dass in Wien drei Drogenszenen unterschieden werden können. Dabei handelt es sich erstens um die marginalisierten Personen mit polytoxikomanem Konsum (geschätzte 7.500 bis 15.000 Personen), die zwischen zwanzig und dreißig Jahre alt sind und hauptsächlich Substitutionsmittel und Psychopharmaka (Benzodiazepine), gelegentlich auch Kokain und Heroin konsumieren. Die zweite Gruppe stellen die gut situierten Kokaingebraucher/innen dar (geschätzte 30.000 bis 40.000 Personen), die im Schnitt etwa dreißig bis vierzig Jahre alt sind und manchmal auch Heroin und andere Substanzen konsumieren. Die jugendlichen Partybesucher/innen in den Zwanzigern bilden die dritte Gruppe (geschätzt auf über 5.000 Personen), die hauptsächlich Cannabis raucht, aber gelegentlich auch Ecstasy, Amphetamine oder Kokain konsumiert.

Des Weiteren halten Eisenbach–Stangl et al. (2010) fest, dass sich in Wien geschätzte 550 bis 1.000 Suchtkranke im öffentlichen Raum aufhalten. Dabei handelt es sich zu etwa einem Drittel um Drogenkonsumierende und zu zwei Dritteln um alkoholranke bzw. alkoholkonsumierende Menschen. Wie die Ergebnisse zeigen, sind Drogenkonsumierende im öffentlichen Raum in Wien nicht als exkludierte Randgruppe zu begreifen. Ihre grundlegenden Bedürfnisse, wie etwa Unterkunft, Nahrung, medizinische Versorgung, werden gedeckt: vor allem durch Einrichtungen des SDHN, aber auch durch jene der Sozialhilfe, etwa durch Notschlafstellen und Wohnheime, wie durch Tagesstätten und Verköstigung. Die meisten dieser Drogenkonsumentinnen/–konsumenten nutzen den (halb)öffentlichen Raum hauptsächlich als Handelsplatz, aber nicht primär als sozialen und gesellschaftlichen Ort. Im Durchschnitt sind sie um etwa zwanzig Jahre jünger als die Alkoholkonsumentinnen/–konsumenten. Im Vergleich zu der Gruppe der Alkoholkonsumentinnen/–konsumenten befinden sich unter ihnen mehr Frauen und mehr Personen aus Österreich. Das Betreuungsangebot für Drogenkonsumentinnen/–konsumenten ist vielfältiger als jenes für Alkoholranke, die sich im öffentlichen Raum aufhalten.

Unter der Federführung der SDW existieren **Kooperationen** zwischen involvierten Gebietskörperschaften, Institutionen und Organisationen sowie verschiedenen Magistratsabteilungen der Stadt Wien. Zum Beispiel besteht zwischen SDW, Exekutive, MA 40 (Gesundheitsbehörde der Stadt Wien) und MA 15 (Gesundheitsdienst der Stadt Wien) ein Kooperationsprojekt zur Eindämmung der missbräuchlichen Verwendung von Substitutionsmitteln (SDW 2012).

12.2.2 Vier Bereiche der Wiener Drogenpolitik

Die vier von der EBDD für den Bericht vorgegebenen Bereiche der Drogenpolitik betreffen den öffentlichen Raum, niederschwellige Einrichtungen, Freizeit–Nachtleben/ Musikveranstaltungen/–festivals und Head–/Smart–Shops.

Die Maßnahmen der Sucht- und Drogenkoordination Wien im Problembereich **öffentlicher Raum und Sicherheit** zielen darauf ab, für marginalisierte Personen den Zugang zu Hilfe zu verbessern (Integration), ein sozial verträgliches Nebeneinander zu erzielen, das subjektive Sicherheitsgefühl der Bevölkerung im öffentlichen Raum zu steigern und die Sicherstellung von notwendigen Kooperationen zu erreichen. Ein umfassender Sicherheitsbegriff schließt Aspekte der objektiven Sicherheit und Maßnahmen zur Verbesserung des subjektiven Sicherheitsgefühls, der sozialen Verträglichkeit und der Konfliktregelung mit ein. Die Stadt Wien verfolgt hinsichtlich der sozialen Aspekte des Zusammenlebens traditionell eine Politik der Toleranz, der Integration und der Inklusion, so auch in sozialen Problemzonen im öffentlichen Raum. (SDW 2012; vgl. auch Kap. 8.3 und 9.3)

Das von der SDW entwickelte Konzept „*sam* – sozial, sicher, aktiv, mobil – Mobile Soziale Arbeit im öffentlichen Raum“ wird operativ von der SHW umgesetzt und besteht nun aus drei *sam*-Teams. *Sam* ist hauptsächlich damit konfrontiert, Konflikte innerhalb der Gruppen (Konfliktkultur, Lautstärke) zu regeln und marginalisierte Personen in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk beziehungsweise in das Sozialsystem zu integrieren. (SDW 2012; vgl. auch Kap. 9.3)

helpU ist eine Einrichtung für mobile soziale Arbeit und wird als Gemeinschaftsprojekt der SHW und der Wiener Linien betrieben. Bei der Begegnung unterschiedlicher Gruppen von Nutzerinnen und Nutzern im öffentlichen Raum können Situationen entstehen, die zu Irritationen, Verunsicherung und Konflikten führen. *Sam* und *helpU* sind in diesen Fällen als kompetente Ansprechpartner/innen präsent. (SDW 2012; vgl. auch Kap. 9.3)

Die im Sommer 2012 eröffnete **niederschwellige** sozialmedizinische Einrichtung *jedmayer* führt die niederschweligen Angebote Tageszentrum, Notschlafstelle, gemeinwesenorientierte Straßensozialarbeit, Spritzentausch und Beratung/Betreuung, die vorher von den sozialmedizinischen Einrichtungen *ganslwirt* und *TabeNo-Süd* bereitgestellt wurden, zusammen (SDW 2012).

Ein weiteres niederschwelliges Angebot des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks stellt die Notschlafstelle *a_way*¹⁰³ dar. Trägerin von *a_way*, das von der SDW und der

103

Zielgruppe von *a-way* sind Jugendliche von 14 bis maximal 21 Jahren ohne alternativen Schlafplatz und in akuten Krisensituationen. Die Einrichtung arbeitet eng mit dem Amt für Jugend und Familie der Stadt Wien zusammen und gewährt materielle und psychosoziale Grundversorgung, eine Stabilisierung der Lebensumstände sowie eine Überführung in höherschwellige Unterbringungs- und Betreuungseinrichtungen.

MAG ELF finanziert wird, ist die Caritas Wien¹⁰⁴, die auch weitere Unterkünfte für Obdachlose – z. B. die Gruft – betreibt. (SDW 2012)

streetwork, mit Stützpunkt am Karlsplatz, ist eine Einrichtung der SHW und hilft Drogenkonsumentinnen/-konsumenten mit differenzierten, niederschweligen und aufsuchenden Angeboten. Durch sozialräumliche Kooperationen und Wissensvermittlung fördert *streetwork* die Entstigmatisierung von suchtkranken Personen, die den öffentlichen Raum nutzen. (SDW 2012)

Initiativen und Interventionen, die von der Stadt entwickelt wurden, um Drogengebrauch und Drogenprobleme im Bereich **Freizeit-Nachleben und Musikveranstaltungen** zu reduzieren, sind *checkit!* und *Party Fit!*.

Checkit! – eine Einrichtung der SHW – betreibt in Kooperation mit dem Klinischen Institut für Medizinische und Chemische Labordiagnostik des AKH Wien ein wissenschaftliches Präventionsprojekt zum Drugtesting. Als einzige Einrichtung in Österreich bietet *checkit!* seit 1997 neben Information und Beratung zu Wirkungen und Risiken psychoaktiver Substanzen eine qualitativ hochwertige, anonyme und kostenlose chemische Analyse illegaler Substanzen vor Ort auf Partys, Clubs und in Diskotheken in Wien an. *Checkit!* vermittelt bildungs- und szenespezifisches Wissen über Risiken, Inhalte und Wirkungen psychoaktiver Substanzen, über die Entstehung von Suchtverhalten und alternative Strategien der Problembewältigung. (SDW 2012)

Party Fit! Ist ein Projekt zur Alkoholprävention bei Jugendlichen beziehungsweise jungen Erwachsenen im Alter von 16 bis 25 Jahren. Es verfolgt den Peer-to-peer-Ansatz¹⁰⁵, der von ausgebildeten Promotionpeer-Teams bei Großveranstaltungen umgesetzt wird. Ziele dieser Peer-Einsätze sind die nachhaltige Reduzierung des problematischen Alkoholkonsums beziehungsweise die Förderung eines maßvollen Umgangs mit Alkohol. Mit der operativen Umsetzung des Projekts ist *checkit!* von der Suchthilfe Wien gGmbH betraut. (SDW 2012)

104

<http://www.caritas-wien.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/wohnungslos/notunterkuenfte/> (25.7.2012),
<http://www.gruft.at> (25.7.2012)

105

Der Peer-to-peer-Ansatz basiert auf einem interaktiven und szenenahen Handeln, um mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die Alkohol konsumieren, ins Gespräch zu kommen und Kurz- bzw. Frühinterventionen zu setzen. Diese Aktivitäten und der Zugang zur Zielgruppe wird den Promotionpeers durch zielgruppengerechte Informationsmaterialien erleichtert (dreisprachiger „SaferPartyGuide“, „pocket-info Alkohol“, „Give-away-Karte“ und ein Wissensquiz).

Im Zusammenhang mit **Head-/Smart-Shops** und neuen synthetischen Drogen bzw. *Legal Highs* liegen keine wienspezifischen Informationen vor.

12.2.3 Aktuelle Themen in Wien

Im Jahr 2011 wurde das Thema „**Ältere Suchtkranke**“ als Jahresschwerpunkt des Bereichs Beratung, Behandlung, Betreuung gewählt, weil es eine neue Herausforderung für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk, aber auch für den Pflegebereich und für weitere Angebote des Gesundheits- und Sozialsystems darstellt (SDW 2012; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2009b).

Bei dieser Zielgruppe handelt es sich entsprechend der Definition, die in der SDW-Arbeitsgruppe „Ältere Suchtkranke“ erarbeitet wurde, um „suchtkranke Menschen über 40 Jahren oder mit einer langjährigen Suchtgeschichte (illegale Substanzen oder Substitution), deren Situation durch soziale Desintegration gekennzeichnet ist, die meist auch physisch und psychisch belastet sind und daher Unterstützungs- bzw. Betreuungsbedarf haben“. Im Rahmen des Jahresschwerpunkts wurde damit begonnen, relevante Hilfesysteme und Kooperationspartner/innen bezüglich der Problematik zu sensibilisieren, langfristige und nachhaltige Kooperationsstrukturen zu etablieren sowie wienweite Standards in der Arbeit mit älteren Suchtkranken zu entwickeln. (SDW 2012)

Ein weiterer Schwerpunkt des Bereichs Beratung, Behandlung, Betreuung ist die Arbeit mit **substanabhängigen schwangeren Frauen und Müttern/Eltern und deren Neugeborenen/Kindern**. Für eine gute Betreuung und Unterstützung sowohl der Eltern als auch von deren Kindern bedarf es der Zusammenarbeit des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) mit Einrichtungen des medizinischen Bereichs und dem Wiener Amt für Jugend und Familie. So wurde eine Arbeitsgemeinschaft mit Vertreterinnen und Vertretern aller betreuenden Einrichtungen gegründet, um einheitliche Standards und Richtlinien zu entwickeln. Als gemeinsame oberste Zielsetzung wurde die gesunde¹⁰⁶ Entwicklung von Kindern und deren Eltern in suchtblasteten Familiensystemen definiert. Nach der früheren Erstellung der Broschüre zum Thema „Schwangerschaft und Drogen“ finden seit 2011 jährlich alternierende Informationsveranstaltungen für die Mitarbeiter/innen des SHDN bzw. der MAG ELF (Amt für Jugend und Familie) statt. (SDW 2012; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011c)

106

Dabei wird ein bio-psycho-soziales Gesundheitsmodell angewendet, basierend auf der Gesundheitsdefinition der WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

Kernstück der Arbeitsgruppe ist die Kooperationsvereinbarung, die zwischen MAG ELF und SDHN abgeschlossen wurde. Darin wurde die gemeinsame Zielsetzung verankert und der optimale Ablauf einer Beratung/Betreuung der Zielgruppe innerhalb des Netzwerks von der Schwangerschaft über die Geburt und die Zeit nach der Entlassung bis hin zum Jugendalter der Kinder festgelegt. Eine Ausweitung der teilnehmenden Einrichtungen ist für die nächsten Jahre geplant, sodass ein großes, vielfältiges Netzwerk den Rahmen für eine optimale Betreuung von Familien mit Suchtproblematik bieten kann (SDW 2012).

Zu den politischen Schlüsselthemen – allerdings nicht ausschließlich auf Stadtebene – zählt auch die Ausarbeitung von **Leitlinien für die Stabilisierung, Eingrenzung und Senkung des Benzodiazepinkonsums bei Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung**. Benzodiazepine unterliegen nicht den strengen und kontrollierten Verschreibungsvorschriften der Suchtgiftverordnung und können als psychotrope Stoffe auf Kassen- oder Privatrezepten verschrieben werden. Dies führt dazu, dass viele Patientinnen und Patienten neben der Opiatabhängigkeit eine Abhängigkeit von Benzodiazepinen entwickelt haben. Aufgrund bestimmter Faktoren, wie z. B. eines gestiegenen Verkaufsumsatzes der Wiener Apotheken von Benzodiazepinen und eines Anstiegs der Rezeptfälschungen für Benzodiazepine in Wien, ist anzunehmen, dass der Konsum von Benzodiazepinen durch Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung zugenommen hat. Als Lösungsvorschlag wurde unter der inhaltlichen Federführung des Wiener Drogenbeauftragten vom Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung im BMG eine Empfehlung erarbeitet, die auf Bundesebene als Leitlinie des Bundesministeriums für Gesundheit¹⁰⁷ (BMG 2012c) erlassen wurde (SDW 2012; vgl. Kap. 5.2.1).

Ein neues Projekt – das von der SDW koordinierte „**Kooperationsteam Jugendliche**“ – befasst sich mit besonders problematisch und risikoreich konsumierenden Jugendlichen. Generell sind in Wien Betreuungsstand und Versorgung dieser Jugendlichen auf einem sehr hohen Niveau. Dennoch gibt es unter diesen Jugendlichen eine kleine Gruppe, für die in Notsituationen die Versorgungsstruktur in der derzeitigen Form nicht ausreicht, da eine rasche, abgestimmte Intervention erforderlich ist. Ziel ist, dass alle Einrichtungen (Kinder- und Jugendwohlfahrt, SDHN, Krankenhäuser etc.) so aufeinander abgestimmt werden, dass die notwendigen Hilfen für diese Jugendlichen in

107

Oberste Priorität dieser Leitlinie besteht in der Schadensbegrenzung mit dem Ziel, die Betroffenen in der Substitutionsbehandlung zu halten, um den regelmäßigen ärztlichen Kontakt und die suchtmmedizinische Begleitung sicherzustellen. Die Leitlinie versteht sich als ein Schritt in die Richtung der Entwicklung eines „State of the Art“ in der Behandlung von Patientinnen/Patienten mit multipler Substanzabhängigkeit. Sie soll den Ärztinnen/Ärzten bei der Behandlung von polytoxikomanen Patientinnen/Patienten in Substitutionsbehandlung fachliche Unterstützung im Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bieten.

Krisensituationen gesichert sind. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde ein multiprofessionelles Team gebildet. Gemeinsam werden Fallbesprechungen durchgeführt, und die Arbeitsgruppe ist dabei, ein Frühwarnsystem einzurichten, das bei erkennbarer Zuspitzung der Situation eine rasche Abstimmung der weiteren Vorgehensweise ermöglicht. (SDW 2012)

Quellenverzeichnis

Bibliographie

AHIVCOS (2011). HIV/AIDS in Austria – 20th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Innsbruck

AHIVCOS (2012). HIV/AIDS in Austria – 22nd Report of the Austrian HIV Cohort Study. Innsbruck

Akzente Salzburg (2012). Fachstelle Suchtprävention Jahresbericht. Akzente Salzburg – Initiativen für junge Leute. Salzburg

Amt der Oö. Landesregierung (2011). Sozialbericht 2011. Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales. Linz

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011). Die neue steirische Suchtpolitik. FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion. Graz

Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2012). Tiroler Suchtkonzept 2012. Abteilung Soziales. Innsbruck

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

Barth, W., und Czycholl, D. (2005). Sucht – Migration – Hilfe. Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e. V. und Fachverband Drogen und Rauschmittel e. V. (Hrsg.). Neuland-Verlagsgesellschaft mbH. Geesthacht

b.a.s. (2011). Schlussbericht der Infoveranstaltungsreihe der b.a.s. Graz für Menschen, die sich im Substitutionsprogramm befinden. B.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz

b.a.s. (2012a). Infomail 01/2012. B.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz

b.a.s. (2012b). Infomail 07/2012. 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

Behr, M. (2012). Gegen die „unbeweinte Armut“. „Salzburger Nachrichten“ vom 2. 6. 2012. Salzburg

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 (2011). Kinder Gesundheitsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2012a). Österreichische AIDS-Statistik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2012b). Rahmen-Gesundheitsziele. Relevanz. Handlungsoptionen. Anschlüsse. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2012c). Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMI (2012). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2011. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

BMJ (2012). Sicherheitsbericht 2011. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien

BMUKK (1997). Grundsatz erlass Gesundheitserziehung. Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997. Wien

Brosch, R., und Juhnke, G. (1993). Die illegalen Drogen. In: Sucht in Österreich. Ein Leitfaden für Betroffene, Angehörige, Betreuer. Brosch, R., und Juhnke, G. (Hrsg.), 101–152. Wien

Bruckmüller, K., Köchl, B., Fischer, G., Jagsch, R., und Soyer, R. (2011). Medizinische und juristische Beurteilung substanzabhängiger (mutmaßlicher) Täter. In: Journal für Rechtspolitik (2011) 19, 267–278. Wien, New York

Burian, W. (2004). Die Entwicklung der stationären Behandlung. In: Sucht und Suchtbehandlung. Brosch, R., und Mader, R. (Hrsg.), 229–234. Wien

Busch, M., und Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56 (6), 415–422

Caritas Diözese Graz-Seckau (2012a). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2011. Graz

Caritas Diözese Graz-Seckau (2012b). Caritas Ambulatorium Caritas Marienambulanz Jahresbericht 2011. Graz

CORE (2011). Evaluation des Angebots der ISD Gudrunstraße (Dialog 10) für jugendliche SuchtmittelkonsumentInnen und deren Angehörige. Endbericht. CORE – Consultancy, Research, Evaluation. Wien

Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., und Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people – Health 149ehavior in school-aged children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen

Die Armutskonferenz (2012a). Monitoring „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“. Analyse und Vergleich der Länderbestimmungen zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung 2011. Die Armutskonferenz (Hrsg.). Wien

Die Armutskonferenz (2012b). Monitoring „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“. Analyse und Vergleich der Länderbestimmungen zur Bedarfsorientierten Mindestsicherung (BMS) 2011. Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse der Matrix. Die Armutskonferenz (Hrsg.). Wien

Drogenkoordination des Landes Kärnten (2012). Kärntner Bericht zur Drogensituation. Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 – Sanitätswesen, Unterabteilung Drogenkoordination – Sozialmedizin. Klagenfurt

Drogenkoordination des Landes Salzburg (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Informationen aus dem Land Salzburg. Salzburg

Dür, W., und 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., und 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 (2011). Jahresbericht 2011. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

Eisenbach-Stangl, I., und Burian, W. (1998). Zwischen Strafrecht und Therapiemarkt. Die Entwicklung des Behandlungssystems für Drogenabhängige in Österreich. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung 21. Jg., 2/3, 4-17

Eisenbach-Stangl, I., Pilgram, A., und Reidl, C. (2008). Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005. Außen- und Innensichten. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien

Eisenbach-Stangl, I., David, A., und 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) : Suchtkranke im öffentlichen Raum in Wien. Eine Studie im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien. Endbericht März 2010. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Wien

Eisenbach-Stangl, I., Reidl, C., und Schmied, G. (2011). Notquartier und Spritzen-tausch. Die Wiener Drogenszene im Gespräch. Soziologie Band 70. LIT Verlag Wien, Berlin, Münster

ENCARE Austria (2012). ENCARE-Newsletter 01/2012. Institut Suchtprävention OÖ. Linz

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

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2012a). Newsletter 03/12. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2012b). Jahresbericht 2011. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2012c). Qualitätsstandards in der Jugendsuchtberatung. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten

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

Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (o. J.). Wohnungslosenerhebung 2011.
Stadt Salzburg. Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (Hsg.). Salzburg

FSW (2002). Jahresarbeitsbericht 2001. Fonds Soziales Wien. Wien

Gesundheitsfonds Steiermark (2011). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark
2011. Version 2.0 gemäß Beschluss der Gesundheitsplattform Steiermark vom 29. Juni
2011. Graz

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
- GÖG/ÖBIG (2011c). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (in Vorbereitung). Epidemiologiebericht Drogen 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Haas, S., Busch, M., Kerschbaum, J., Türscherl, E., und Weigl, M. (2012, in Vorbereitung). *Health in All Policies* am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereiche ÖBIG und FGÖ. Wien
- Hauser, W., und Haller, R. (1988). Drogenstation Krankenhaus Stiftung Maria Ebene Feldkirch-Tisis/Vorarlberg. In: Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 11. Jg., 2/3, 41–50
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., und Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2008). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2008. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES (2010). Drogentote 2005–2007. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

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

IFES (2011b). BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IGP (2012). Mehr Gesundheit für Oberösterreich. Die Oberösterreichischen Gesundheitsziele bis 2012. Institut für Gesundheitsplanung. Linz

Institut Suchtprävention (2011). Fortyfour. Das Präventionsmagazin. Nr. 17, Dezember 2011. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Institut Suchtprävention (2012a). fortyfour. Das Präventionsmagazin. Nr. 18, Frühjahr/Sommer 2012. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Institut Suchtprävention (2012b). Jahresbericht 2011. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

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

kontakt+co (2012). Sucht+Prävention 2012/2. Kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz. Innsbruck

Landtag Steiermark (2011a). Landtagsbeschluss Nr. 319 aus der 16. Sitzung der XVI. Gesetzgebungsperiode vom 13. Dezember 2011. Einl. Zahl 857/4

Landtag Steiermark (2011b). Landtagsbeschluss Nr. 320 aus der 16. Sitzung der XVI. Gesetzgebungsperiode vom 13. Dezember 2011. Einl. Zahl 857/5

Magistrat Graz, Präsidialabteilung – Referat für Statistik (2012). Bevölkerungsstatistik der Landeshauptstadt Graz, Stand 1.1.2012. Graz

Magistrat der Stadt Wien (1999). Wiener Drogenkonzept 1999. Magistrat der Stadt Wien Büro der Geschäftsgruppe Gesundheits– und Spitalswesen, Drogenkoordination der Stadt Wien. Wien

Magistratsdirektion Wien – Gruppe Koordination (o. J.). Organisation der Wiener Stadtverwaltung. Im Auftrag der Stadt Wien. Wien

MDA basecamp (2012). Tätigkeitsbericht 2011. MDA basecamp – Mobile Drogenarbeit
Z6. Innsbruck

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

ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projekt-
bericht 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

Oikos (2012). Jahresbericht 2011. Oikos – Therapie gemGmbH. Klagenfurt

Parragh, A. (2012). Jeder fünfte Pflichtschulabgänger armutsgefährdet. Salzburger
Nachrichten vom 12. 4. 2012.

Penka, S. (2004). Migration und Sucht – Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthil-
fe“? Leipziger Universitätsverlag GmbH. Leipzig

Pro mente OÖ (2011). Neueröffnung Beratungsstelle für Suchtfragen – X-DREAM jetzt
auch in Kirchdorf. Pro mente OÖ. Linz

Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R., und
Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern
und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für
Gesundheit. Wien.

Rittmansberger, H., und Ebner, W. (1988). Entwicklung von Teamstruktur und Konzept:
Die ersten fünf Jahre der Therapiestation Erlenhof. In: Wiener Zeitschrift für Suchtfor-
schung. Jg. 11, 2/3, 17–22

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

SDW (2007). Gender-Mainstreaming in der Sucht- und Drogenarbeit; im Sinne des
Wiener Drogenkonzepts von 1999. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SDW (2012). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich“. Nicht publiziert. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

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

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

Statistik Austria (2012). Arbeitsmarktstatistik Jahresergebnisse 2011. Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Statistik Austria. Wien

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

Stiftung Maria Ebene (2012a). Evaluationsbericht 2011. Therapiestation Carina. Frastanz

Stiftung Maria Ebene (2012b). Jahresbericht 2011. Frastanz

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

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

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

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

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

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

Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U., und Musalek, M. (2011a). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Kobrna, U., und Musalek, M. (2011b). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Einrichtungen 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Valentin, M. (2012). Konsumverhalten konsumierender Vorarlberger Jugendlicher im Partysetting. Befragung durchgeführt von taktisch klug Eventbegleitung. Vorarlberg

Verein Dialog (2012a). Jahresbericht 2011. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige. Wien

Verein Dialog (2012b). Tätigkeitsbericht 2011. Präventionsleistungen Dialog. Suchtprävention und Früherkennung. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige. Wien

VIVID (2012). Information der Fachstelle für Suchtprävention. Verspielt – Schutz und Risiko im Spiel. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz

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

VWS (2012a). Infektionsprophylaxe. Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2012b). ganslwirt Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2012c). streetwork Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2012d). checkit! Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS (2012e). sam 9 Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS (2012f). *fix und fertig*. Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS (2012g). TaBeNo–Süd Tätigkeitsbericht 2011. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

Zitierte Bundesgesetze

BGBl I 1997/112 v. 5. 9. 1997. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG). In der Fassung vom 28. 4. 2011.

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

BGBl. I 2011/146 v. 29. 12. 2011. Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG)

BGBl II 2011/468 v. 30. 12. 2011. Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung – NPSV sowie Aufhebung der Verordnung betreffend das Inverkehrbringen, den Import und das Verbringen von Räuchermischungen, die cannabinomimetisch wirksame Stoffe enthalten, aufgehoben wird.

LGBl 1994/4 v. 24. 11. 1993. Landesgesetz über die Förderung und den Schutz der Jugend in Tirol (Tiroler Jugendschutzgesetz 1994). In der Fassung vom 2. 3. 2012

LGBl 1998/5 v. 6. 11. 1997. Landesgesetz über den Schutz der Jugend (Kärntner Jugendschutzgesetz – K-JSG). In der Fassung vom 2. 3. 2012

LGBl 1998/80 v. 7. 7. 1998. Landesgesetz über den Schutz der Jugend (Steiermärkisches Jugendschutzgesetz – StJSchG). In der Fassung vom 2. 3. 2012

LGBl 1999/16 v. 1999. Landesgesetz über die Förderung und den Schutz der Jugend. In der Fassung vom 2. 3. 2012 (Vorarlberg)

LGBl 1999/24 v. 10. 12. 1998. Landesgesetz über die Förderung und den Schutz der Jugend im Land Salzburg (Salzburger Jugendgesetz). In der Fassung vom 2. 3. 2012

LGBl 2001/93 v. 1. 10. 2001. Landesgesetz über den Schutz der Jugend (Oö. Jugendschutzgesetz 2001 – Oö. JSchG 2001). In der Fassung vom 2. 3. 2012

LGBl 2002/17 v. 16. 5. 2002. Landesgesetz zum Schutz der Jugend (Wiener Jugendschutzgesetz 2002 – WrJSchG 2002). In der Fassung vom 2. 3. 2012

LGBl 2002/54 v. 31. 1. 2002. Landesgesetz zum Schutze der Jugend (Burgenländisches Jugendschutzgesetz 2002 – Bgld. JSG 2002). In der Fassung von 2. 3. 2012

LGBl 4600 1983/2 v. 27. 1. 1983. NÖ Jugendgesetz. In der Fassung vom 2. 3. 2012

Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Namen und Seitenzahlen	Institutionen bzw. Funktionen
Bachmann, Dr. Oliver (S. 46, 130)	Therapiestation Carina, Stiftung Maria Ebene
Drobesch-Binter, Dr. Barbara (S. 23)	Landesstelle für Suchtprävention, Kärnten
Ederer, DAS Klaus Peter (S. 9, 10, 37, 39, 76)	Suchtkoordinator Steiermark
Friedl, Prim. Dr. Werner (S. 116, 118, 120, 124, 130)	Therapiestation Walkabout
Geishofer, Manfred (S. 46)	b.a.s. - Steirische Gesellschaft für Suchtfragen
Gollner, Mag. Gerhard (S. 11)	kontakt + co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Gottwald-Nathaniel, DAS Gabriele (S. 130)	Anton Proksch Institut
Gstrein, Christof (S. 10)	Suchtkoordinator Tirol
Hausleitner, MSM Burgi (S. 23)	Fachstelle für Suchtprävention Burgenland
Hörhan, Mag. Dr. Ursula (S. 21, 25, 39, 41, 45, 49, 82)	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Horschinegg, MR Mag. Jürgen (S. 20)	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
Klein, Dr. Jean-Paul (S. 59, 64)	Bundesministerium für Gesundheit
Orville, Mag. Petra (S. 124, 125)	Verein ubuntu
Pilgerstorfer BSc, Mag. Monika (S. 93)	Kuratorium für Verkehrssicherheit
Rohrhofer, Dir. Alfred (S. 114, 130)	Verein Grüner Kreis
Schopper, Dr. Johanna (S. 38, 39)	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesdrogenkoordinatorin
Schwarzenbrunner, Thomas (S.11, 77, 113)	Sucht- und Drogenkoordinator OÖ
Sligt, Greetje (S.130)	Haus am Seespitz
Spirig, Mag. Harald (S. 118)	Schweizer Haus Hadersdorf
Trabi, Dr. Thomas (S. 34, 65)	Landesnervenklinik Sigmund Freud, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Weissensteiner, DSA Markus (S. 21)	Fachstelle für Suchtprävention NÖ
Wölfle, Dr. Roland (S. 47)	Therapiestation Luksafeld
Witting, Mag. Maria Magdalena (S. 41, 124, 126)	OIKOS - Therapie gemGmbH
Zangerle, Dr. Robert (S. 61)	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

Datenbanken

Es gibt kaum relevante und öffentlich zugängliche Datenbanken in Österreich, es kann daher lediglich auf den Suchthilfekompass (<http://suchthilfekompass.goeg.at/>) und auf Statistik Austria (<http://www.statistik.at/>) verwiesen werden. Auf europäischer Ebene stellt v. a. die EBDD auf ihrer Website vielfältige Daten und Informationen zur Verfügung, u. a. das „Statistical Bulletin“ (<http://www.emcdda.europa.eu/stats12>) sowie das „Best Practice Portal“ (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>). Das „Best Practice Portal“ enthält Informationen zu Standards und Richtlinien sowie zu Evaluationsinstrumenten (EIB) und Beispielen für evaluierten Maßnahmen (EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action). In der Folge werden die Einträge in der EDDRA-Datenbank zu österreichischen Projekten/Programmen oder Einrichtungen aufgelistet (Stand: August 2012).

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)

Anababa – Ailem ve Ben / Mama & Papa – Meine Familie und ich – Förderung der Erziehungskompetenz für Eltern mit türkischem Hintergrund
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

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 drogenabhängiger Straftäter/innen
(Schweizer Haus Hadersdorf, Wien)

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)

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)

checkit! – Wissenschaftliches Pilotprojekt
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

Clever and Cool – Jahresprojekt zur Sucht- und Gewaltprävention in der Schule
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

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)

FamilienBande – Was geht ab?!
(Akzente Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg)

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, grenzüberschreitenden Präventionsmethoden
(Institut für Sozialdienste, Vorarlberg)

Viktoria hat Geburtstag
(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

Way Out – Frühinterventionsangebot für erstaußfällige 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/](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/liaisondienste/contact/](http://drogenhilfe.at/ueber-uns/beratung-behandlung-und-betreuung/liaisondienste/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>

Komfüdro – 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/>

Suchthilfe Wien gGmbH

<http://www.suchthilfe.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

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 nach Alter	
				Alter	%
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	15+	7
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	4
				15+	4
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009b)	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 2009)	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	15+	4
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	3
				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
				15-59	3,5
	15-59	3,5			
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2011a)	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	15+	6
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	2
				15+	2

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2011

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
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	12-19	20
			biogene Drogen	12-19	8
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	15-jährige Schülerin- nen und Schüler (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)	15-jährige Schülerin- nen und Schüler (n = 1.239)	Cannabis	15	14
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	15-24	16,5
			biogene Drogen	15-24	13,0

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
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)	Cannabis	15-24	26,2
			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)	Cannabis	14-17	7
			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
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17- jährige Schülerinnen und Schüler (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15	14
				17	27
Flash Eurobarometer Youth attitudes on drugs (Euopäische Kommission 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3:

Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2002–2011

Todesursache	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Intoxikation mit Opiat(en)	17	40	38	31	27	9	13	18	13	11
Mischintoxikation mit Opiat(en)	119	115	133	134	137	138	136	153	148	151
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ¹ ohne Opiate	3	8	4	4	5	5	4	1	0	8
Intoxikation unbekannter Art	0	0	10	22	28	23	16	15	9	7
Summe verifizierte direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	139	163	185	191	197	175	169	187	170	177
Nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle ²	-	-	-	-	-	-	32	19	17	24

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1: NPS = neue psychoaktive Substanz(en)

2: Vgl. GÖG/ÖBIG 2011b

Tabelle A4:

Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2002–2011

Bundesland	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ¹	2009 ²	2010 ³	2011 ⁴	2002–2011
Burgenland	0	2	5	3	3	5	1	1	3	3	26
Kärnten	7	6	4	6	7	4	6	5	6	3	54
Niederösterreich	12	13	31	29	38	27	34	26	30	28	268
Oberösterreich	6	13	15	13	14	12	20	21	10	12	136
Salzburg	7	5	7	8	6	3	11	13	17	6	83
Steiermark	13	14	12	17	12	16	21	10	11	15	141
Tirol	13	13	15	17	16	11	18	15	18	23	159
Vorarlberg	6	5	8	6	6	7	2	14	10	8	72
Wien	75	92	88	92	95	90	55	82	65	79	813
Unbekannt	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
Gesamt	139	163	185	191	197	175	169	187	170	177	1753

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

Tabelle A5:

Anzahl der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich
nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2002–2011

Alters- gruppe	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008 ¹		2009 ²		2010 ³		2011 ⁴	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%										
bis 19	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	23	13,0
20–24	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	33	18,6
25–29	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	31	17,5
30–34	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	29	16,4
35–39	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	13	7,3
40 und älter	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	48	27,1
Gesamt	139	100	163	100	185	100	191	100	197	100	175	100	169	100	187	100	170	100	177	100
weiblich	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	42	23,7
männlich	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	135	76,3

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6:

Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2011

Todesursache			Altersgruppen										
			< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	> 49	Summe	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	2	3	0	3	0	0	0	2	10	
		mehrere Opiate	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	
		+ Alkohol	0	2	1	2	1	1	0	2	1	10	
		+ psychoaktive Medikamente	0	11	19	16	8	4	10	8	2	78	
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	1	3	9	6	5	3	3	31	
	Opiate und andere SG	ausschließlich SG	0	0	3	0	1	0	0	0	0	4	
		SG + Alkohol	0	0	0	2	0	0	1	0	0	3	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	5	1	1	3	0	3	2	0	15	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	2	3	2	0	0	1	1	10	
	SG ohne Opiate	ausschließlich SG	0	1	0	1	0	1	0	0	1	4	
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art			0	0	2	2	2	1	0	0	0	7
	Summe direkt suchtgift- bezogene Todesfälle			0	23	33	31	29	13	21	17	10	177
	davon Männer			0	13	30	22	25	10	15	12	8	135

SG = Suchtgift(e) oder neue psychoaktive Substanz(en)

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A7:

Verteilung der verifizierten direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2011

Todesursache		Bundesland										
		B ¹	K ²	N ³	OÖ ⁴	S	St ⁵	T	V	W ⁶	Ö ⁷	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	1	1	2	0	0	1	1	0	4	10
		mehrere Opiate	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
		+ Alkohol	1	0	2	0	1	0	1	0	5	10
		+ psychoaktive Medikamente	1	2	13	5	0	6	15	4	32	78
		+ Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	1	4	3	1	6	2	14	31
	Opiate und andere SG	ausschließlich SG	0	0	0	1	1	0	0	1	1	4
		SG + Alkohol	0	0	1	0	0	0	0	0	2	3
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	2	0	1	4	0	1	7	15
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	3	1	0	0	0	0	6	10
	SG ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	1	0	0	3	4
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	3	0	0	1	0	0	3	7
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		3	3	28	12	6	15	23	8	79	177	
Verifizierte direkt suchtgift- bezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		1,6	0,8	2,7	1,3	1,7	1,9	4,8	3,2	6,9	3,2	
Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		2,1	1,1	2,7	1,5	1,7	2,0	4,7	3,2	8,2	3,5	

SG = Suchtgift(e) oder neue psychoaktive Substanz(en)

- 1: Dazu kommt 1 nicht obduzierter suchtgiftbezogener Todesfall.
 2: Dazu kommt 1 nicht obduzierter suchtgiftbezogener Todesfall.
 3: Dazu kommt 1 nicht obduzierter suchtgiftbezogener Todesfall.
 4: Dazu kommen 2 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.
 5: Dazu kommt 1 nicht obduzierter suchtgiftbezogener Todesfall.
 6: Dazu kommen 18 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.
 7: Dazu kommen 24 nicht obduzierte suchtgiftbezogene Todesfälle.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A8:

Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation,
2002–2011

Risikosituation	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Homo-/bisexueller Kontakt	25	21	21	27	30	35	25	26	23	16
Intravenöser Drogenkonsum	25	20	18	22	21	26	26	15	10	9
Heterosexueller Kontakt	44	40	46	41	45	42	34	43	35	11
Anders/unbekannt	18	14	13	21	17	21	16	10	21	9
Gesamt	112	95	98	111	113	124	101	94	89	45

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich
nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen,
2002–2011

Anzeigen	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesamtanzeigen	22.422	22.245	25.215	25.892	24.008	24.166	20.043	22.729	23.853	25.892
Ersttäter	11.269	12.117	14.346	15.569	15.808	16.053	13.634	14.893	19.409	21.828
Wiederholungstäter	10.380	9.288	9.990	9.520	7.636	7.569	5.990	7.258	3.681	3.247

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

Anmerkung: alle Anzeigen, nicht nur Suchtgifte, sondern auch psychotrope Stoffe

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

Tabelle A10:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
(nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2002–2011

Bundesland	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Burgenland	805	984	967	923	1.033	1.008	871	953	716	801
Kärnten	1.676	1.659	1.464	1.529	1.190	1.408	1.153	1.372	1.522	1.422
Niederösterreich	3.319	3.017	3.531	3.632	3.050	3.464	2.583	3.165	2.978	2.917
Oberösterreich	3.054	2.782	3.521	3.769	3.209	3.786	3.245	3.908	3.660	3.590
Salzburg	1.384	868	1.077	1.092	1.001	1.116	1.015	1.096	1.099	1.431
Steiermark	1.910	1.570	1.705	1.516	1.435	1.929	1.372	1.669	1.607	1.878
Tirol	2.229	2.102	2.695	2.775	2.607	2.454	1.982	2.555	2.692	3.095
Vorarlberg	1.265	1.146	1.044	1.008	1.240	1.153	976	1.027	1.143	1.092
Wien	6.210	7.652	8.524	8.797	7.925	6.611	5.883	6.056	7.001	7.903
Gesamtanzeigen	21.852	21.780	24.528	25.041	22.690	22.929	19.080	21.801	22.418	24.129

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A11:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2002–2011

Suchtgift/Suchtmittel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cannabis	19.939	17.706	20.252	20.900	19.021	19.063	15.063	17.513	17.066	17.836
Heroin und Opiate	3.954	4.717	4.770	4.720	3.516	3.294	2.865	3.157	3.677	2.575
Kokain + Crack	3.762	4.785	5.365	5.491	4.252	4.263	3.551	3.930	3.332	3.383
Amphetamin + Methamphetamin	1.532	1.727	1.843	1.795	1.639	2.112	1.405	1.749	1.669	2.206
LSD	327	214	196	160	164	196	101	193	137	138
Ecstasy	2.998	2.473	2.362	2.106	1.763	1.889	1.127	966	388	485
Mephedron									209	1.179
Suchtgifthältige Medikamente	809	872	1.420	1.795	2.800	2.714	2.294	2.693	3.113	3.552
Sonstige Suchtgifte*	540	320	304	427	355	323	263	363	185	160
Psychotrope Substanzen	3	11	11	4	14	20	13	16	37	58
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	736	603	892	1.081	1.687	1.535	1.185	1.174	1.666	2.086
Drogenausgangsstoffe	4	5	0	4	8	2	12	1	3	4

– = 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.

* Ab dem Jahr 2008 sind hier auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

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

Tabelle A12:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2011

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	688	1.264	2.187	2.908	1.257	1.500	3.063	970	3.999	17.836
Heroin und Opiate	60	161	398	367	31	63	71	155	1.269	2.575
Kokain + Crack	128	262	289	353	196	120	325	155	1.555	3.383
Amphetamin + Methamphetamin	127	118	371	669	156	232	195	92	246	2.206
LSD	10	1	29	27	5	13	30	11	12	138
Ecstasy	50	51	60	89	32	83	44	23	53	485
Mephedron	33	77	286	24	5	494	116	5	139	1.179
Suchtgifthältige Medikamente	69	129	284	703	128	204	113	72	1.850	3.552
Sonstige Suchtgifte*	6	10	31	29	18	21	30	2	13	160
Psychotrope Substanzen	4	1	8	18	0	4	6	5	12	58
Psychotrope Stoffe enthaltende Medika- mente	53	76	141	264	46	63	91	69	1.283	2.086
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4

Anmerkungen: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

* Hier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

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

Tabelle A13:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2002–2011

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 %
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
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2

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); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A14:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2011

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	632	1.272	897	500	691	3.992
	weiblich	49	147	105	44	107	452
§ 28 SMG / § 28 a SMG	männlich	93	261	244	174	292	1.064
	weiblich	4	32	30	16	39	121
§ 27 SMG	männlich	536	995	635	314	355	2.835
	weiblich	44	114	67	24	53	302

§ 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); Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A15:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2011

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Straf- formen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	75	84	29	8	21	217
	Erwachsene	893	1.253	1.270	634	177	4.227
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	3	4	7	3	2	19
	Erwachsene	22	277	567	242	58	1.166
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	72	79	22	5	19	197
	Erwachsene	854	924	666	381	115	2.940

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 Strafrahmen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

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

Tabelle A16:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2002–2011

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Gesamt	8.974	9.023	9.666	11.660	10.379	10.175	9.384	10.627	11.807	11.667
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung*	7.817	7.902	8.599	10.668	9.173	9.008	8.399	9.661	10.643	10.319
davon § 35 Abs 4 SMG (Cannabis, psilocin-, psilotin-, psilocybinhaltige Pilze und psychotrope Stoffe)*	1.876	1.499	2.016	2.697	1.895	1.841	2.249	2.780	3.166	4.059
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung*	1.157	1.121	1.067	992	1.206	1.167	985	966	1.164	1.348
§ 39 SMG Aufschiebung des Strafvollzugs	337	318	427	452	507	540	638	624	733	741

* 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

Quellen: BMG, BMJ; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A17:

Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2002–2011

Suchtgift/Suchtmittel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cannabis	5.294	5.422	6.202	6.012	5.770	5.732	5.050	5.733	6.195	6.750
Heroin	836	1.263	1.383	1.371	883	765	673	901	1.048	640
Kokain	863	1.271	1.475	1.507	1.044	1.087	936	984	946	970
Amphetamin + Methamphetamin	239	321	342	328	334	380	299	400	466	545
LSD	20	33	29	20	20	39	20	39	43	41
Ecstasy	308	276	286	295	248	250	181	131	63	90
Mephedron									73	125
Suchtgifthaltige Medikamente	392	445	812	1.117	1.571	1.234	1.015	1.121	1.456	1.712
Sonstige Suchtgifte*	139	84	87	97	84	92	58	79	72	67
Psychotrope Substanzen	0	6	5	2	2	10	1	2	13	23
Psychotrope Stoffe enthaltene Medikamente	515	432	678	823	1.300	1.019	843	697	993	1.268
Drogenausgangsstoffe	2	2	0	2	7	1	12	0	1	0

* Ab dem Jahr 2008 sind hier auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

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

Tabelle A18:
Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge,
2002–2011

Suchtgift/ Suchtmittel	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cannabis (kg)	743,1	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6
Heroin (kg)	59,5	42,8	235,0	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6	96	64,9
Kokain (kg)	36,9	58,3	75,5	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2	241	139
Amphetamin + Methamphetamin (kg)	9,5	54,3	27,6	9,6	38,9	19,4	13,00	65	23,4	15,8
LSD (Trips)	851	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588
Ecstasy (Stk.)	383.451	422.103	122.663	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780
Mephedron (g)	–	–	–	–	–	–	–	–	2,9	14,2
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.)	3.919	10.827	9.031	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504
Sonstige Suchtgifte (kg)*	6,0	1,8	21,4	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5
Psychotrope Substanzen (kg)	0,00	0,15	0,05	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (Stk.)	20.081	15.650	21.119	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910
Drogenausgangsstoffe (kg)	241,00	25,00	0,00	0,10	9,85	0,17	22,16	0	1	0

* Ab dem Jahr 2008 sind hier auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

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

Tabelle A19:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2002–2011

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy-Tabletten gekauften Proben									
	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)	2011 (n=135)
MDMA	68,0	83,2	72,0	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6
MDMA + MDE	14,1	7,7	9,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	6,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,4	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,7	0,7	1,1	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9
MDMA + Amphetamin	0,0	0,7	0,0	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	3,5	1,1	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5
PMA/PMMA	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0 ¹
Amphetamin	1,9	1,4	0,0	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0
Methamphetamin	1,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0
Koffein	1,5	0,0	1,1	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7
mCPP/mCPP + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3
diverse Mischungen*	5,2	2,1	7,5	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0
Neue psychoaktive Substanzen ² / NPS ³ + diverse Mischungen***	-	-	-	-	-	-	-	0,0	6,6	23,0

* 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

*** Neue psychoaktive Substanzen / NPS + diverse Mischungen heißt: ausschließlich NPS oder NPS und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

1 Im ersten Halbjahr 2012 wurden 13 PMA-haltige Tabletten identifiziert.

2 Neue psychoaktive Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG.

3 Neue psychoaktive Substanzen

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A20:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2011

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)	2011 (n=163)
MDMA	100,0	100,0	81,5	87,1	69,6	51,6	82,2
MDMA + MDE	0,0	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	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	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	0,6
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	11,1	0,0	4,3	7,7	5,5
PMA/PMMA	0,0	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	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0
Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	3,2	21,7	0,0	1,2
diverse Mischungen*	0,0	0,0	7,4	6,5	4,3	3,3	1,2
Neue psychoaktive Substanzen ¹ /NPS ² + diverse Mischungen***	-	-	-	-	8,7	35,2	8,0

* 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

*** Neue psychoaktive Substanzen / NPS + diverse Mischungen heißt: ausschließlich NPS oder NPS und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ Neue psychoaktive Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

² Neue psychoaktive Substanzen

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A21:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2002–2011

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Speed gekaufte Proben									
	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)	2011 (n=203)
Amphetamin	46,0	35,1	22,0	33,3	24,0	22,5	15,2	9,7	14,5	5,4
Amphetamin + Koffein	8,0	15,8	19,5	6,1	29,3	10,1	27,3	50,4	61,3	55,7
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5
Amphetamin + diverse Mischungen*	17,2	29,8	39,0	24,2	24,0	31,8	34,3	15,0	10,5	18,2
Methamphetamin	3,4	1,8	2,4	3,0	0,0	10,1	1,0	0,9	1,6	0,5
Koffein	8,0	0,0	4,9	9,1	1,3	1,6	3,0	8,8	1,6	7,9
MDMA	1,1	0,0	0,0	6,1	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Diverse Mischungen*	16,1	17,5	12,2	18,2	17	23,3	14,1	14,2	7,3	5,4
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	0,9	0,8	1,0
Neue psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² +diverse Mischungen***	-	-	-	-	-	-	-	0,0	2,4	5,4

* 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

*** Neue psychoaktive Substanzen / NPS + diverse Mischungen heißt: ausschließlich NPS oder NPS und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

1 Neue psychoaktive Substanzen im Sinne des mit 1.1.2012 in Kraft getretenen NPSG

2 Neue psychoaktive Substanzen

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A22:

Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2011

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Fortgesetzte Behandlung	236	364	1.959	1.393	423	1.147	892	558	8.045	15.017
Erstbehandlung	27	61	367	240	40	134	231	68	597	1.765
Gesamt	263	425	2.326	1.633	463	1.281	1.123	626	8.642	16.782

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.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A23:

Personen, die im Jahr 2011 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	0	1	1	2	7	3	1	1	1	0	0	0
15 bis 19	16	20	16	15	24	17	13	17	14	7	11	8
20 bis 24	25	24	25	17	27	20	27	33	29	24	32	26
25 bis 29	21	22	22	26	20	25	24	25	25	29	27	29
30 bis 34	14	12	14	17	11	16	15	10	14	19	15	18
35 bis 39	9	8	9	8	5	7	8	6	8	10	6	9
40 bis 44	6	6	6	8	4	7	5	5	5	5	3	4
45 bis 49	4	5	4	2	1	2	3	2	3	3	4	3
50 bis 54	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
55 bis 59	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1
60 bis 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	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	5.203	1.308	6.511	287	92	379	2.291	746	3.037	1.169	357	1.526
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.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2011;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A24:

Personen, die im Jahr 2011 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	-	-	-	22	15	20	35	27	33	10	10	10
arbeitslos gemeldet	-	-	-	27	32	28	33	29	32	44	40	43
Sozialhilfe	-	-	-	6	9	6	8	13	10	8	13	9
Kind, Schüler/in, Student/in	-	-	-	8	13	9	4	9	5	2	5	3
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	4	1	4	4	8	5	10	11	10
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges	-	-	-	1	0	1	6	5	5	8	8	8
nicht erwerbstätig, keine sonstige Form des Lebensunterhalts	-	-	-	6	6	6	6	5	6	3	4	4
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt	-	-	-	27	24	26	4	5	4	15	8	13
gültige Angaben	-	-	-	232	68	300	2.217	723	2.940	1.106	336	1.442
unbekannt	-	-	-	48	21	69	31	15	46	45	13	58
missing	-	-	-	7	3	10	43	8	51	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.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A25:

Personen, die im Jahr 2011 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	-	-	-	-	-	-	2	1	2	1	1	1
Kärnten	-	-	-	-	-	-	13	14	13	3	3	3
Niederösterreich	-	-	-	-	-	-	6	6	6	15	12	14
Oberösterreich	-	-	-	-	-	-	14	15	15	9	11	9
Salzburg	-	-	-	-	-	-	4	3	3	3	2	3
Steiermark	-	-	-	-	-	-	10	10	10	10	13	10
Tirol	-	-	-	-	-	-	6	6	6	10	11	10
Vorarlberg	-	-	-	-	-	-	10	7	9	6	6	6
Wien	-	-	-	-	-	-	34	36	34	44	41	43
Ausland	-	-	-	-	-	-	2	1	2	1	0	1
gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.216	729	2.945	1.102	342	1.444
unbekannt	-	-	-	-	-	-	47	13	60	57	12	69
missing	-	-	-	-	-	-	28	4	32	10	3	13

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 in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A26:

Personen, die im Jahr 2011 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)	-	-	-	34	43	36	87	87	87	79	81	80
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	47	37	45	7	7	7	14	13	14
Institution, daneben gesichert	-	-	-	6	6	6	4	3	4	5	6	5
Institution, daneben ungesichert	-	-	-	13	15	14	2	3	2	2	1	1
gültige Angaben	-	-	-	232	68	300	2.234	727	2.961	1.024	324	1.348
unbekannt	-	-	-	49	19	68	30	15	45	102	24	126
missing	-	-	-	6	5	11	27	4	31	43	9	52

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.

Quellen: CÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A27:

Personen, die im Jahr 2011 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	35	45	37	47	38	45	51	62	54	79	83	80
Heroin	24	27	24	24	23	24	33	39	34	55	52	54
Methadon	3	4	3	1	3	1	6	8	7	12	19	14
andere Substitutionsdrogen	16	22	17	26	18	24	26	34	28	48	60	51
andere bzw. nicht näher spezifizierte Opiate	1	1	1	2	3	2	3	4	3	2	3	2
Kokaingruppe	10	8	9	8	8	8	12	10	12	19	17	19
Kokain	9	8	9	8	8	8	12	10	12	19	17	19
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
nicht näher spezifiziertes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien	4	6	4	3	0	2	6	5	6	6	7	6
Amphetamine (z. B. Speed)	3	4	3	1	0	1	4	4	4	5	6	5
MDMA (Ecstasy), andere Designerdrogen	2	2	2	1	0	1	2	2	2	3	4	3
nicht näher spezifiziertes Stimulanzium	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
Tranquillizer/Hypnotika	8	11	8	9	8	9	10	16	12	22	25	23
Benzodiazepine	8	11	8	9	8	9	10	16	12	22	25	23
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
andere Hypnotika bzw. Tranquillizer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1
LSD	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1
nicht näher spezifizierte Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	32	25	31	23	23	23	43	29	40	30	22	28
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Alkohol	6	5	6	9	15	10	7	5	7	7	8	7
biogene Drogen	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
andere Drogen	1	1	1	2	3	2	1	2	2	0	1	0
nur nicht behandlungsrele- vanter Konsum	25	21	24	14	15	15	2	3	2	1	1	1
nur Begleitdroge	6	5	6	12	15	13	4	5	4	3	3	3
gültige Angaben	6.263	1.540	7.803	299	89	388	3.252	1.066	4.318	1.949	639	2.588
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	4.597	1.113	5.710	222	66	288	2.072	654	2.726	919	284	1.203
unbekannt	519	167	686	60	26	86	127	63	190	68	17	85
missing	87	28	115	5	0	5	92	29	121	182	56	238

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 in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A28:

Personen, die im Jahr 2011 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	72	63	70	32	41	34	62	52	59	31	26	30
ja	28	37	30	68	59	66	38	48	41	69	74	70
gültige Angaben	4.528	1.105	5.633	199	58	257	2.102	667	2.769	908	289	1.197
unbekannt	533	175	708	32	7	39	103	50	153	70	20	90
missing	142	28	170	56	27	83	86	29	115	191	48	239

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.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2011; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A29:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote & nach Bundesländern, 2011

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	3 ¹	0	6.000
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4 ¹	2	286.476
Salzburg	1	2	8.600
Steiermark	2 ^{1,2}	3	564.908
Tirol	2	3	397.127
Vorarlberg	6 ³	7	301.444
Wien	3 ¹	0	2.764.869
Gesamt	21	17	4.329.424

1: inkludiert ein Streetwork-Angebot

2: Angebot beschränkt sich auf Graz

3: inkludiert zwei Streetwork-Angebote

Quelle: ST10 Syringe Availability 2012; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A30:

Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten
der Wiener Drogenhilfe (BADO) in Prozent, 2004–2010

Aktuelle gesundheitliche Probleme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Chronische Hepatitis C	30	35	31	29	29	26	25
Zahnprobleme	19	23	21	19	19	19	19
Magen-, Darmprobleme	11	16	14	12	12	13	13
Psychiatrische Erkrankungen	9	10	12	13	11	14	15
Haut, Venen	7	10	8	7	7	8	8
Aids, HIV-Infektion	4	4	4	4	4	4	4
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	5	6	6	5	5	6	7
Chronische Hepatitis B	4	4	3	2	3	2	2
Invalidität	1	1	1	1	2	3	3
Gynäkologische Probleme	2	4	4	4	3	3	4
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	*	1	1	*	*	*	*
Andere	9	8	8	9	11	13	13
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	41	35	38	39	39	37	36

* = 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 2011b; Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 2011/2012

Bundesland	Anzahl abgeschlossene Schulungen SJ 2011/12	Anzahl an Trainingseinheiten Lehrer/Innen ¹ SJ 2011/12	Anzahl zertifizierter Lehrer/Innen SJ 2011/12	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2011/12	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Elternabende SJ 2011/12	Anzahl Workshops SJ 2011/12	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2011/12	Anteil erreichter VS-Lehrer/Innen bis SJ 2011/12 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2011/12	Anzahl erreichter VS bis SJ 2011/12 in %
B	2	56	29	3,0	8	5,0	n.v.	n.v.	148	15,0	72	36,7
K	3	84	37	21,5	13	4,9	2	2	269	21,5	101	43,0
NÖ	4	102	75	1,1	10	1,4	0	2	587	8,3	141	20,3
OÖ	7	196	128	2,3	32	5,6	n. v.	n. v.	1.376	24,7	382	66,6
S	4	112	48	2,4	20	10,8	0	2	348	17,6	113	60,8
St	2	60	20	0,5	10	2,0	0	2	363	9,3	149	29,6
T	2	48	25	10,8	19	5,0	0	2	368	12,3	189	50,0
V	9	232	122	8,7	16	8,0	1	2	665	41,0	91	56,2
W	4	72	60	1,1	6	1,5	n.v.	2	1236	22,5	220	80,4

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 Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; Darstellung: GÖG/ÖBIG

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) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer/innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses mit je 10 Einzelveranstaltungen und insgesamt zwischen 20 und 44 Trainingseinheiten/Stunden pro Kurs.

Tabelle A32:
plus, Schuljahr 2011/2012

Bundesland	Anzahl Fortbildungskurse für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl erreichter Lehrer/innen SJ 2011/12	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2011/12	Anzahl erreichter Klassen SJ 2011/12	Anteil erreichter Schulen SJ 2011/12 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2011/12	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2011/12 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2011/12	Anteil erreichter Schulen bis SJ 2011/12 in %	Anzahl erreichter Klassen bis SJ 2011/12
B	16	44	14,0	n. v.	7	7,0	54	3,0	16	30,2	n. v.
K	5	83	2,6	11	21	12,3	83	2,6	24	27,0	56
NÖ	4	68	0,7	11	68	3,5	68	1,3	11	2,75	68
OÖ	11	225	2,4	60	135	21,4	225	2,4	60	21,4	135
S	9	57	1,7	16	41	13,0	57	1,7	16	13,0	41
St	5	127	3,0	12	27	6,8	127	3,0	30	16,9	73
T	4	70	1,5	35	66	28,0	101	2,2	41	32,8	96
V	5	82	3,2	23	n. v.	35,4	82	3,2	39	60,0	n. v.
W	4	43	0,3	22	16	6,6	85	0,9	63	29,6	58

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 Suchtprävention NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; Darstellung: GÖG/ÖBIG

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', 2011

Bundesland	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/Multiplikatoren)	Anzahl durchgeführter Schulungen/Seminarreihen im Jahr 2011	Anzahl an Einheiten für Training von Multiplikatoren im Jahr 2011	Anzahl der zertifizierten Teilnehmer im Jahr 2011	Dokumentation ja/nein	Prozess-Evaluation ja/nein
K	12- bis 21-jährige Jugendliche	sozialpädagogische Betreuer, Sozialarbeiter, Psychologen, Mitarbeiter einer Suchtberatungsstelle	3	48	51	ja	ja
NÖ	Jugendliche, rauchende Personen	Psychologen der NÖGKK (Mitarbeiter des Nichtraucher-Telefons), Mitarbeiter im Bereich der Veranstaltungsbetreuung, Multiplikatoren im Bereich der Suchtprävention, Jugendarbeiter	4	79	52	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter eines Trägers der offenen Jugendarbeit; Grundkurs des Landesjugendreferates zur Außerschulischen Jugendarbeit; Trainer aus arbeitsmarktpolitischen Kursen	4	80	54	ja	ja
S	Jugendliche in Jugendzentren und in div. soz. Maßnahmen (Arbeitsplatz/Lehre, betreuten WG's), Schüler, Klienten in Drogenberatung, Streetwork u.a.	Mitarbeiter von Jugendzentren und Streetwork; Beratungslehrer; Berufsausbildner; Präventionsbeamte der Polizei, Raucherberater etc.	4	45 (à 50 Min.)	52	ja	ja
St	12- bis 21-jährige Jugendliche / junge Erwachsene	Mitarbeiter von Offener Jugendarbeit und Schulsozialarbeit bzw. -beratung, sozialpädagogische Betreuer, Mitarbeiter in Jugendausbildung und -beschäftigung	3	58	46	ja	ja
T	12- bis 21-jährige Jugendliche (Jugendarbeit, AMS); Klienten in Sozialeinrichtungen	Jugendarbeiter, Sozialarbeiter, Berater	3	66	43	ja	ja
V	12- bis 21-jährige Jugendliche, Klienten von (Sucht-)Beratungsstellen	Mitarbeiter von (Sucht-)Beratungsstellen und Offener Jugendarbeit	1	24	17	ja	ja
W	12- bis 25-jährige Jugendliche	Mitarbeiter und Peers in der Offenen Jugendarbeit; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben	11	234	155	ja	ja

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien; aus Platzgründen in dieser Tabelle ausnahmsweise nur die maskuline Form

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A34:

Bestimmungen der Jugendschutzgesetze der Bundesländer zum Erwerb, Besitz oder Konsum von Alkohol und Tabakprodukten, zum Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten sowie zu für junge Menschen verbotenen Lokalen

Bundesland	Altersgrenze für Erwerb/Besitz/Konsum v. Alkohol	Altersgrenze Erwerb/Besitz Konsum v. Tabak	Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen	Für junge Menschen verbotene Lokale
B	<p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen verboten</p> <p>* verboten ist auch das Anbieten und die Abgabe von Alkohol an Jugendliche unter dieser Altersgrenze (ausgenommen sind Testkäufe, die durch eine Einrichtung/Behörde erlassen wurde)</p>	<p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten</p> <p>* verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter dieser Altersgrenze</p>	<p>* bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr</p> <p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 1:00 Uhr</p> <p>* Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr benötigen Begleitperson für Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen</p>	<p>* Lokale oder Betriebsräumlichkeiten, sofern diese wegen ihrer Art, Lage, Ausstattung oder Betriebsweise junge Menschen in ihrer Entwicklung gefährden könnten (z. B. Lokale und Räumlichkeiten in denen Prostitution oder die Anbahnung von Prostitution ausgeübt wird)</p> <p>* Räumlichkeiten, in denen Glücksspielautomaten im Rahmen der Einzelaufstellung aufgestellt sind.</p>
K	<p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten</p> <p>* vom vollendeten 16. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr dürfen alkoholische Getränke in einer Menge zu sich nehmen, dass der Alkoholgehalt des Blutes weniger als 0,5 g/l (0,5 Promille) enthält</p>	<p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten</p> <p>* verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren Jugendliche unter dieser Altersgrenze</p>	<p>* bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr; mit Begleitperson bis max. 1:00 Uhr</p> <p>* bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 0:00 Uhr bzw. in Nächten vor Sonn- und gesetzlichen Feiertagen von 5:00 – 2:00 Uhr</p>	<p>* Lokale und Betriebsanlagen, von denen wegen ihrer Art, Lage, Ausstattung, Betriebsweise oder ihres vorrangigen Besucherkreises eine nachteilige Beeinträchtigung von Kindern und Jugendlichen ausgehen kann</p>
NÖ	<p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr an allgemein zugänglichen Orten oder öffentlichen Veranstaltungen verboten</p> <p>* verboten ist auch die Abgabe von alkoholischen Getränken an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen an Jugendliche unter dieser Altersgrenze</p>	<p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten</p>	<p>* bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr</p> <p>* bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 1:00 Uhr</p>	<p>* Räumen, in denen Prostitution angeboten wird</p> <p>* bis zum vollendeten 14. Lebensjahr ist der Zutritt zu Spielhallen verboten</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A34

Bundesland	Altersgrenze für Erwerb/Besitz/Konsum v. Alkohol	Altersgrenze Erwerb/Besitz Konsum v. Tabak	Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen	Für junge Menschen verbotene Lokale
OÖ	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von alkoholischen Getränken an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr * ab dem vollendeten 16. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 24:00 Uhr * ab dem vollendeten 18. Lebensjahr ohne zeitliche Begrenzung * mit Begleitperson gibt es keine zeitliche Begrenzung, sofern das Wohl des Jugendlichen nicht gefährdet ist 	<ul style="list-style-type: none"> * Nachtclubs oder vergleichbaren Vergnügungsbetriebe * Räumlichkeiten, in denen die Anbahnung bzw. Ausübung von Prostitution erfolgt * Orte, die ihre Entwicklung gefährden könnten
S	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * vom vollendeten 16. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt dieses Verbot für gebrannte alkoholische Getränke, auch in Form von Mischgetränken. Alkoholische Getränke dürfen nur insoweit konsumiert werden, als durch den Konsum nicht offenkundig ein Zustand der Berauschung hervorgerufen oder verstärkt wird. * verboten ist auch die Abgabe von jenen alkoholischen Getränken, deren Besitz verboten ist 	<ul style="list-style-type: none"> * Bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 21:00 Uhr * bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr bzw. in Nächten vor Sonn- und Feiertagen bis 0:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> * vor dem vollendeten 16. Lebensjahr der Aufenthalt ohne Begleitperson in Gastgewerben jeglicher Art in der gesetzlich vorgeschriebenen Zeit * Nachtlokale jeglicher Art und Branntweinschenken * Betriebsanlagen, die sie in ihrer Entwicklung beeinträchtigen würden
St	<ul style="list-style-type: none"> * Bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * Vom vollendeten 16. bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt dieses Verbot für alkoholische Getränke mit mehr als 14 Volumsprozent 	<ul style="list-style-type: none"> * Bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 21:00 Uhr * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 23:00 Uhr * bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 2:00 Uhr * in Begleitung herrscht keine zeitliche Begrenzung * im Rahmen von Schulveranstaltungen und Jugendorganisationen ist ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bis 23:00 Uhr gestattet 	<ul style="list-style-type: none"> * Lokale, die ausschließlich Getränke über 14 Volumsprozent ausschenken * Tagesbars * Nachtlokale * Bordelle und bordellähnlichen Einrichtungen * bis zum vollendeten 15. Lebensjahr ist die Benützung von Unterhaltungsspielapparate * bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Benützung von Geldspielapparate untersagt

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A34

Bundesland	Altersgrenze für Erwerb/Besitz/Konsum v. Alkohol	Altersgrenze Erwerb/Besitz Konsum v. Tabak	Aufenthalt an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen	Für junge Menschen verbotene Lokale
T	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Alkohol an Jugendliche unter dieser Altersgrenze * vom vollendeten 16. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt dieses Verbot für gebrannte alkoholische Getränke und Getränke, die mit gebranntem Alkohol gemischt sind * verboten ist auch die Abgabe von gebrannten alkoholischen Getränken bzw. mit diesen gemischten Getränken 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr bzw. bei öffentlichen Veranstaltungen mit Begleitperson bis max. 0:00 Uhr * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 1:00 Uhr 	<ul style="list-style-type: none"> * Betriebsanlagen, von denen wegen ihrer Art, Lage, Betriebsweise oder ihres ständigen Besucherkreises eine Gefährdung für ihre Entwicklung ausgehen kann
V	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Alkohol an Jugendliche unter dieser Altersgrenze * vom vollendeten 16. Lebensjahr bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gilt dieses Verbot für gebrannte alkoholische Getränke und Getränke, die mit gebranntem Alkohol gemischt sind 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr verboten * verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 12. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr * bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 23:00 Uhr * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 0:00 Uhr * bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 2:00 Uhr * Bestimmungen gelten nicht bei Begleitung einer Aufsichtsperson 	<ul style="list-style-type: none"> * Betriebsanlagen o.ä., die wegen ihrer Art, Ausstattung oder Betriebsweise, der stattfindenden Darbietungen und Schausstellungen oder ihres vorwiegenden Besucherkreises Gefahren für die Entwicklung der Kinder darstellen oder Wetten gewerbsmäßig vermitteln und anbieten * Veranstaltungen, die die Entwicklung der Kinder gefährden
W	<ul style="list-style-type: none"> * bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen verboten * verboten ist auch der Konsum von alkoholischen Getränken in Schulen * verboten ist auch die Abgabe von alkoholischen Getränken an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * Bis zur Vollendung des 16. Lebensjahres an allgemein zugänglichen Orten und öffentlichen Veranstaltungen verboten * verboten ist auch der Konsum von Tabakwaren in Schulen * verboten ist auch die Abgabe von Tabakwaren an Jugendliche unter dieser Altersgrenze 	<ul style="list-style-type: none"> * bis zum vollendeten 14. Lebensjahr erlaubt von 5:00 – 22:00 Uhr * bis zum vollendeten 16. Lebensjahr: 5:00 – 1:00 Uhr * außerhalb dieser Zeiten ist das nur mit Begleitpersonen oder mit einem rechtfertigenden Grund (z. B. Heimweg) gestattet 	<ul style="list-style-type: none"> * Lokale, die wegen ihrer Beschaffenheit die Entwicklung gefährden könnten * Spiellokale oder andere Öffentlichkeiten, an denen mehr als 2 Spielautomaten aufgestellt sind

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien,

Quellen: Jugendschutzgesetze der Bundesländer (LGBl. 1994/4 v. 24.11.1993 (T), LGBl. 1998/5 v. 6.11.1997 (K), LGBl. 1998/80 v. 7.7.1998 (St), LGBl. 1999/16 v. 1999 (V), LGBl. 1999/24 v. 10.12.1998 (S), LGBl. 2001/93 v. 1.10.2001 (OÖ), LGBl. 2002/17 v. 16.5.2002 (W), LGBl. 2002/54 v. 31.1.2002 (B), LGBl. 4600 1983/2 v. 27.1.1983 (NÖ)); Darstellung: GÖG/ÖBIG

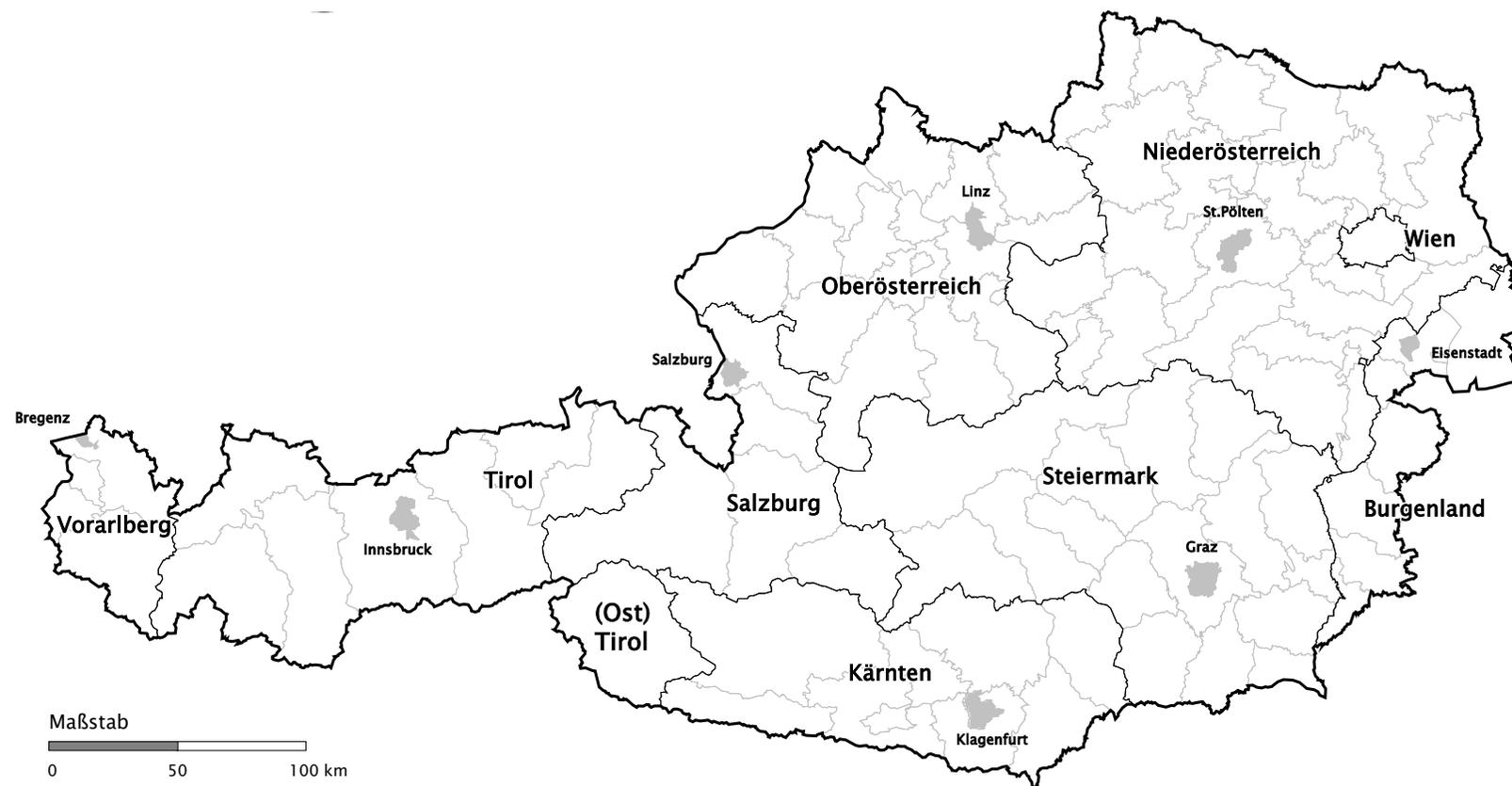
Tabelle A35:

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2010 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	201.183	191.620	392.803
5 bis 9 Jahre	208.232	197.540	405.772
10 bis 14 Jahre	225.725	215.238	440.963
15 bis 19 Jahre	255.792	242.610	498.402
20 bis 24 Jahre	263.516	257.717	521.233
25 bis 29 Jahre	279.385	277.919	557.304
30 bis 34 Jahre	265.892	263.575	529.467
35 bis 39 Jahre	294.548	299.015	593.563
40 bis 44 Jahre	352.843	346.671	699.514
45 bis 49 Jahre	355.773	348.744	704.517
50 bis 54 Jahre	301.372	303.353	604.725
55 bis 59 Jahre	243.697	254.091	497.788
60 bis 64 Jahre	223.179	238.376	461.555
65 bis 69 Jahre	208.135	235.135	443.270
70 bis 74 Jahre	166.250	197.948	364.198
75 bis 79 Jahre	112.284	155.375	267.659
80 bis 84 Jahre	79.970	137.672	217.642
85 Jahre und älter	48.658	138.709	187.367
Gesamt	4,086.434	4.301.308	8,387.742
0 bis 14 Jahre	635.140	604.398	1.239.538
15 bis 29 Jahre	798.693	778.246	1.576.939
30 bis 44 Jahre	913.283	909.261	1.822.544
45 bis 59 Jahre	900.842	906.188	1.807.030
60 bis 74 Jahre	597.564	671.459	1.269.023
75 Jahre und älter	240.912	431.756	672.668
Gesamt	4,086.434	4.301.308	8,387.742

Quelle: Statistik Austria; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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
API	Anton Proksch Institut
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
CHG	Chancengleichheitsgesetz
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
IGP	Institut für Gesundheitsplanung
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
ISP	Institut für Suchtprävention
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
KiJA	Kinder- und Jugendanwaltschaft
LGBl.	Landesgesetzblatt
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA	Magistratsabteilung
mCPP	meta-Chlor-Phenylpiperazin
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamin
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
n. v.	nicht verfügbar
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch

PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
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
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
StGB	Strafgesetzbuch
Stmk.	Steiermark
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TBP	Territorialer Beschäftigungspakt
TDI	Treatment Demand Indicator
u. a.	unter anderem
V	Vorarlberg
Vgl.	vergleiche
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
W	Wien
waff	Wiener Arbeitnehmer/innen-Förderungsfonds
WBB	Wiener Berufsbörse
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel
4-MA	4-Methylamphetamin= 1-(4-methylphenyl)propan-2-amin

Anhang C

Standard Tables &
Structured Questionnaires

Verzeichnis der österreichischen Standard Tables und Structured Questionnaires

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables und Structured Questionnaires, die zusammen mit dem Bericht zur Drogensituation an die EBDD übermittelt werden. Sofern nicht anders angegeben, wurden sie im aktuellen Berichtsjahr aktualisiert. Die darin enthaltenen Daten und Informationen fließen in das Statistical Bulletin, den Europäischen Bericht zur Drogensituation und andere Produkte der EBDD ein¹⁰⁸.

Standard Table 01:	Standardised results and methodology of adult national population survey on drug use
Standard Table 02:	Methodology and results of school surveys on drug use
Standard Table 05:	Direct drug-related deaths/Drug-induced deaths
Standard Table 06:	Evolution of direct drug-related deaths/Drug induced 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 (Voluntary); Part 4: Notified cases of Hepatitis C and B in injecting drug users
Standard Table 10:	Syringe availability (letztes Update: 2011)
Standard Table 11:	Reports of 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/Potency at street level of some illicit substances
Standard Table 15:	Composition of illicit drug tablets
Standard Table 16:	Price at street level of some illicit substances
Standard Table 17:	Leading edge indicators for new developments in drug consumption (Voluntary)
Standard Table 18:	Overall mortality and causes of deaths among drug users (letztes Update: 2010)
Standard Table 24:	Access to treatment
Standard Table 30:	Methods and results of youth surveys (Voluntary)
Standard Table TDI:	Characteristics of individuals starting treatment for drugs by type of treatment centre
Standard Table:	Public expenditure (Voluntary)
Structured Questionnaire 22/25:	Universal prevention (letztes Update: 2010)

108

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 (letztes Update: 2011)
- Structured Questionnaire 26: Selective prevention (letztes Update: 2010)
- Structured Questionnaire 27: Part 1: Treatment programmes; Part 2: Quality assurance treatment (letztes Update: 2011)
- 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 (letztes Update: 2011)