

Bericht zur Drogensituation 2017

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2017

Ergebnisbericht

Autorinnen:

Marion Weigl
Judith Anzenberger
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Ilonka Horvath
Irene Schmutterer
Julian Strizek
Aida Tanios

Unter Mitarbeit von:

Klaus Kellner
Charlotte Klein
Elisabeth Türscherl

Fachliche Begleitung durch das BMGF:

Johanna Schopper

Projektassistenz:

Monika Löbau

Die Inhalte dieser Publikation geben den Standpunkt der Autorinnen/Autoren und nicht unbedingt jenen der Auftraggeber wieder.

Wien, im Oktober 2017

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

Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Horvath, Ilonka; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios, Aida (2017): Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich, Wien.

ISBN 978-3-85159-213-9

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: Stubenring 6, 1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Website: www.goeg.at

Der Umwelt zuliebe:

Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne optische Aufheller hergestellt.

Kurzfassung

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich vorwiegend mit dem Bereich illegale Drogen und dient sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen als nationaler Bericht als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union.

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Sowohl die Österreichische Suchtpräventionsstrategie als auch die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und differenzieren zwischen Sucht als Erkrankung und Drogenhandel. Im Berichtszeitraum wurde ein neuer Rahmenplan 2016–2020 für das Land Salzburg verabschiedet, der eine sukzessive Entwicklung von integrierten Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene vorsieht. Unter einer integrierten Versorgung wird eine substanzübergreifende ganzheitliche Versorgung suchtkranker Menschen verstanden, die entlang von Behandlungspfaden Angebote und Maßnahmen aus dem niedergelassenen, dem spezialisierten und dem stationären Bereich sowie angrenzende psychosoziale Hilfen integriert.

Das Thema Sucht wird auch im neuen *Bundeszielsteuerungsvertrag Gesundheit 2017* erwähnt. So sollen für den bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden. Eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe wird angestrebt.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Mai 2017 wurde vom BMGF ein Maßnahmenpaket zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleitet, das zu Redaktionsschluss noch nicht vollständig erlassen war. Mit dem Maßnahmenpaket, dessen Kern eine Behandlungsleitlinie ist, sollen die Bestimmungen entfallen, die bislang in die ärztliche Behandlung eingreifen. Weiters sollen die amtsärztlichen Aufgaben im Zusammenhang mit der Opioid-Substitutionsbehandlung genauer definiert und die Kooperation zwischen Apotheken, Ärzteschaft und Amtsärzteschaft verbessert werden.

Das Handbuch des Gesundheitsministeriums zur Vollziehung des § 12 SMG wurde im Berichtszeitraum evaluiert. Dabei bestätigten sich regionale Unterschiede in der Vollzugspraxis sowie Unterschiede im Verständnis von Rolle und Aufgaben einer Amtsärztin / eines Amtsarztes. Das Handbuch wurde überarbeitet, zusätzlich scheint ein stärkerer regionaler Austausch zur Entwicklung eines einheitlichen Verständnisses erforderlich.

Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG sank im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr davor und damit knapp unter das Niveau von 2014. Die Zahl der Diversionsangebote in Strafverfahren stieg

im Jahr 2016 gegenüber 2015 an, insbesondere Diversionsformen nach dem SMG wurden wesentlich öfter angeboten.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten mit Cannabis (Prävalenz etwa 30–40 Prozent bei jungen Erwachsenen). Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa 2 bis 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie von einem bis maximal 2 Prozent für Opioide. In den letzten Jahren zeigte sich beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzspektrums, in bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen auch auf biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell beschränkt sich der Konsum von illegalen Substanzen aber meist auf eine kurze Lebensphase.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Dabei spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 29.000 und 33.000 Personen risikoreich Opioide, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka. Nach Schätzungen konsumieren davon 12.000 bis 17.000 Personen vorwiegend injizierend. Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring deuten auf einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums der unter 25-Jährigen hin. Ob dies einen Rückgang des illegalen Suchtmittelkonsums insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen wie Cannabis oder Methamphetamin bedeutet, ist noch unklar. Im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums ist auch auf eine Reihe von Todesfällen in Zusammenhang mit hochdosierten Ecstasy-Tabletten hinzuweisen. Zwar scheinen sich die Ecstasy-Konsummuster nicht geändert zu haben, der Konsum aber aufgrund der oft unerwartet hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein.

Suchtprävention

Der Ausbau von Multiplikatorenschulungen, d. h. der Unterstützung jener Personen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt sind und Einfluss auf ihre Überzeugungen und Verhaltensweisen ausüben, steht im Vordergrund der Präventionsbemühungen. Zu diesen Angeboten gehören z. B. das Vorarlberger Lebenskompetenzprojekt *Gesundes Aufwachsen in Vorarlberg, startklar* in Salzburg oder *Kleiner Leuchtturm* in Wien. Eine Studie überprüfte mittels Onlinebefragung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Bemühungen in Oberösterreich, die Suchtprävention entsprechend der oberösterreichischen Gesundheitsziele zu stärken. Die Befragung ergab, dass es schwieriger wird, Gemeinden und junge Menschen für einen aktiven Part im Rahmen von suchtpräventiven Aktivitäten zu motivieren.

Suchtbehandlung

In der ambulanten drogenspezifischen Behandlung nahmen – insbesondere für jene Personen, die erstmalig eine ambulante Behandlung begannen – bis 2013 Opioide als Leitdroge ab, Cannabis

als Leitdroge hingegen zu. Auch die Behandlung von Kokain und anderen Stimulantien gewann quantitativ an Bedeutung. In den Jahren 2013–2016 setzte sich dieser Trend jedoch nicht (eindeutig) fort. Positiv hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 60 Prozent liegende In-Treatment-Rate von Personen mit Opioid-Problematik.

In Beratung, Betreuung und Behandlung findet eine zunehmende Ausrichtung auf integrierte Konzepte statt, die regionale Vernetzung steht im Vordergrund neuer Entwicklungen. In allen Bereichen wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet, z. B. um die Versorgung mit Substitutionsbehandlung langfristig abzusichern, Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen oder passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können. Eine Studie zur Zufriedenheit von Opioidabhängigen mit der Substitutionsbehandlung in Oberösterreich bestätigt ein grundsätzlich gutes Funktionieren. Verbesserungsvorschläge betreffen die Möglichkeit intravenöser (i.v.) Anwendung, einfacheres Mitgeben der Substitutionsmedikamente, den Aufwand für und den Umgang mit den Klientinnen und Klienten.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Auf Basis der Obduktionsbefunde wurden für das Jahr 2016 insgesamt 146 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 19 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück, in Summe wird daher von 165 Todesfällen durch Drogenüberdosierung ausgegangen. Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle war somit höher als in den letzten drei Jahren. Der Anteil der unter 25-Jährigen an den Drogentoten (15 %) sank gegenüber den letzten Jahren geringfügig (2015: 21 %, 2014: 19 %, 2013: 18 %) und ist deutlich geringer als in den Jahren 2005–2011.

Bezüglich Infektionsraten stellt nach wie vor Hepatitis C bei i.v. Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem dar. Der Anteil von Hepatitis-C-infizierten Personen an jenen mit i.v. Drogenkonsum ist seit Jahren hoch und beträgt im Jahr 2016 je nach Datenquelle bis zu 83 Prozent. Die HIV-Prävalenz hingegen bewegt sich in den letzten zehn Jahren auf niedrigem Niveau (2016: 0–4 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz bleibt bei i.v. Konsumierenden seit Jahren annähernd gleich (2016: 12–29 %). Die Behandlungsmöglichkeiten von HCV-infizierten Drogenkonsumierenden werden weiter vorangetrieben: Die Behandlung wird sowohl in Kliniken (Wien, Graz, Innsbruck) – meist in Kooperation mit niederschweligen Einrichtungen – angeboten, wie auch direkt im niederschweligen Setting als *directly observed therapy* in Kombination mit einer Substitutionsbehandlung. Auch die Bedingungen für die Kostenübernahme einer Behandlung mit neuen direkt antiviral wirkenden Medikamenten durch die Krankenkassen werden kontinuierlich gelockert, indem der Fibrose-Grad, ab dem erstattet wird, weiter gesenkt wird. Nach wie vor gibt es allerdings Erkrankte, für die die Kosten nicht übernommen werden.

Drogenmärkte

Die steigende Bedeutung von virtuellen Drogenmärkten beeinflusst zunehmend das Verhalten von Händlerinnen/Händlern und Konsumierenden. Die Produktion von Drogen (Cannabis oder synthetische Substanzen) spielt in Österreich eine geringe Rolle. Im Jahr 2016 bezogen sich insgesamt

35.857 Anzeigen auf Suchtgifte, der größte Teil davon (30.184) betraf Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften. Die Zahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.704) überstieg jene nach Verbrechenstatbeständen (2.153) bei weitem. Änderungen in der Anzeigenzahl gegenüber dem Vorjahr können auch mit der SMG-Novelle 2016 in Zusammenhang stehen. Die Entwicklung der letzten 10 Jahre zeigt Anstiege bei Anzeigen zu Ecstasy und Cannabis, auch die Zahl der Beschlagnahmen hat für beide Substanzen weiter zugenommen. Anzahl und Menge der Beschlagnahmen suchtgifthaltiger Medikamente (inkl. Substitutionsmittel) sind hingegen rückläufig.

Im Jahr 2016 kam es zu 27.896 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr. Dem stehen 1.491 Anzeigen wegen Beeinträchtigung durch Suchtgift gegenüber.

Drogen und Haft

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. 4. 2017 befanden sich fast zehn Prozent (872 Personen) der Haftinsassinnen/-insassen in Substitutionsbehandlung, was eine leichte Steigerung zum vorjährigen Berichtszeitraum darstellt.

Nadel- und Spriztenschonprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen im österreichischen Strafvollzug stehen nach wie vor nicht zur Verfügung. Dennoch wird berichtet, dass in den Justizanstalten vermehrt Augenmerk auf das Thema Infektionskrankheiten gerichtet wird. Bei Neuzugängen werden nicht nur der HIV-, Tbc-, HBV- und HCV-Status erhoben, auch eine Genotypisierung der HCV wird vorgenommen und die Behandlung mit den neuen direkt antiviral wirkenden Medikamenten wird in den Justizanstalten forciert.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen, Abbildungen und Karten	XI
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
POLITISCHE UND ADMINISTRATIVE RAHMENBEDINGUNGEN	3
1 Politische und administrative Rahmen- bedingungen	5
1.1 Zusammenfassung.....	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3 Neue Entwicklungen.....	14
1.4 Quellen und Methodik.....	16
1.5 Bibliographie	17
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	19
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	19
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	21
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.1 Zusammenfassung.....	23
2.2 Aktuelle Situation.....	25
2.2.1 Rechtliche Regelungen	25
2.2.2 Umsetzung	35
2.3 Trends.....	38
2.4 Neue Entwicklungen.....	44
2.5 Quellen und Methodik.....	48
2.6 Bibliographie	49
2.7 Zitierte Bundesgesetze.....	51
2.8 Anhang.....	52
DROGENKONSUM.....	55
3 Drogenkonsum.....	57
3.1 Zusammenfassung.....	57
3.2 Cannabis	59
3.2.1 Prävalenz und Trends.....	59
3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	62
3.3 Stimulantien	64
3.3.1 Prävalenz des Stimulantienkonsums und Trends.....	64
3.3.2 Risikoreiche Stimulantienkonsummuster und Behandlung.....	66
3.4 Heroin und andere Opioide	70

3.4.1	Opioidprävalenz und Trends	70
3.4.2	Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung.....	72
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	73
3.5.1	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	73
3.6	Quellen und Studien.....	74
3.6.1	Quellen	74
3.6.2	Studien	76
3.7	Bibliographie und Anhang	80
3.7.1	Bibliographie.....	80
3.7.2	Anhang.....	85
SUCHTPRÄVENTION		91
4	Suchtprävention.....	93
4.1	Zusammenfassung.....	93
4.2	Aktuelle Situation.....	94
4.2.1	Strategien und Organisation	94
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	100
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	100
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	102
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	106
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	108
4.2.3	Qualitätssicherung	110
4.3	Trends.....	111
4.4	Neue Entwicklungen.....	112
4.5	Quellen und Methodik.....	116
4.6	Bibliographie	117
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	119
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	119
4.9	Anhang.....	119
DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG		125
5	Drogenbezogene Behandlung	127
5.1	Zusammenfassung.....	127
5.2	Aktuelle Situation.....	128
5.2.1	Strategien und Koordination.....	128
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	131
5.2.3	Schlüsseldaten	134
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	141
5.2.5	Qualitätssicherung	154
5.3	Trends.....	155
5.4	Neue Entwicklungen.....	158
5.5	Quellen und Methodik.....	163
5.6	Bibliographie	164
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	166
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	167
5.9	Anhang.....	168

GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN	177
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....
6.1	Zusammenfassung.....
6.2	Aktuelle Situation.....
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen.....
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....
6.2.7	Qualitätssicherung
6.3	Neue Entwicklungen.....
6.4	Zusätzliche Information
6.5	Quellen und Methodik.....
6.6	Bibliographie
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge
6.9	Anhang.....
	DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE
7	Drogenmärkte und Drogendelikte.....
7.1	Zusammenfassung.....
7.2	Aktuelle Situation.....
7.2.1	Drogenmärkte.....
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen.....
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....
7.3	Trends.....
7.4	Neue Entwicklungen.....
7.5	Zusätzliche Information
7.6	Quellen und Methodik.....
7.7	Bibliographie
7.8	Zitierte Bundesgesetze.....
7.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge
7.10	Anhang.....
	HAFT
8	Haft.....
8.1	Zusammenfassung.....
8.2	Aktuelle Situation.....
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft
8.3	Neue Entwicklungen.....
8.4	Quellen und Methodik.....

8.5	Bibliographie	255
8.6	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	258
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	258
8.8	Anhang.....	259

Tabellen, Abbildungen und Karten

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien der österreichischen Bundesländer.....	8
Tabelle 1.2:	Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2007 bis 2016.....	14
Tabelle 2.1:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG.....	29
Tabelle 2.2:	Alternativen zur Bestrafung laut SMG.....	31
Tabelle 2.3:	Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Geschlecht und Altersgruppe, 2016*.....	36
Tabelle 2.4:	Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011–2016*.....	36
Tabelle 2.5:	Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012–2016.....	37
Tabelle 3.1:	Behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2016.....	68
Tabelle 5.1:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben.....	134
Tabelle 5.2:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2016.....	135
Tabelle 5.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl Personen in Substitutionsbehandlung und Anzahl qualifizierter und versorgungs- wirksamer Ärztinnen/Ärzte pro Bundesland (31. 12. 2016).....	147
Tabelle 5.4:	Anzahl der dem BMGF für das Jahr 2016 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern.....	149
Tabelle 6.1:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2016.....	185
Tabelle 7.1:	Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2016.....	214
Tabelle 7.2:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2016.....	214
Tabelle 7.3:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohol gem. § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgift gem. § 5 StVO, 2014–2016.....	217
Tabelle 7.4:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro), 2007–2016.....	222

Tabelle 7.5:	Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich, 2007–2016.....	222
Tabelle 7.6:	Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/ Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2007–2016.....	223
Tabelle 7.7:	Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2007–2016.....	224
Tabelle 7.8:	Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl, 2014–2016	229
Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 1. August 2016.....	245
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 und 2017 zum Stichtag 1. April	247
Tabelle A2. 1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2007–2016	52
Tabelle A2. 2:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe, 2016*	53
Tabelle A2. 3:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2016*.....	53
Tabelle A2. 4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2007–2016.....	54
Tabelle A3. 1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich, 2004 bis 2015.....	85
Tabelle A3. 2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2015	87
Tabelle A3. 3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD–10 in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen (15– bis 64–Jährige)	89
Tabelle A3. 4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD–10 in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen (15– bis 64–Jährige)	90

Tabelle A4. 1:	Programm Eigenständig werden, Schuljahr 2016/2017	120
Tabelle A4. 2:	Programm plus, Schuljahr 2016/2017	121
Tabelle A4. 3:	Seminare movin' bzw. MOVE, 2016	122
Tabelle A4. 4:	Schulungen Step by Step bzw. Stepcheck oder Helfen statt Strafen, 2016/2017	124
Tabelle A5. 1:	Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	168
Tabelle A5. 2:	Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Geschlecht (in Prozent).....	169
Tabelle A5. 3:	Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht (in Prozent)	170
Tabelle A5. 4:	Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht (in Prozent).....	171
Tabelle A5. 5:	Über 20-Jährige, die im Jahr 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	172
Tabelle A5. 6:	Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (in Prozent).....	173
Tabelle A5. 7:	Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent).....	174
Tabelle A6. 1	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2007–2016.....	206
Tabelle A6. 2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2007–2016 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	206
Tabelle A6. 3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2007–2016, nach Bundesland.....	206
Tabelle A6. 4:	Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechter- anteil), 2007–2016	207
Tabelle A6. 5:	Entwicklung der festgestellten Substanzen bei direkt drogen- bezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2007–2016, in Prozent	207

Tabelle A6. 6:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2016.....	208
Tabelle A7. 1:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Ersttätern und Wiederholungstätern, 2007–2016.....	233
Tabelle A7. 2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland, 2007–2016.....	233
Tabelle A7. 3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland, 2010–2016	234
Tabelle A7. 4:	Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland, 2012–2016.....	234
Tabelle A7. 5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel, 2007–2016	235
Tabelle A7. 6:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2016.....	235
Tabelle A7. 7:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2007–2016.....	236
Tabelle A7. 8:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge, 2007–2016.....	237
Tabelle A7. 9:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2007–2016	238
Tabelle A7. 10:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristall-Form) gekauften Proben, in Prozent, 2007–2016	239
Tabelle A7. 11:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2007–2016	240
Tabelle A8. 1:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2017	260
Tabelle A8. 2:	Substitution in den Justizanstalten zum 1. April 2017.....	261

Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	12
Abbildung 2.1:	Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, 2007–2016*	39
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2007–2016	40
Abbildung 2.3:	Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2007–2016*	41
Abbildung 2.4:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum), 2016	42
Abbildung 2.5:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis, nach Bundesland, 2016	43
Abbildung 2.6:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioide nach Bundesland, 2016	44
Abbildung 3.1:	Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) aus Wiener Suchtmittel Monitoring und drei österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe)	60
Abbildung 3.2:	Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)	61
Abbildung 3.3:	Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2016	64
Abbildung 3.4:	Stimulantienkonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)	65
Abbildung 3.5:	Stimulantienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)	66
Abbildung 3.6:	Stimulantienkonsum: Vorwiegende Einnahmeform von Personen, die im Jahr 2016 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen)	67
Abbildung 3.7:	Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenz nach DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogenen Todesfällen), Zeitreihe 2000–2016 (gleitender Mittelwert)	71
Abbildung 3.8:	Heroin-Einnahmeform* von Personen, die im Jahr 2016 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Altersgruppen (n = 1.370)	72

Abbildung 3.9:	checkit!–Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2016	73
Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben	135
Abbildung 5.2:	Konsummuster von allen Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2016.....	136
Abbildung 5.3:	Anteil der Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	137
Abbildung 5.4:	Leitdroge(n) der Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung	138
Abbildung 5.5:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition (Betreuungsbeginn im Jahr 2016), nach Art der Betreuung	139
Abbildung 5.6:	Personen, die sich 2016 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung	140
Abbildung 5.7:	Versorgungspraxis der Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2016	148
Abbildung 5.8:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/–ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern (31. 12. 2016).....	149
Abbildung 5.9:	Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland, 2016.....	150
Abbildung 5.10:	Personen in Substitutionsbehandlung, nach Substitutionsmittel und Bundesland, 2016	152
Abbildung 5.11:	Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt, 2013–2016.....	153
Abbildung 5.12:	Anzahl der Substitutionspatientinnen/–patienten pro Arzt/Ärztinnen nach Einrichtungsform, in Prozent, 2016.....	154
Abbildung 5.13:	Personen, die (erstmal) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioide und Cannabis (hierarchische Definition), 2007–2016	156
Abbildung 5.14:	Jährliche Meldungen von Personen aktuell in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2006–2016	157
Abbildung 5.15:	Opioidabhängige Personen, nach Integration in Substitutionsbehandlung, 1999–2015	158
Abbildung 6.1:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2007–2016	182
Abbildung 6.2:	Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2007–2016	183

Abbildung 6.3:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2007–2016	184
Abbildung 6.4:	HCV-Infektionsraten in Österreich, 2000–2016	186
Abbildung 6.5:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr, 2000–2016	187
Abbildung 6.6:	Needle Sharing (jemals) bei Personen, die im Jahr 2016 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 735)	188
Abbildung 6.7:	HIV- bzw. HCV-Testprävalenz von Personen, die im Jahr 2016 eine Betreuung begonnen haben und angeben, bereits intravenös Drogen konsumiert zu haben, nach Betreuungsart.....	192
Abbildung 6.8:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Restösterreich, 2012–2016	195
Abbildung 7.1:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich, 2007–2016	221
Abbildung 7.2:	Minimale, durchschnittliche und maximale Reinheit von Cannabis- harz und Cannabiskraut in Österreich in Prozent THC, 2007–2016	224
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Sucht- mittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstat- beständen, 2007–2016	225
Abbildung 7.4:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittel- gesetz, nach Art des Suchtgiftes, 2007–2016	227
 Karten:		
Karte A5. 1:	Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2017	175
Karte A5. 2:	Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2017	176

Abkürzungen

AB-FUBINACA	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide
abs.	absolut
Abs.	Absatz
ADB-FUBINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
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
amb.	ambulant
AMS	Arbeitsmarktservice
ÄndG	Änderungsgesetz
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretroviral
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASI	Addiction Severity Index
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
b.a.s.	betrifft abhängigkeit und sucht
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BBG	1-Pentyl-1H-indol-3-carboxylsäure-8-quinolinylester
BGBI	Bundesgesetzblatt
BL	Bundesland
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (seit Juli 2016)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWFW	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BZP	1-Benzylpiperazin
bzw.	beziehungsweise
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
CTC	Communities That Care
DAA	Direct Acting Antivirals
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DLD	Diagnosen und Leistungsdokumentation
DMAR	4,4'-Dimethylaminorex
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EDPQS	European Drug Prevention Quality Standards
EG	Europäische Gemeinschaft
EH	Einheit(en)
EKO	Erstattungskodex
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al	et alii
EU	Europäische Union
F	folgende
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheingesetz
GBL	Butyro-1,4-lacton
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glückspielgesetz
GZ	Geschäftszahl
HAART	Hochaktive retrovirale Therapie
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVc	Hepatitis-B-Virus core
HBVs	Hepatitis-B-Virus surface
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-PCR	HCV-Polymerase Chain Reaction

HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
Hg./Hrsg.	Herausgeber
HiaP	Health in all Policies
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HS	Hauptschule
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
idgF	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
inkl.	inklusive
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
I.S.O.	Institut für systemische Organisationsforschung
ISP	Institut für Suchtprävention
i.v.	intravenös
iVm	in Verbindung mit
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
kg	Kilogramm
KH	Krankenhaus
KLGR	Klientengruppe
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
lt.	laut
max.	maximal
MBMB-CHIMICA	(MDMB = N-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indol-3-yl]carbonyl]-3-methyl-valine, methyl ester)
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
MEDOS	Medizinisches Dokumentationssystem
mg	Milligramm
min.	mindestens
Min.	Minuten
Mio.	Millionen
MMC	4-Methylmethcathinon
Mrd.	Milliarden
NGO	Non Governmental Organisation
NMS	Neue Mittelschule
NPS	Neue psychoaktive Substanzen

NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen_Verordnung
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
Nr.	Nummer
n. v.	nicht verfügbar
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
ORF	Österreichischer Rundfunk
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
o. J.	ohne Jahr
PAZ	Polizeianhaltezentrum
Pb-22	1-Pentyl-1H-indole-3-carboxylic acid 8-quinolinyl ester
Pkw	Personenkraftwagen
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
PVP	Pyrrolidinoveralphenon
QGIS	Quantum Geoinformationssystem
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm Alliance
rd.	rund
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
S	Salzburg
SAG	Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SCHILF	Schulinterne Fortbildung
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SGG	Suchtgiftgesetz

SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SJ	Schuljahr
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
sog.	sogenannte
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
SVR-Rate	Sustained Virological Response-Rate
T	Tirol
Tbc	Tuberkulose
TDI	Treatment Demand Indicator
TEDI	Trans European Drugs Information
THC	Tetrahydrocannabinol
TPI	Tabakpräventionsinitiative
TPHA	Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay
TP-IgM-AK ELISA	Treponema pallidum-Immunglobulin M-Antikörper Enzyme-linked Immunosorbent Assay
u. a.	unter anderem, und andere
UE	Unterrichtseinheiten
U-Haft	Untersuchungshaft
v.	vom/von
V	Vorarlberg
VD	Vollzugsdirektion
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
vgl.	vergleiche
VIDRO	Virtueller Drogenhandel (Projektname)
vs.	versus/gegenübergestellt
VS	Volksschule
W	Wien
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation
Z	Ziffer
3-MMC	3-Methylmethcathinon
4-MEC	4-Methylethcathinon
6-MAM	6-Monoacetylmorphin

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH im Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 22. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des Gesundheitsministeriums 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- und Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich vorwiegend mit dem Bereich illegale 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 aller EU-Mitgliedstaaten und -Beitrittskandidatenländer nach einer seitens der EMCDDA vorgegebenen Struktur (Guidelines) verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für die Europäischen Drogenberichte der EMCDDA dar.

Seit dem Jahr 2015 gelten nun Guidelines der EMCDDA, in denen die einzelnen Kapitel als eigenständige *Workbooks* konzipiert sind. Diese enthalten jeweils ein Inhaltsverzeichnis, eine Zusammenfassung, eine Bibliographie und teilweise auch einen Anhang. Der Hauptteil gliedert sich jeweils in die Abschnitte „Aktuelle Situation“, „Trends“ und „Neue Entwicklungen“. Während sich die Informationen im Abschnitt „Neue Entwicklungen“ – wie bereits die bisherigen Berichte zur Drogensituation – auf das vorangegangene Jahr beziehen, ist dies in den anderen Unterkapiteln nicht mehr der Fall. Der Abschnitt „Aktuelle Situation“ versucht, einen Überblick über die vorhandenen suchtpolitischen Rahmenbedingungen, Strukturen, Maßnahmen und die derzeit vorliegende epidemiologische Situation (Routinedaten aus der Statistik des Vorjahrs) zu geben. Im Abschnitt „Trends“ werden – wo möglich – die Entwicklungen der letzten zehn Jahre beschrieben. Am Ende des Hauptteils ist jeweils ein Abschnitt „Quellen und Methodik“ zu finden, in dem die verwendeten Quellen und die zitierten Studien genauer erläutert werden. Für die deutschsprachige Version wurden diese *Workbooks* im Sinne einer Fortführung der bisherigen Gepflogenheit zu einem Bericht zusammengefügt.

Der vorliegende Bericht baut auf den vorhergegangenen Berichten zur Drogensituation auf und verweist an etlichen Stellen auf ausführlichere Beschreibungen in diesen. Ergänzend zum „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ werden jährlich auch sogenannte *Standard Tables* ausgefüllt, die in das *Statistical Bulletin* der EMCDDA einfließen¹. Um die in Österreich vorhandenen Strukturen und die Fülle an gesetzten Maßnahmen zu veranschaulichen, werden immer wieder Beispiele genannt. Diese Auswahl orientiert sich möglichst an der EDDRA-Datenbank der EMCDDA sowie an den von der EMCDDA abgefragten spezifischen Maßnahmen und stellt keine Bewertung dar.

1

Zu finden unter: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016> (Zugriff am 8. 6. 2016)

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielzahl von Informationen und Daten erstellt, die der GÖG von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt wurden. Von besonderer Bedeutung sind die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinationsstellen übermittelten bundesländerspezifischen Informationen. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten zu Teilen des Berichts geliefert. 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 eine wertvolle Unterstützung darstellten.

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3	Neue Entwicklungen.....	14
1.4	Quellen und Methodik.....	16
1.5	Bibliographie	17
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	19
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	19

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

In Österreich wird die Sucht-/Drogenpolitik im Wesentlichen durch Gesetze und Verordnungen, aber auch durch Drogen-/Suchtstrategien und -konzepte geregelt. Dabei wird zwar als Ziel eine möglichst suchtfreie Gesellschaft definiert, gleichzeitig wird Sucht aber als Erkrankung verstanden und von ausschließlichem Drogenhandel unterschieden. Zunehmend wird auch als Ziel formuliert, negative Auswirkungen für die Bevölkerung durch Verhaltenssuchte und den Gebrauch psychotroper Substanzen so gering wie möglich zu halten. Sowohl die „Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik“ als auch die Sucht- und Drogenstrategien bzw. -konzepte der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, der auch verschiedene Suchtformen berücksichtigt. Neben den Sucht-/Drogenstrategien bzw. -konzepten sind auch weitere Strategien aus dem Gesundheits- und Sozialbereich relevant, wie z. B. die Rahmen-Gesundheitsziele auf Bundesebene oder spezifische Strategien zum Thema Alkohol auf Länderebene.

Wirkungsorientierung ist zwar ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich, externe Evaluierungen von Strategien oder Gesetzen – und somit auch der sucht-/drogenpolitisch relevanten Bestimmungen – finden jedoch eher selten statt. Üblicherweise werden Arbeitsgruppen zu verschiedenen Aspekten eingerichtet, die auf Basis vorhandener Dokumentationssysteme und Erfahrungen Empfehlungen für eine Weiterentwicklung von Suchtprävention und Suchthilfe erstellen.

Wichtige drogenpolitische Gremien sind auf Bundesebene die *Bundesdrogenkoordination* und das *Bundesdrogenforum*, auf Länderebene die *Sucht-/Drogenkoordinationen* und die *Sucht-/Drogenbeauftragten* oder *-beiräte*. Das Bundesdrogenforum dient der Abstimmung zwischen Bund und Ländern, aber auch zwischen verschiedenen Sektoren. Daneben gibt es auch die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren. Für Suchtprävention ist die *ARGE Suchtverbeugung* das zentrale österreichweite Forum.

Zu öffentlichen Ausgaben hinsichtlich der Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die in der Europäischen Union (EU) forcierte COFOG-Klassifizierung² nicht vollständig umgesetzt wird und drogen- bzw. suchtspezifische Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden.

2

COFOG ist die „Classification of Functions of Government“ (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die wiederum in Gruppen und Klassen unterteilt werden.

Neue Entwicklungen

Der neue Zielsteuerungsvertrag auf Bundesebene *Zielsteuerung-Gesundheit 2017* enthält erstmals einen Hinweis auf das Thema Sucht. So sollen beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden und wird eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe angestrebt. Abgesehen davon wird jedoch lediglich auf die Umsetzung der österreichischen Suchtpräventionsstrategie verwiesen.

Der neue Rahmenplan 2016 bis 2020 *Suchthilfe im Land Salzburg* bietet die Grundlage für eine sukzessive Entwicklung von integrierten Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene des Landes Salzburg. Unter integrierter Versorgung wird hier eine substanzübergreifende, ganzheitliche Versorgung suchtkrankender Menschen verstanden, die u.a. die Nahtstellen zwischen verschiedenen Angeboten und Versorgungsbereichen überbrückt.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische **Bundesdrogenpolitik** bilden das Suchtmittelgesetz (BGBl. I 1997/112, SMG) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen (vgl. Kapitel 2) sowie die „Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik“ (BMG 2015). Damit sind im Wesentlichen die Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festgelegt. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass eine möglichst suchtfreie Gesellschaft als Ziel definiert wird. Sucht wird aber als Erkrankung akzeptiert, zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel wird unterschieden. Das österreichweit angewendete Prinzip „Therapie statt Strafe“ wird von der EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EBDD) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet.

Die österreichische Suchtpräventionsstrategie bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und stellt neben der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie den *Gesundheitszielen Österreich* (BMGF 2017) eine weitere, dem Prinzip „Health in All Policies“ folgende, bundesweite Strategie dar. Sie bildet – unter Berücksichtigung der existierenden Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer – einen Orientierungsrahmen über alle zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung. Im Unterschied zu einem Aktionsplan enthält sie keine detaillierten Einzelmaßnahmen, sondern definiert im Wesentlichen ein gesellschaftliches Grundverständnis von Sucht und eine entsprechende Haltung Betroffenen gegenüber. Sie stellt die Gesundheitsperspektive in den

In Österreich sind nur die Ausgaben nach den zehn COFOG-Abteilungen – ohne Gruppen und Klassen – verfügbar.

Mittelpunkt und beinhaltet ein umfassendes Verständnis von Prävention (d. h. nicht nur Vorbeugung, sondern auch Behandlung und Schadensminimierung). Die Bedeutung eines möglichst breiten Maßnahmenspektrums wird hervorgehoben. Für den Bereich *illegale Drogen* wird betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung haben. Personen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Gleichzeitig soll auf die Bestrafung von Konsumentinnen und Konsumenten verzichtet und diesen ein diversifiziertes Maßnahmenangebot von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitlicher Rehabilitation sowie beruflicher und sozialer Integration zur Verfügung gestellt werden. Neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels sind sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen zur Förderung der subjektiven und objektiven Sicherheit der Bevölkerung einzusetzen.

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den **Bundesländern** bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. In diesem Sinne verfügen alle neun Bundesländer über Sucht-/Drogenstrategien, in denen die sucht-/drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind. Die erste Drogenstrategie eines Landes wurde im Jahr 1980 in Vorarlberg beschlossen, die letzte in Oberösterreich im Jahr 2002. Einige dieser Strategien wurden in den letzten Jahren aktualisiert und ergänzt (vgl. Tabelle 1.1), z. B. wurde im Jahr 2016 ein neuer Rahmenplan für Salzburg beschlossen (vgl. Abschnitt 1.3). In Vorarlberg wird das Thema Sucht nun im *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 – 2025* behandelt, eine Aktualisierung der Drogenstrategie ist derzeit nicht vorgesehen (Neubacher p. M.).

Tabelle 1.1:
Sucht-/Drogenstrategien der österreichischen Bundesländer

BL	(Erstmals erstellt) aktualisiert im Jahr	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Struktur
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	Illegale Substanzen, Alkohol	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	(1995) 2011	Landessuchtplan Kärnten 2011–2016	Amt der Kärntner Landesregierung	Illegale Substanzen, legale Substanzen, Verhaltenssüchte	Versorgungsstruktur, Jugend, Alter, Qualität
NÖ	(2000) 2016	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	Illegale Substanzen, legale Substanzen, stoffungebundene Suchtformen	Grundlagen, Ziele, Maßnahmen (nach Suchtformen, Interventionsfeldern wie Beratung, Behandlung und Schadensminimierung sowie spezifischen Zielgruppen)
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirates	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	(1999) 2016	Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020	Arbeitsgruppe mit Fachleuten aus Gesundheits- und Sozialbereich	Illegale Substanzen, legale Substanzen, Medikamente, Glücksspiel u. a. Verhaltenssüchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung; integrierte Versorgung in den Regionen
St	(2000) 2012	Die neue Steirische Suchtpolitik	Amt der Steiermärkischen Landesregierung	Illegale Substanzen, legale Substanzen, psychoaktive Medikamente, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen, Produkte zur Optimierung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	(1993) 2012	Tiroler Suchtkonzept 2012	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Suchtformen	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Nachsorge; strukturelle Neuorientierung der Suchthilfe; Kooperation mit nationaler Ebene; Forschung und Weiterbildung
V	(1980) 2002	Vorarlberger Drogenkonzept 2002	Suchtkoordination und Drogenbeauftragte/r	Illegale Substanzen	Prävention, therapeutischer Bereich, Substitution, Rehabilitation, Bildungsoffensive
W	(1999) 2013	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

BL = Bundesland; B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

Quellen: ÖBIG 2000, SDW 2013, Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011), Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2012), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Land Salzburg (2016), Amt der Kärntner Landesregierung (1995), Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002)

Die länderspezifischen Strategien sind unterschiedlich gegliedert – größtenteils eher nach Maßnahmenbereichen, teilweise aber auch nach Zielgruppen und/oder Strukturen. Folglich sind auch andere Kernbereiche angeführt. Während Qualitätssicherung und (Weiter-)Bildung in mehreren Strategien als eigener Kernbereich geführt werden, werden Dokumentation und Forschung nur in jeweils einer Strategie genannt.

Waren die länderspezifischen Strategien zu Beginn noch ausschließlich auf illegale Substanzen ausgerichtet, beziehen sie sich mittlerweile in der Mehrzahl auf ein umfassendes Verständnis von Sucht und damit sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und anderes Suchtverhalten. In Vorarlberg stehen nach wie vor illegale Substanzen im Vordergrund. Allerdings wurde dort das Thema Sucht inzwischen teilweise in das Psychatriekonzept integriert und darin suchtübergreifend behandelt. Im Zuge der Aktualisierungen der ursprünglichen Strategien wurde – unabhängig von den jeweils betrachteten Suchtformen – vermehrt ein ganzheitlicher Ansatz integriert, der nicht nur auf die individuelle Ebene abzielt, sondern auch auf das gesellschaftliche Umfeld und die Förderung der Lebensqualität aller Betroffenen. Dementsprechend wird zunehmend das Ziel formuliert, negative Auswirkungen in der Bevölkerung durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten.

Auf die jeweiligen Ziele und Prioritäten der verschiedenen Maßnahmenbereiche (Prävention, Behandlung etc.) wird in den Kapiteln 4, 5 und 6 genauer eingegangen. Generell soll hervorgehoben werden, dass sich alle Strategien an einem ausgewogenen Ansatz („balanced approach“) zwischen gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen zur Reduktion von Angebot und Nachfrage orientieren. Prävention nimmt überall einen wichtigen Stellenwert ein, in Salzburg gibt es dafür ein eigenes Rahmenkonzept (vgl. ÖBIG 2001).

Relevant sind auch **Strategien auf Bundes- oder Landesebene**, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich beziehen, sowie die jeweils aktuellen Regierungsprogramme. Aus der Fülle dieser Strategien sollen die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) sowie die Gesundheitsziele Österreich (BMGF 2017) bzw. der Zielsteuerungsprozess Gesundheit³ (vgl. Abschnitt 1.4) und die Gesundheitsförderungsstrategie (BMG 2014) – alle auf Bundesebene – erwähnt werden. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie beinhaltet u. a. das Themenfeld „Gesunde Entwicklung“ und nennt als eines von mehreren Zielen „die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken“. Die Gesundheitsziele Österreich enthalten u. a. das Ziel, „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen [zu] fördern“. Allgemeine Gesundheitsziele wurden auch in einigen Bundesländern (z. B. für Wien) sowie auf lokaler Ebene (z. B. für Linz) erarbeitet und enthalten zum Teil klar definierte Maßnahmen für den Bereich Suchthilfe (vgl. auch Kapitel 5). Weitere – v. a. für den Bereich Behandlung relevante – Dokumente sind z. B. die Struktur- und Psychiatriepläne, die es sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene gibt. Das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015-*

3

Mehr Informationen unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017 (Zugriff 10.7.2017)

2025 beispielsweise hebt die Notwendigkeit einer Sozialraumorientierung von Unterstützungsleistungen durch regionale Anlaufstellen für seelisch–gesundheitliche und soziale Problemlagen mit klaren Zuständigkeiten hervor (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014)

Abgesehen von der österreichischen Suchtpräventionsstrategie sowie den Strategien der Bundesländer (vgl. auch Kapitel 4) werden die relevanten Rahmenbedingungen zum Thema legale Suchtmittel ebenfalls im Wesentlichen durch die Gesetzgebung definiert (vgl. Kapitel 2).

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Nur einzelne Sucht–/Drogenstrategien sehen explizit eine Evaluation der Strategie bzw. der darin genannten Maßnahmen vor. Wirkungsorientierung ist jedoch ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich. Daher gibt es sowohl auf Bundes– als auch auf Landesebene unterschiedlich umfangreiche und vielfältige Monitoring–Systeme, die u. a. eine Beobachtung der Drogensituation zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht–/Drogenhilfesysteme und –strategien dienen. In diesem Sinne werden durchaus interne Evaluationen durchgeführt, zusätzlich werden hin und wieder auch externe Evaluationen beauftragt. Auch die österreichische Suchtpräventionsstrategie nennt Evaluation und Qualitätskontrolle als unverzichtbare Steuerungsinstrumente (BMG 2015).

Interne Evaluierungen werden meist von Arbeitsgruppen durchgeführt, die die vorhandenen Daten und Erfahrungen analysieren und daraus Empfehlungen für eine Weiterentwicklung ableiten. Beispielsweise wurden in Salzburg in den letzten Jahren Drogenhilfe und Suchtprävention evaluiert, um auf dieser Basis einen umfassenderen Rahmenplan erstellen zu können (vgl. Weigl et al. 2014). Die Arbeitsgruppen für diese Evaluierung wurden aus den beteiligten Einrichtungen besetzt und konzentrierten sich auf die Handlungsfelder Suchtprävention, Beratung/Betreuung/Behandlung sowie (Re–)Integration. Sie bewerteten die bestehenden Maßnahmen in qualitativer und quantitativer Hinsicht und zogen daraus Schlüsse für eine Weiterentwicklung. Auf dieser Basis wurde die Konzipierung eines integrierten Suchthilfe–Systems beschlossen (Schabus–Eder, p. M.).

In Tirol wurde eine Umfeldanalyse durchgeführt, in der – als Grundlage für ein neues Tiroler Suchtkonzept – die damalige epidemiologische Situation und das damalige Angebot der Suchthilfe erhoben wurden. Mit dieser Umfeldanalyse wurde die ÖBIG Forschungs– und Planungsgesellschaft beauftragt, diese setzte auf den Ergebnissen einer landesinternen Arbeitsgruppe auf (ÖBIG Forschungs– und Planungsgesellschaft 2009). Die daraus abgeleiteten Empfehlungen waren u. a. Ausweitung des Drogenkonzepts auf ein Suchtkonzept, Beibehaltung der Flexibilität der Suchthilfe–Einrichtungen, damit sie auf Änderungen z. B. der Konsummuster angemessen reagieren können, sowie Berücksichtigung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise bei Konzeptionierung und Finanzierung der Suchthilfe.

Der aktuellste Evaluationsbericht eines Suchtplans liegt für Niederösterreich vor, er wurde von der Fachstelle für Suchtprävention erstellt (vgl. auch Weigl et al. 2016). Zahlreiche Empfehlungen wurden aus der Evaluierung abgeleitet und flossen in die neue Suchtstrategie ein. Dazu gehören der

verantwortungsvolle Umgang mit Nikotin und Alkohol im Sinne einer Vorbildwirkung sowie Maßnahmen zur Enttabuisierung von Sucht und Abhängigkeit (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016).

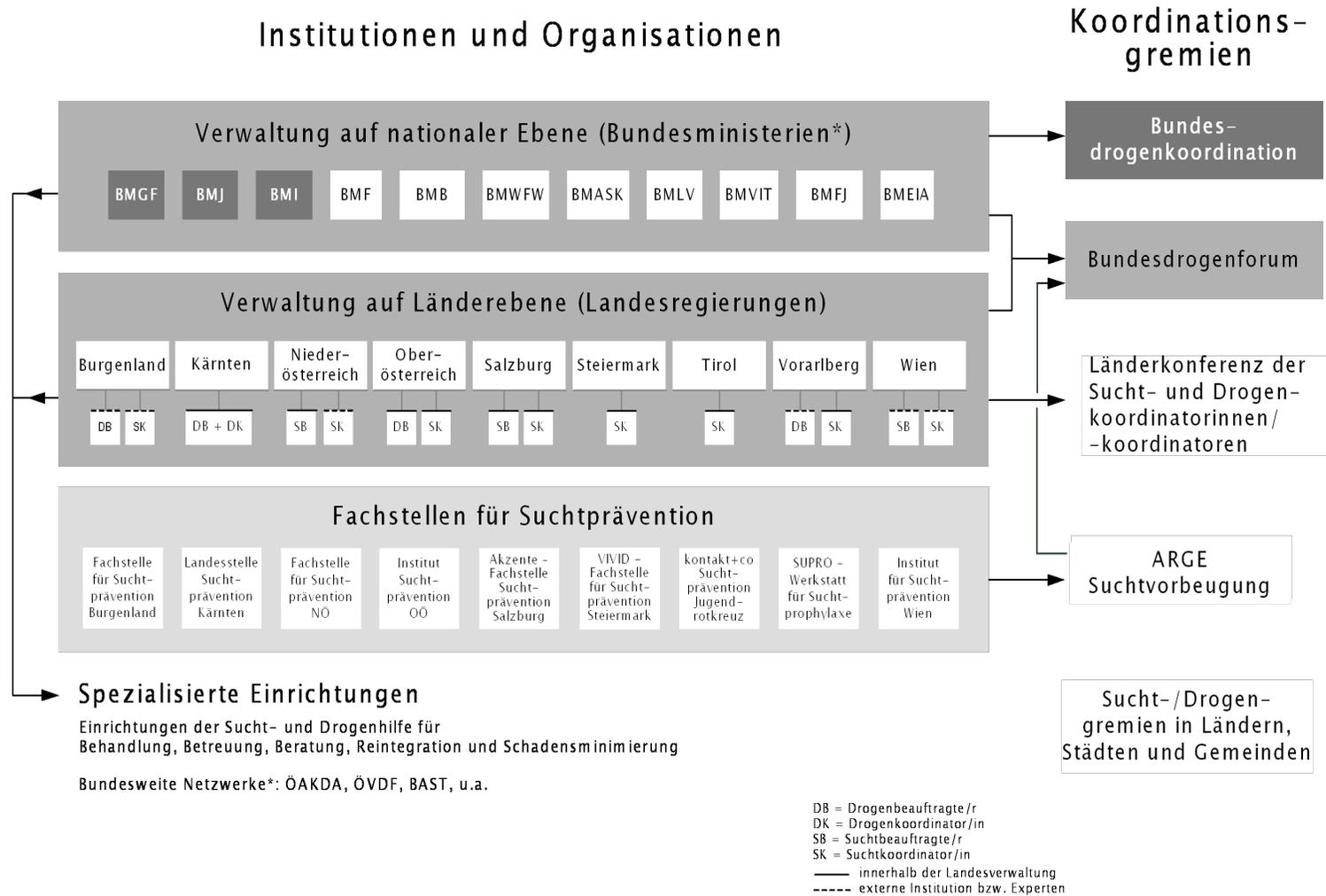
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die *Bundesdrogenkoordination*, das als Gremium zur Koordination der Länder dienende *Bundesdrogenforum* (vgl. Abbildung 1.1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* (vgl. auch Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie in SMG oder NPSG erfasst sind. Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das Gesundheitsministerium, das auch den Vorsitz in der Bundesdrogenkoordination innehat. In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind das Innen- und das Justizministerium, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Das Gesundheitsministerium hat auch den Vorsitz im Bundesdrogenforum inne, in dem neben anderen Bundesministerien und den Bundesländern auch der Städte- und Gemeindebund, die Gesundheit Österreich GmbH, die ARGE Suchtvorbeugung sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler/innen vertreten sind.

Von allen Bundesländern werden Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren nominiert, die auf Landesebene für die Planung, Koordination und Vernetzung von Maßnahmen der Sucht-/Drogenpolitik bzw. Sucht-/Drogenhilfe sowie für die fachliche Beratung der Landesregierung, das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen etc. und fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit zuständig sind. Sie sind auch die direkten Ansprechpersonen für die Bundesebene und daher im *Bundesdrogenforum* vertreten.

Ein weiteres Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt. In Tirol besteht stattdessen zur fachlichen Beratung ein eigener *Suchtbeirat*, in der Steiermark ein *Forum Suchtpolitik*. Suchtbeiräte wurden auch in anderen Bundesländern zusätzlich eingerichtet.

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



* siehe Abkürzungsverzeichnis

In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder einzeln oder gemeinsam ein (z. B. Arbeitsgruppe SAG⁴ – vgl. Kapitel 4 – und Drogenfachgremium in der Steiermark), darüber hinaus existieren auch Suchtmittelbeiräte oder ähnliches auf Gemeinde- oder Bezirksebene. In Salzburg gibt es beispielsweise für den Bereich Suchtprävention settingspezifische Steuerungsgruppen (für Schule, Familie – inkl. außerfamiliäre Kinderbetreuung – sowie Jugend in Beruf und Freizeit), die gemeinsam mit der Suchtkoordination entsprechende Maßnahmen planen. Einmal jährlich erfolgt ein settingübergreifender Austausch. Mitglieder dieser Steuerungsgruppen sind jeweils die Vertreter/innen der relevanten Organisationen, die entweder die spezifischen Zielgruppen repräsentieren oder im Setting suchtpreventiv tätig sind, sowie die Suchtkoordination.

Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtvorbeugung, die in der *ARGE Suchtvorbeugung* miteinander vernetzt sind. Die erste Fachstelle wurde 1993 in Vorarlberg gegründet.

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich der Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene auch andere Prozesse relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele bzw. der Gesundheitsförderungsstrategie begleitet⁵. Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise hat die Funktion einer Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). Eine dieser Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit dem Thema *Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe*.

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung von „Therapie statt Strafe“ durch Justizressort bzw. Förderung für §15-SMG-Einrichtungen durch Gesundheitsressort) getragen (vgl. Kapitel 2 und 5). Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt, gleichzeitig sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet (vgl. GÖG/ÖBIG 2007). Daher können für Österreich keine aussagekräftigen und systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind lediglich die Ausgaben des Justizministeriums für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubes nach § 39 SMG,

4

SAG: Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

5

Mehr Information unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> (18. 7. 2016)

bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Tabelle 1.2 zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben, die im Jahr 2016 gegenüber dem Vorjahr geringfügig zurückgegangen sind. Die durch die Änderungen der Vorgaben des BMJ im Jahr 2011 (vgl. Kapitel 2) bewirkte Reduktion der Kosten ist zwar nach wie vor bemerkbar, allerdings liegt sie im Jahr 2016 nur um rund vier Prozent unter dem Wert von 2011. Im Gegenzug übernehmen seit 2011 die Bundesländer vermehrt die für eine längerfristige stationäre Therapie anfallenden Kosten. Damit erhöht sich jedoch auch der Aufwand für die Abklärung der Finanzierung. Eine Vereinfachung der Finanzierung von Suchtberatung und Suchtbehandlung wäre daher für alle Beteiligten von Vorteil (vgl. auch Abschnitt 1.4).

Tabelle 1.2:

Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2007 bis 2016

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aufwand in Millionen Euro	5,86	6,48	7,03	8,54	8,77	8,46	7,71	7,71	8,44	8,41

Quelle: BMJ 2017; Darstellung: GÖG

Darüber hinaus gibt es immer wieder einzelne Berichte aus den Bundesländern oder Studien, die sich mit diesem Thema drogenbezogene Ausgaben beschäftigen (vgl. auch Weigl et al. 2014). Die aktuellste Studie beziffert die öffentlichen Ausgaben für Suchtvorbeugung in Österreich mit 7,0 Mio. Euro im Jahr 2012 (BMG 2016 sowie Weigl et al. 2016).

1.3 Neue Entwicklungen

Über die österreichische Suchtpräventionsstrategie (BMG 2015) wurde im letztjährigen Bericht (Weigl et al. 2016) ausführlich berichtet. Für die begleitende Koordination der Umsetzung dieser Strategie ist das Gesundheitsministerium zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik – wie bisher auch – Abstimmung sowohl auf Bundesebene mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen als auch mit den Bundesländern, aber auch Abstimmung auf europäischer Ebene sowie mit internationalen Gremien. Dazu soll der seit 1997 bestehende Koordinationsmechanismus (aus Bundesdrogenkoordination und Bundesdrogenforum, vgl. Abbildung 1.1) genützt und erweitert werden. Im Auftrag des Gesundheitsministeriums wird von der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), in Abstimmung mit Vertreter/innen aus Bund und Ländern, ein Entwurf für eine neue Koordinationsstruktur erarbeitet. Diese neue Struktur soll ab 2018 in die Praxis umgesetzt werden.

In Salzburg wurde im Oktober 2016 die neue, ebenfalls substanzübergreifend ausgerichtete Strategie „Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020“ beschlossen sowie der bisherige *Drogenpolitische Beirat* in einen *Suchtpolitischen Beirat* umgewandelt (Schabus-Eder, p. M.). In der Erarbeitung des Rahmenplans flossen bereits vorliegende Ergebnisse aus der Entwicklung des Regionalen Strukturplans Gesundheit 2020, die Österreichische Suchtpräventionsstrategie sowie Ergebnisse aus dem Projekt „Psychosoziale Versorgung – Planung NEU“ (Land Salzburg 2016) ein.

Der Rahmenplan bietet die Grundlage für eine sukzessive Entwicklung von integrierten Versorgungsstrukturen auf regionaler Ebene im Land Salzburg. Unter einer integrierten Versorgung wird eine substanzübergreifende ganzheitliche Versorgung suchtkranker Menschen verstanden, die entlang von Behandlungspfaden Nahtstellen zwischen verschiedenen Angeboten und Maßnahmen sowie Versorgungsbereichen (niedergelassenem, spezialisiertem, klinischem Bereich und angrenzenden psychosozialen Hilfen) überbrückt. Für die einzelnen Handlungsfelder der spezialisierten Versorgung werden im Rahmenplan verschiedene Module mit Leistungsumfang und Zugangsmöglichkeiten definiert. Hinsichtlich des Ziels einer dezentralen regionalen Versorgung werden auch Durchführende für diese Module in den verschiedenen Versorgungsregionen bestimmt. Zum Thema Suchtprävention wird vor allem auf die übergeordneten Zielsetzungen und die Fachstelle für Suchtprävention als zentrale Vernetzungsstelle und fachliches Kompetenzzentrum verwiesen. Die Entwicklung einer umfassenden Suchtpräventionsstrategie, bei der auch die Salzburger Gesundheitsziele berücksichtigt sind, soll bis zum Jahr 2020 abgeschlossen sein. Im Dezember 2016 wurde eine Steuerungsgruppe zur fachlichen Begleitung der Rahmenplan-Umsetzung eingesetzt. In dieser sind alle vier genannten Bereiche sowie die relevanten Kostenträger, die Gesundheitsplanung und die Suchtkoordination vertreten.

Weitere Entwicklungen in der Drogenpolitik sind Kapitel 2 zu entnehmen, das die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen beschreibt.

Abgesehen von expliziten Suchtstrategien sind auch andere Strategien bzw. Strategieprozesse relevant (vgl. Abschnitt 1.2.1). Neu ist die Erwähnung von Sucht bzw. entsprechenden Maßnahmen in der *Zielsteuerung-Gesundheit 2017*⁶, wenn auch nur sehr am Rande. In den Bundesländern gibt es entsprechende Landeszielsteuerungsverträge, in denen die strategischen und operativen Ziele für die Landesebene festgelegt sowie die zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen definiert sind. Diese werden dann in Bundes-Jahresarbeitsprogrammen bzw. in Landeszielsteuerungsübereinkommen weiter heruntergebrochen. Der neue Bundes-Zielsteuerungsvertrag Gesundheit 2017 enthält im Teil C (Laufende Arbeiten) einen Hinweis darauf, dass Suchterkrankungen beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) mitberücksichtigt werden müssen. Außerdem soll eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe angestrebt werden. Darüber hinaus wird lediglich auf die Umsetzung der österreichischen Suchtpräventionsstrategie verwiesen. Für das Monitoring der Zielsteuerungsverträge wird im Rahmen verschiedener Prozesse der jeweilige Stand der Maßnahmen erhoben und dokumentiert (vgl. auch Kapitel 5).

Ergänzend wird angeführt, dass das Verkehrssicherheitsprogramm aktualisiert und im Herbst 2016 präsentiert wurde (vgl. auch Kapitel 6). Dieses zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält u. a. auch einige wenige Bezüge zum Thema Drogen (BMVIT 2016). Im Handlungsfeld „Überwachung“ ist z. B. die „zielgerichtete Unterstützung der Polizei in rechtlicher, technischer und logistischer Sicht“ auch für den

6

Mehr Informationen unter: https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017 (Zugriff 5.7.2017)

Bereich Drogen zu finden. Im Maßnahmenkatalog wird dazu ein 3-Säulen-Ansatz beschrieben, der folgendermaßen unterscheidet:

- » „Nulltoleranz bei Drogen, für die keine sinnvollen Grenzwerte festgelegt werden können
- » Grenzwerte für jene Drogen, bei denen Beeinträchtigungen vorausgesetzt werden können
- » Beeinträchtigungsansatz, d. h. Sanktion erst bei nachgewiesener Beeinträchtigung“ (BMVIT 2016)

Für welche Drogen welcher Ansatz zutrifft, wird im Verkehrssicherheitsprogramm nicht ausgeführt. Es werden jedoch verschiedene Maßnahmen empfohlen, u. a. die Anschaffung von Drogenvortestgeräten (sobald diese verfügbar sind). Auch die Erweiterung des Netzwerks von Ärztinnen/Ärzten „zur Drogenerkennung“ durch das Schaffen der nötigen organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen sowie regelmäßige Schulungen der Polizei zum Erkennen von drogenbeeinträchtigten Lenkern/Lenkerinnen werden genannt. Weiters werden eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekern und Apothekerinnen, beim Verschreiben bzw. Ausgeben von entsprechenden Medikamenten ausdrückliche Warnhinweise zu geben, und die Implementierung des EMEA⁷-Klassifizierungssystems für Medikamente empfohlen.

Im Handlungsfeld „Sicherheitsindikatoren“ wird der Einsatz solcher Sicherheitsindikatoren als Maßnahme angegeben. Dafür sollen u. a. „Alkoholquoten“ definiert und – sobald messbar und verfügbar – auch „Drogenquoten“ gesammelt werden.

1.4 Quellen und Methodik

Die in diesem Kapitel angeführten Informationen stammen größtenteils aus den zitierten Sucht- bzw. Drogenstrategien, aber auch aus früheren Berichten zur Drogensituation sowie dem Input der Sucht-/Drogenkoordinationen.

Evaluationsbericht Suchtarbeit NÖ 2015 (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2015): In die Evaluation wurden Fachleute aus den verschiedenen Bereichen eingebunden, u. a. Personen aus Suchtberatungsstellen in Niederösterreich und Wien, stationären Therapieeinrichtungen, der Ärztekammer NÖ, der NÖGKK, dem NÖGUS sowie Entscheidungsträger/innen verschiedener Bereiche des Landes Niederösterreich. Aufbauend auf einer Beschreibung von Prävalenzraten und der Suchtarbeit für das Jahr 2014 werden allgemeine sowie detaillierte Empfehlungen für die weitere Entwicklung abgeleitet. Die Verteilung entsprechender Angebote/Aktivitäten im Bundesland wird anhand der fünf Versorgungsregionen (Waldviertel, Weinviertel, Mostviertel, Thermenregion, NÖ Mitte) überprüft.

7

Vormals EMEA nunmehr EMA = European Medicines Agency

1.5 Bibliographie

- Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002). Burgenländisches Suchtkonzept. Amt der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt.
- Amt der Kärntner Landesregierung (1995). Kärntner Drogenkonzept 1995. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt.
- 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. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2016). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMVIT (2016). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2011 – 2020. 2. Auflage 2016. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien

- Bundesregierung (2013). Erfolgreich. Österreich. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 – 2018. Wien.
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2015). Evaluationsbericht NÖ 2015. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- ÖBIG (2000). Bericht zur Drogensituation 2000. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft (2009). Umfeldanalyse als Grundlage für die Fortschreibung des Tiroler Drogenkonzeptes 1993. ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft GmbH. Wien.
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- SDW (2013). Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien.
- Suchtbeirat des Landes OÖ (2002). Suchtkonzept für Oberösterreich. Suchtbeirat des Landes OÖ. Linz.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

BGBl I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Neubacher, Thomas	Suchtkoordinator Vorarlberg
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.1	Zusammenfassung.....	23
2.2	Aktuelle Situation.....	25
2.2.1	Rechtliche Regelungen	25
2.2.2	Umsetzung	35
2.3	Trends.....	38
2.4	Neue Entwicklungen.....	44
2.5	Quellen und Methodik.....	48
2.6	Bibliographie	49
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	51
2.8	Anhang.....	52

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Den zentralen Rahmen für den Umgang mit Drogen in Österreich bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen⁸. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe. Unter Strafe stehen jedoch Erwerb, Besitz, Erzeugen etc. von Suchtmitteln. Über den Besitz wird indirekt auch der Konsum erfasst. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, bei deren Überschreitung strengere Strafen angedroht werden. Dabei wird zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden⁹. Während das Strafausmaß bei Vergehenstatbeständen bis zu einem Jahr Haft (oder Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu drei Jahre Haft betragen kann, sind bei Verbrechenstatbeständen bis zu fünf bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu 20 Jahre Haft möglich. Das SMG sieht auch eine breite Palette an Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung von Suchtkranken setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken.

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsvorschrift dar, in der u. a. die Verschreibung von suchtgifthaligen Arzneimitteln und die Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen geregelt werden.

Das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) bildet die Grundlage für gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen zur Minimierung der Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen. Es verfolgt einen generischen Ansatz und listet verschiedene Substanzklassen auf.

In Österreich steht etwas mehr als ein Zehntel aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, wobei die Mehrzahl dieser Verurteilungen Vergehen betrifft. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote¹⁰ nach § 35 und § 37 SMG) kommt

8

Die Klassifizierung erfolgt auf Basis internationaler Konventionen und unterscheidet zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen.

9

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 bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

10

Diversion: Die Staatsanwaltschaft kann unter bestimmten Umständen von der Verfolgung einer Straftat absehen und entsprechende Bedingungen an dieses Angebot für die beschuldigte/angeklagte Person knüpfen, wie insbesondere die Absolvierung sog. „gesundheitsbezogener Maßnahmen“. Auch andere Bedingungen (z. B. gemeinnützige Arbeit) sind möglich. Die näheren Bestimmungen finden sich im 11. Hauptstück der Strafprozessordnung (StPO, BGBl 1975/631).

der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG wesentlich häufiger zur Anwendung als die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG). Am seltensten wird der Strafvollzug aufgeschoben (§ 39 SMG).

Trends

Änderungen des Suchtmittelrechts in den Jahren seit 2000 hatten u. a. das Ziel, die Bestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Vorgaben anzupassen und eine Verbesserung des Drogenmonitorings zu erreichen. Darüber hinaus sollte der Stellenwert von Maßnahmen zur Diversion bzw. das Prinzip „Therapie statt Strafe“ gestärkt werden.

Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG sank im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr davor und damit knapp unter das Niveau des Jahres 2014. Die Zahl der Diversionsangebote in Strafverfahren ist 2016 gegenüber dem Jahr davor angestiegen; insbesondere wurden die Diversionsformen nach dem SMG wesentlich öfter angeboten als im Jahr 2015.

Neue Entwicklungen

Kern eines im Mai 2017 vom BMGF dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleiteten Maßnahmenpakets zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung ist die fertiggestellte, auf breiter Expertenebene erarbeitete und von vier ärztlichen Fachgesellschaften angenommene Behandlungsleitlinie, auf die das BMGF – statt eine eigene Leitlinie zu erlassen – künftig referenzieren wird. Im Gegenzug zu dieser Behandlungsleitlinie sollen in der Suchtgiftverordnung laut Begutachtungsentwurf jene Bestimmungen, die bislang in die ärztliche Behandlung eingreifen, entfallen, und damit automatisch auch die mit diesen Rechtsvorschriften verbundene tatbestandsmäßige Anbindung ärztlichen Handelns an das Suchtgiftstrafrecht. Weiters sollen in der Novelle, die zu Redaktionsschluss noch nicht erlassen worden ist, die Aufgaben der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Amtsärzteschaft sowie das Zusammenwirken zwischen Amstärzteschaft und behandelnden Ärzten und Ärztinnen besser als bisher definiert werden. Weitere Änderungsvorschläge in diesem Zusammenhang betreffen die Weiterbildungsverordnung orale Substitution und die Psychotropenverordnung. In einer Novelle zum SMG, die bereits in Kraft getreten ist (BGBl. I Nr. 116/2017), wurden insbesondere die Möglichkeiten der Kooperation der Apotheken und der Gesundheitsbehörden mit der substituierenden Ärzteschaft verbessert.

Das Handbuch des Gesundheitsministeriums zur Vollziehung des § 12 SMG wurde im Berichtszeitraum evaluiert. Dabei bestätigten sich die Unterschiede in der Vollzugspraxis aber auch hinsichtlich des Verständnisses von Rolle und Aufgaben einer Amtsärztin bzw. eines Amtsarztes in diesem Zusammenhang. Das Handbuch wurde in der Folge überarbeitet, ein stärkerer regionaler Austausch zur Entwicklung eines einheitlichen Verständnisses erscheint jedoch zusätzlich notwendig.

Auch Anpassungen der Neue–Psychoaktive–Substanzen–Verordnung wurden im Berichtszeitraum durchgeführt, um auf europäische Vorgaben bzw. in Österreich neu identifizierte Substanzen zu reagieren.

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG, BGBl I 1997/112). Das SMG differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte¹¹ und psychotrope Stoffe¹², Drogenausgangsstoffe¹³). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels Verordnungen werden auch Grenzmen- gen¹⁴ festgelegt, bei deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Es wird unterschieden zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift be- treffen, und Verbrechenstatbeständen, die die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Sonderbestimmungen bestehen zu Cannabis und halluzinogenen Pilzen.

Ein Charakteristikum der österreichischen Drogengesetzgebung ist der ausgewogene Ansatz aus gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen („balanced approach“, vgl. auch Kapitel 1), der sich im SMG bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit durch das breite Spektrum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörden zur Abklärung der Notwendigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen – zeigt. Der Konsum von

11

Als *Suchtgifte* sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch die *Einziges Suchtgiftkonvention* sowie das Überein- kommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz etc. unterworfen und mit Verordnungen des BMGF als Suchtgifte bezeichnet bzw. diesen gleichgestellt sind. Darüber hinaus können durch das BMGF weitere Stoffe und Zubereitungen den Suchtgiften gleichgestellt werden, wenn sie ein den Suchtgiften vergleich- bares Gefährdungspotenzial aufweisen.

12

Als *psychotrope Stoffe* sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch das Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz etc. unterworfen und mit Verordnungen des BMGF als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMGF weitere Stoffe und Zubereitungen psycho- tropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den psychotropen Stoffen vergleichbares Gefährdungspotenzial aufwei- sen.

13

Als *Drogenausgangsstoffe* sind jene Stoffe definiert, die in den Verordnungen (EG) 2004/273 und 2005/111 erfasst sind.

14

Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffes verstanden, die geeignet ist, in großem Ausmaß eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen herbeizuführen. Bei der Festlegung wird auch die Eignung von Sucht- giften berücksichtigt, Gewöhnung hervorzurufen.

Suchtmitteln steht nicht unter Strafe. Unter Strafe stehen jedoch Erwerb, Besitz, Erzeugen etc. von Suchtmitteln. Über den Besitz wird indirekt auch der Konsum erfasst. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Suchtkranke einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme¹⁵ unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei sich zu entziehen Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat auch freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, es muss sich lediglich um eine nach § 15 SMG (vgl. Kapitel 5) anerkannte Einrichtung handeln, wenn die Justiz die Kosten tragen soll. Das SMG regelt auch, dass die Kosten nach Maßgabe der Bestimmungen aus § 41 SMG vom Bund zu tragen sind, damit die Behandlung nicht an einer etwaigen Mittellosigkeit der/des Betroffenen scheitert.

Neben dem SMG stellt auch die **Suchtgiftverordnung** (SV, BGBl II 1997/374) eine wichtige rechtliche Basis dar, in der beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln geregelt und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation getroffen werden.

SMG bzw. SV enthalten u. a. auch Regelungen betreffend die Herstellung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln und den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die ärztliche Behandlung mit sowie die Verschreibung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden (§ 14 SV), wovon zugelassene Arzneyspezialitäten aus Cannabisextrakten und Dronabinol zur magistralen Verschreibung ausgenommen sind. §§ 18 bis 23 SV regeln die Suchtgiftverschreibungen (Formulare, Handhabung, Gültigkeit) einschließlich der Opioid-Substitutionsverschreibung. Das BMGF hat nach dem SMG eine Datenevidenz zu führen (Substitutionsregister, Ergebnisse gesundheitsbehördlicher Begutachtungen betreffend gesundheitsbezogene Maßnahmen im Hinblick auf Drogenmissbrauch, kriminalpolizeiliche Meldungen bei Verdacht auf Drogenmissbrauch). Diese ist in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) integriert und ermöglicht den Zugriff seitens der Gesundheitsbehörden. In Form eines Registers stehen dem Gesundheitsministerium pseudonymisierte Daten für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse zur Verfügung.

Die Rahmenbedingungen für die Opioid-Substitutionstherapie werden seit 2006 in der Suchtgiftverordnung und in der *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (BGBl II 2006/449) definiert (vgl. auch Kapitel 5). Letztere regelt Ausmaß und Organisation jener Weiterbildung, die zur Opioid-Substitutionsbehandlung qualifiziert (§§ 2-4). Die zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte sind von den Gesundheitsbehörden in einem zentralen Online-Register zu erfassen (§ 5).

15

Zur Auswahl stehen laut § 11 Abs. 2 SMG ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes, ärztliche Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, klinisch-psychologische Beratung und Betreuung, Psychotherapie sowie psychosoziale Beratung und Betreuung.

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen sowie zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von) Handel bzw. danach, ob eine gehandelte Menge unter oder über einer definierten Grenzmenge liegt (vgl. Tabelle 2.1). Straftatbestände und –androhungen wurden zuletzt mit der SMG-Novelle 2007 an den EU-Rahmenbeschluss angepasst (vgl. GÖG/ÖBIG 2008). Nur im Fall von Suchtgift-handel (§ 28a SMG) wird bezüglich des Strafausmaßes zwischen erstmaliger und wiederholter Straftat unterschieden. Die in der Tabelle (vgl. Tabelle 2.1) genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der persönlichen Situation – festzusetzen.

Neben dem SMG stellen seit 2012 auch das **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz** (NPSG, BGBl I 2011/146) und die darauf basierende **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV, BGBl II 2011/468) wichtige gesetzliche Grundlagen dar. Durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen sollen die Verbreitung von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) und die mit ihrem Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. Im Unterschied zum SMG verfolgen NPSG bzw. NPSV eher einen generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen¹⁶. Strafbar macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft mit dem Vorsatz, dass sie von der/dem Anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewendet werde. Das Straf-ausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs. 1), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge dieser Straftat drohen ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs. 2 NPSG).

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“¹⁷ – gesetzlich vorgesehen (vgl. Abschnitt 2.2.1). Nachdem dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene **Alternativen zur Bestrafung**.

Ein wichtiges Element ist die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche Meldung des Verdachts auf Verstoß gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs. 2b und 14 Abs. 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs. 12 Straßenverkehrsordnung, StVO, BGBl 1960/195). Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren von Bedeutung, in dem ein festgestellter gesundheitsbezogener Handlungsbedarf zur Bedingung für

16

Als *Neue psychoaktive Substanz* werden vom BMGF jene Substanzen bezeichnet, von denen angenommen werden kann, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit von Konsumierenden besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann.

17

Unter dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ versteht man kriminalpolitische, gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen, die den Suchtmittelmissbrauch hintanzuhalten trachten. Neben Maßnahmen der Diversion fällt darunter eine besondere Art des Strafaufschubes, die bei Verurteilungen wegen Straftaten nach dem SMG oder damit zusammenhängenden Beschaffungsdelikten eingeräumt werden kann (Rast 2013).

diversionelle¹⁸ Maßnahmen gemacht wird. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs. 3 Strafprozessordnung, StPO, BGBl 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, sondern ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs. 2 SMG), die Staatsanwaltschaft nur mehr davon zu verständigen, dass der Fall an die Gesundheitsbehörde abgetreten wurde (Abtretungsbericht). Es findet kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr statt. Diese Erweiterung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafender Intervention, hat allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts geändert. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden. Jedoch wird eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden und bei den Staatsanwaltschaften eine Ressourcenkonzentration auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte ermöglicht (vgl. Abschnitt 2.4). Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar und nicht offenbar absichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs. 1 SMG).

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen die Mittel *vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) und *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) zur Verfügung und dienen als Alternative zu einer Verurteilung (vgl. Tabelle 2.2).

18

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

Tabelle 2.1:
Straftatbestände und Strafansrohungen laut SMG

Tathandlungen ¹⁹	Strafmaß	Erhöhtes Strafmaß	Reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	Max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	Bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe, wer einem/einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der/die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht.	Bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen). Das erhöhte Strafmaß entfällt, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern von Suchtgiften, Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze zur Gewinnung von Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass es in Verkehr gesetzt werde	Bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe	Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung.	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahren reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen von Suchtgiften in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe	1–10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1–15 Jahre Freiheitsstrafe, für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-fache der Grenzmenge und mehr), 10–20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen.	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahren, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahren reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Psychotrope Stoffe § 30 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten	Bis zu einem Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		Bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)	Ausgenommen von der Bestrafung ist, wer die Tathandlungen mit Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe in einer die Grenzmenge nicht übersteigenden Menge enthalten, für den persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begeht, ohne einen Vorteil daraus zu ziehen.

Fortsetzung nächste Seite

¹⁹

Voraussetzung: Mit der Tathandlung wird vorsätzlich gegen bestehende Vorschriften verstoßen (wer z. B. eine gesetzliche/behördliche Bewilligung zum Suchtgiftbesitz hat, verwirklicht mit dem Besitz keinen Straftatbestand).

Fortsetzung Tabelle 2.1

<p>§ 31 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern eines psychotropen Stoffes in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass er in Verkehr gesetzt werde</p>	<p>Bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe</p>	<p>Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung.</p>	<p>Das Strafausmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafausmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahren reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.</p>	
<p>§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge</p>	<p>Bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe</p>	<p>Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung.</p>	<p>Das Strafausmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafausmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahren reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.</p>	
<p>Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (Unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde</p>	<p>Bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe</p>	<p>Bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werde</p> <p>Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde.</p>		

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) in der aktuellen Fassung; Darstellung: GÖG

Tabelle 2.2:
Alternativen zur Bestrafung laut SMG

Paragraph	Kurztitel	Relevante Textstelle	Ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 12 SMG	Gesundheitsbezogene Maßnahmen	<p>(1) Ist aufgrund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass eine Person Suchtgift missbraucht, so hat sie die Gesundheitsbehörde der Begutachtung durch einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinlänglich vertrauten Arzt zuzuführen.</p> <p>(2) Ergibt die Begutachtung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 SMG notwendig ist, so hat die Gesundheitsbehörde darauf hinzuwirken, dass sich die Person einer solchen unterzieht.</p> <p>(3) Die Gesundheitsbehörde kann von dieser Person eine Bestätigung über Beginn und Verlauf der Maßnahme verlangen.</p>	Gesundheitsbehörde	Vor Anzeige
§ 13 SMG		<p>(1) Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpyschologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs. 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpyschologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen.</p> <p>(2) Ergibt</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Stellungsuntersuchung bei Wehrpflichtigen oder 2. eine allfällige ärztliche Untersuchung von Frauen bei der Annahme einer freiwilligen Meldung zum Ausbildungsdienst oder 3. eine militärärztliche Untersuchung bei Soldaten, die Präsenz- oder Ausbildungsdienst leisten, <p>Grund zur Annahme eines Suchtgiftmissbrauchs, hat die Stellungskommission oder das Heerespersonalamt oder der Kommandant der militärischen Dienststelle, bei der der Soldat Wehrdienst leistet, anstelle einer Strafanzeige diesen Umstand der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitzuteilen.</p> <p>(2a) Wird einer Behörde oder öffentlichen Dienststelle der Anfangsverdacht bekannt, dass eine Person eine Straftat nach §§ 27 Abs. 1 und 2 ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen habe, ohne daraus einen Vorteil zu ziehen, so ist an Stelle einer Strafanzeige dieser Umstand der Gesundheitsbehörde mitzuteilen.</p> <p>(2b) Ergeben Ermittlungen der Kriminalpolizei ausschließlich den oben beschriebenen Verdacht, so hat sie diesen auf dem in § 24 a Abs. 1 vorgegebenen Weg der Gesundheitsbehörde mitzuteilen sowie der Staatsanwaltschaft darüber zu berichten.</p> <p>(3) Die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde hat in den vorstehend bezeichneten Fällen nach § 12 vorzugehen, sofern es sich nicht bloß um einen in § 35 Abs. 4 genannten Fall handelt.</p>	Schule, Heeresdienststelle, Behörde oder öffentliche Dienststelle	Anstelle einer Befassung der Justizbehörden

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 2.2

<p>§ 35 SMG</p>	<p>Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung</p>	<p>(1) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach §§ 27 Abs. 1 oder 2 oder 30, die ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist, ohne dass der/die Beschuldigte daraus einen Vorteil gezogen hat, unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten.</p> <p>(2) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen auch von der Verfolgung einer anderen Straftat nach den § 27 oder §§ 30 bis 31a, einer Straftat nach den § 28 oder § 28a, sofern der Beschuldigte an Suchtmittel gewöhnt ist, oder einer im Zusammenhang mit der Beschaffung von Suchtmitteln begangenen Straftat unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Straftat nicht in die Zuständigkeit des Schöffens- oder Geschworenengerichts fällt, 2. die Schuld des Beschuldigten nicht als schwer anzusehen wäre und 3. der Rücktritt nicht weniger als eine Verurteilung geeignet erscheint, den Beschuldigten von solchen Straftaten abzuhalten. <p>Ebenso ist vorzugehen, wenn der Beschuldigte wegen einer während der Probezeit nach Abs. 1 begangenen weiteren Straftat im Sinne des Abs. 1 verfolgt wird.</p> <p>(9) Im Fall eines Abtretungsberichts (§ 13 Abs. 2b) hat die Staatsanwaltschaft, sofern sie nicht noch eine weitere Klärung des Sachverhalts für erforderlich hält, von der Verfolgung unmittelbar vorläufig zurückzutreten. Dies ist dem Beschuldigten unter Hinweis auf die Fortsetzungsgründe (§ 38 Abs. 1a) mitzuteilen.</p>	<p>Staatsanwaltschaft</p>	<p>Vor Strafantrag/Anklage</p>
<p>§ 37 SMG</p>	<p>Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens</p>	<p>Nach Einbringen der Anklage hat das Gericht den § 35 sinngemäß anzuwenden und das Verfahren unter den für die Staatsanwaltschaft geltenden Voraussetzungen bis zum Schluss der Hauptverhandlung mit Beschluss einzustellen.</p>	<p>Gericht</p>	<p>Nach Strafantrag/Anklage</p>
<p>§ 38 SMG</p>	<p>Endgültiger Rücktritt bzw. Einstellung</p>	<p>Sofern das Strafverfahren nicht nachträglich fortzusetzen ist, hat die Staatsanwaltschaft nach Ablauf der Probezeit und Erfüllung allfälliger Pflichten von der Verfolgung endgültig zurückzutreten. Das Gericht hat das Strafverfahren mit Beschluss endgültig einzustellen.</p>	<p>Staatsanwaltschaft, Gericht</p>	
<p>§ 39 SMG</p>	<p>Aufschub des Strafvollzugs</p>	<p>(1) Der Vollzug einer nach diesem Bundesgesetz außer nach § 28a Abs. 2, 4 oder 5 oder einer wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, verhängten Geldstrafe oder 3 Jahre nicht übersteigenden Freiheitsstrafe ist nach Anhörung der Staatsanwaltschaft – auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug (§ 3 Abs. 4 Strafvollzugsgesetz – StVG) – für die Dauer von höchstens 2 Jahren aufzuschieben, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. der Verurteilte an Suchtmittel gewöhnt ist und sich bereit erklärt, sich einer notwendigen und zweckmäßigen, ihm nach den Umständen möglichen und zumutbaren und nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme, gegebenenfalls einschließlich einer bis zu sechs Monate dauernden stationären Aufnahme, zu unterziehen, und 2. im Fall der Verurteilung zu einer 18 Monate übersteigenden Freiheitsstrafe wegen einer Straftat, die mit der Beschaffung von Suchtmitteln in Zusammenhang steht, der Vollzug der Freiheitsstrafe nicht im Hinblick auf die Gefährlichkeit des Täters geboten erscheint, insbesondere weil die Verurteilung wegen Straftaten erfolgt ist, die unter Anwendung erheblicher Gewalt gegen Personen begangen worden sind. <p>(3) Das Gericht kann den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen</p> <p>(4) Der Aufschub ist zu widerrufen und die Strafe zu vollziehen, wenn der Verurteilte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, zu der er sich gemäß Abs. 1 Z 1 bereit erklärt hat, nicht unterzieht oder es unterlässt, sich ihr weiterhin zu unterziehen, oder 2. wegen einer Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat neuerlich verurteilt wird und der Vollzug der Freiheitsstrafe geboten erscheint, um den Verurteilten von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten 	<p>Gericht</p>	<p>Nach Verurteilung</p>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 2.2

<p>§ 40 SMG</p>	<p>Nachträglich bedingte Strafnachsicht</p>	<p>(1) Ist der Aufschub nicht zu widerrufen (§ 39 Abs. 4), oder hat sich ein an ein Suchtmittel gewöhnter Verurteilter sonst mit Erfolg einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen, so hat das Gericht die Strafe unter Bestimmung einer Probezeit von mindestens einem und höchstens drei Jahren bedingt nachzusehen.</p> <p>(3) Bei einer Entscheidung über den Widerruf der bedingten Strafnachsicht (§ 53 StGB) kann das Gericht vom Widerruf ganz oder zum Teil absehen, wenn sich der Verurteilte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen hat, die ihn in seiner selbstbestimmten Lebensführung erheblich beschränkt hat.</p>	<p>Gericht</p>	<p>Nach Verurteilung</p>
<p>§ 41 SMG</p>	<p>Kostentragung</p>	<p>(1) Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 SMG ... sowie die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung ... eines Rechtsbrechers, dem aus Anlass einer mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu übernehmen, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dieser sich der Maßnahme in einer Einrichtung oder Vereinigung gemäß § 15 unterzieht, 2. nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen auf Grund von Gesetzen der Länder oder aus einer gesetzlichen Sozialversicherung hat und 3. durch die Verpflichtung zur Zahlung der Kosten sein Fortkommen erschwert würde. <p>(2) Der Bund trägt die Kosten jedoch nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkäme, wenn der Rechtsbrecher in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre. Anstelle des Behandlungsbeitrags ... ist ein Pauschalkostenbeitrag aufzuerlegen, soweit dadurch nicht der zu einer einfachen Lebensführung notwendige Unterhalt des Rechtsbrechers und der Personen, zu deren Unterhalt er verpflichtet ist, gefährdet wäre. Für die Bemessung des Kostenbeitrags gilt dass die Art. der Maßnahme, deren Notwendigkeit, ihre Dauer und Erfolg sowie im Fall des § 39 auch ein dem Verurteilten auferlegter Kostenersatz angemessen zu berücksichtigen sind.</p> <p>(3) Die vom Bund zu übernehmenden Kosten hat das Gericht, das im Fall des § 35 im Ermittlungsverfahren zuständig wäre, das Strafverfahren nach § 37 vorläufig eingestellt, die Weisung im Sinne des Abs. 1 oder nach § 173 Abs. 5 Z 9 StPO erteilt oder den Strafvollzug nach § 39 aufgeschoben hat, mit Beschluss zu bestimmen und anzuweisen.</p>	<p>Gericht</p>	<p>Nach Verurteilung</p>

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) in der aktuellen Fassung; Darstellung: GÖG

Bei schweren Delikten stellt der Aufschieb des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt und bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, so hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte zu verwandeln. Die verschiedenen Möglichkeiten sind in Tabelle 2.2 aufgelistet, eine ausführliche Beschreibung ist in ÖBIG (2004) zu finden. Ergänzend wird auf die Paragraphen 38 und 40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

Nach wie vor liegt die Entscheidung bezüglich der Anwendung einer Alternative zur Bestrafung bei den Staatsanwaltschaften (vor Anklage-Erhebung) bzw. den Gerichten (nach Anklage-Erhebung). Als Grundlage ist eine Stellungnahme der Bezirksgesundheitsbehörden über die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme und deren Art einzuholen. Der Großteil dieser verfügbaren Alternativen zur Bestrafung ist über „Ist“-Bestimmungen geregelt, es handelt sich daher um einen Rechtsanspruch der straffälligen Personen. Nur ein kleiner Teil ist über „Kann“-Bestimmungen geregelt und liegt daher im Ermessensspielraum der Justizbehörden.

Mit den verschiedenen zur Verfügung stehenden Varianten soll das Prinzip „Therapie statt Strafe“ für jene Personen, die wegen eines Drogendelikt im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder Drogensucht verdächtig sind oder bereits angezeigt wurden, in allen Phasen eines (potenziellen) Verfahrens konsequent umgesetzt werden.

Zusätzlich zu den oben genannten Möglichkeiten können auch allgemeine strafgesetzliche Regelungen zur Diversion im Zusammenhang mit straffälligen Drogenkonsumierenden zur Anwendung kommen. Diese sind v. a. in der Strafprozessordnung (BGBl 1975/631), dem Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60, StGB) und dem Jugendgerichtsgesetz (BGBl 1988/599, vgl. auch Kapitel 8) geregelt, haben jedoch im Vergleich zu den im SMG vorgesehenen Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsumierenden eine untergeordnete Bedeutung. So ist beispielsweise in der Strafprozessordnung ein gelinderes Mittel als Alternative zu einer Untersuchungshaft vorgesehen, wenn sich der/die Beschuldigte damit einverstanden erklärt, sich einer Entwöhnungsbehandlung oder einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 11 Abs. 2 SMG zu unterziehen.

Hinsichtlich des Vollzugs einer unbedingten Freiheitsstrafe ist das Strafvollzugsgesetz (BGBl 1969/144, StVG) relevant, da bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 68a StVG ein drogenabhängiger Insasse einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen werden muss. Wird die Strafe bedingt nachgesehen oder jemand aus einer Freiheitsstrafe bedingt entlassen, so hat das Gericht nach § 50 StGB Weisungen zu erteilen, um die betroffene Person von weiteren mit Strafe bedrohten Handlungen abzuhalten. Eine solche Weisung kann nach § 51 StGB auch sein, sich einer Behandlung zu unterziehen, wenn die Voraussetzungen und die eigene Zustimmung vorliegen.

Relevante Regelungen außerhalb des SMG sind z. B. zum Thema **Drogen im Straßenverkehr** in der Straßenverkehrsordnung (BGBl 1960/159, StVO), dem Führerscheingesetz (BGBl I 1997/120) und der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (BGBl II 1997/322) zu finden, sie wurden in ÖBIG

2006 ausführlich erläutert. § 5 StVO regelt die Vorgangsweise zur Feststellung bzw. bei Vorliegen einer Beeinträchtigung durch Alkohol bzw. Suchtgift. Während im Fall von Suchtgiften absolutes Fahrverbot gilt, wurden für Alkohol Grenzwerte festgelegt. Hier soll lediglich erwähnt werden, dass in jenen Fällen, in denen nach der Feststellung einer Beeinträchtigung auch Suchtgiftspuren im Speichel oder Blut identifiziert wurden, anstatt einer Strafanzeige eine Meldung an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde erfolgt. Neben einer Verwaltungsstrafe droht eine vorläufige Abnahme des Führerscheins, aber auch begleitende Maßnahmen (z. B. die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung) sind möglich.

2.2.2 Umsetzung

Hinsichtlich der Umsetzung der Drogengesetzgebung stehen Daten zu **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** zur Verfügung. Für das Jahr 2016 bestand – wie bereits in den Jahren davor – mit 2.479 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen im Zusammenhang mit Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen nach Verbrechen (§§ 28, 28a SMG) mit 1.504 Fällen (strafsatzbestimmende Delikte). Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2016 13,1 Prozent (vgl. auch Tabelle A2. 1).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte²⁰ zur Verfügung. Im Jahr 2016 war bei 3.993 Verurteilungen durch österreichische Gerichte ein SMG-Paragraf strafsatzbestimmend²¹; insgesamt gab es 7.351 SMG-Delikte, nach denen verurteilt wurde (vgl. Tabelle 2.3). Eine Analyse von Statistik Austria zeigt, dass viel öfter Delikte nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in die Verurteilungen eingingen als strafsatzbestimmend waren, und dass ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG wegen mehrerer SMG-Delikte stattfand. Das gilt insbesondere für die 5.095 Delikte nach § 27 SMG, davon 4.740 Delikte von Männern.

20

Seit 2012 können alle Delikte der rechtskräftig verurteilten Personen eines Berichtsjahrs in der Statistik dargestellt werden.

21

In Österreich werden bei der Ermittlung des Strafsatzes nicht die Strafdrohungen einzelner Delikte summiert, sondern es wird – basierend auf der Schwere der Delikte – das führende/strafsatzbestimmende Delikt ermittelt, das dann auch für die Höhe des Strafausmaßes ausschlaggebend ist. Seit 2012 wird die Strafsatzbestimmung **vom Gericht** übermittelt. Davor wurde lediglich das „führende Delikt“ **von STATISTIK AUSTRIA** ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafrahmen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung; vgl. Tabelle A2. 2). Dadurch kann im Jahr 2012 ein Zeitreihenbruch auftreten, wodurch die Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 eingeschränkt ist.

Tabelle 2.3:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Geschlecht und Altersgruppe, 2016*

Delikt		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	1.051	1.956	1.385	953	1.464	6.809
	weiblich	53	143	145	84	117	542
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	159	484	414	334	649	2.040
	weiblich	8	43	54	27	47	179
§ 27 SMG	männlich	889	1.470	967	608	806	4.740
	weiblich	45	100	87	57	66	355

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

* Bis einschließlich 2011 wurde von der STATISTIK AUSTRIA lediglich das führende Delikt ausgewiesen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2016 insgesamt 33 Delikte, bei zehn Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend (vgl. Tabelle 2.4; STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik).

Tabelle 2.4:

Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011–2016*

Verurteilungscharakteristik	Anzahl der Verurteilungen					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	117	47	30	21	5	10
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	-	195	116	85	63	33

* Bis einschließlich 2011 wurde von der STATISTIK AUSTRIA lediglich das führende Delikt ausgewiesen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2016 erhielten rund 75 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen etwa 42 Prozent betrug. Der Anteil jener Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden (bedingt, teilbedingt oder unbedingt), lag bei rund 71 Prozent aller verurteilten Jugendlichen; eine bedingte Freiheitsstrafe erhielten etwa 49 Prozent der verurteilten Jugendlichen (vgl. Tabelle A2. 3).

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik in Österreich finden sich auch im Bericht zur Drogensituation 2008 (GÖG/ÖBIG 2008).

Eines der Ziele von „Therapie statt Strafe“ ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Für die Staatsanwaltschaft besteht unter gewissen Voraussetzungen die Verpflichtung, vorläufig von der Verfolgung zurückzutreten, weil die betroffene Person einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf **und** sich bereit erklärt, diese zu absolvieren. Der endgültige Rücktritt

von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit, falls der/die Betroffene währenddessen nicht mehr einschlägig straffällig wurde, sich den allfälligen gesundheitsbezogenen Maßnahmen nicht beharrlich entzog und die Fortsetzung des Strafverfahrens nicht spezialpräventiv geboten ist (Rast 2013).

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der rechtlichen Möglichkeiten liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Die für das Jahr 2016 in diesem Zusammenhang vorliegenden Zahlen betreffen den Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG: 561 Fälle), die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG: 1.857 Fälle) und den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG: 23.809 Fälle; BMJ 2017, vgl. Tabelle A2. 4). Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen im Jahr 2016 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können der Tabelle A2. 2 entnommen werden.

Der Großteil der Diversionenfälle (93 %) wurde von den Staatsanwaltschaften angeboten, wobei hier die Diversion nach § 35 SMG bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen (jeweils rund 56 % bzw. 51 % bzw. 31 % aller diversionellen Erledigungen) die größte Rolle spielte. Ihr Anteil stieg 2016 gegenüber dem Jahr 2015 weiter an. Bei Erwachsenen kamen diversionelle Erledigungen mittels Probezeit ohne Pflichten (rd. 29 %) und Geldbuße (rd. 24 %) ähnlich häufig zustande. Insgesamt wurden 81 Prozent aller Diversionsverfahren erfolgreich mit einem endgültigen Rücktritt von der Verfolgung beendet. Im Bereich des Suchtmittelgesetzes (§ 35 und § 37 SMG) betrug dieser Wert 77,5 Prozent (Frauen: 80,4 %, Männer: 76,9 %, Jugendliche: 78,4 %, junge Erwachsene: 77,5 %) (BMJ 2017).

Die nachfolgende Tabelle 2.5 zeigt die Anzahl der **Verurteilungen nach NPSG** (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, BGBl I 2011/146) seit seiner Einführung. Im Jahr 2016 lag das NPSG 43 Delikten zugrunde, davon war es in 13 Fällen strafsatzbestimmend („führendes Delikt“).

Tabelle 2.5:

Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012–2016

Jahr	Sämtliche Delikte			davon Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm		
	gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
2012	46	41	5	26	22	4
2013	66	59	7	37	32	5
2014	48	43	5	24	20	4
2015	34	33	1	20	19	1
2016	43	37	6	13	10	3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

2.3 Trends

Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (z. B. Klassifizierung von 4-Methylmethcathinon als Suchtgift im Jahr 2010 oder von Oripavin und Benzylpiperazin (BZP) im Jahr 2009) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Übereinkommen anzupassen. Dies schlug sich zuletzt in der SMG-Novelle im Jahr 2007 nieder (BGBl I 2007/110), in der z. B. definiert wurde, dass eine „große Menge“ dann vorliegt, wenn sie das 15-Fache der Grenzmenge übersteigt. Die Strafdrohung in § 27 SMG wurde damals von 6 auf 12 Monate Freiheitsstrafe angehoben, eigene Paragraphen für die „Vorbereitung von Suchtgifthandel“ und „Suchtgifthandel“ wurden eingeführt. Eine ausführlichere Beschreibung der SMG-Novelle 2007 findet sich in GÖG/ÖBIG (2008), darin wird auch auf die gleichzeitig forcierte Stärkung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ eingegangen. Die Stärkung wurde durch eine Änderung von fakultativen in zwingende Regelungen erreicht.

Das Budgetbegleitgesetz 2011 (BGBl I 2010/111) hatte eine Reduktion der Ausgaben für stationäre Behandlung zum Ziel. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit für eine eigene ärztliche Einrichtung der Justiz zur Beurteilung der Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme geschaffen. Ein weiteres Ziel war, den Strafaufschub bei Verurteilungen wegen schwerster Fälle von Suchtgifthandel auszuschließen. Durch das NPSG wurde eine eigene Regelung für *Neue Psychoaktive Substanzen* geschaffen, die v. a. angebotsseitig wirken soll. Zuletzt wurde mit dem Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014 (BGBl I 2014/71) in § 34 SMG eine vereinfachte Vorgehensweise für das Einziehen und Vernichten von Suchtgift (v. a. von Cannabispflanzen) vorgesehen.

Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG (vgl. Abschnitt 2.4) zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab. Die vom BMGF zuvor auch für den Bereich der Suchtmittelstrafverfahren zu führende Suchtmittel-Datenevidenz wurde im Zuge der *Verfahrensautomation Justiz* obsolet. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

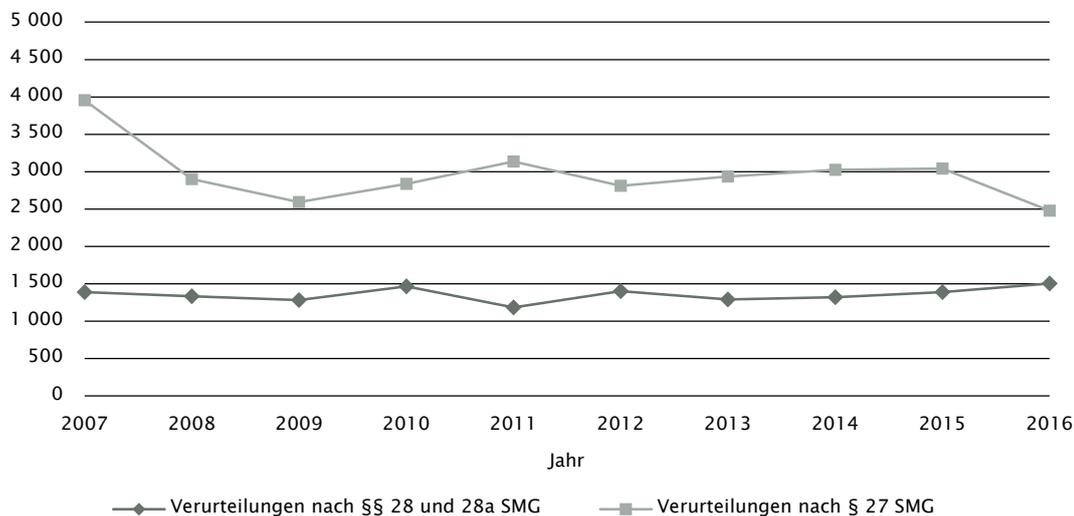
Nachfolgende Abbildung 2.1 aus der gerichtlichen Kriminalstatistik zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Von 2006 bis 2009 sind die Zahlen der Verurteilungen nach § 27 SMG zurückgegangen, danach gab es einen im Wesentlichen konstanten Verlauf. Im Jahr 2016 sank die Zahl der Verurteilungen deutlich. Die Verurteilungen nach § 28 / § 28a SMG verlaufen über den gesamten Beobachtungszeitraum relativ konstant. Die Daten aus 2012 bis 2016 sind aufgrund des in Abschnitt 2.2.2 erwähnten Zeitreihenbruchs²² möglicherweise nur eingeschränkt mit den Daten aus den Jahren davor vergleichbar (vgl. auch Tabelle A2. 1).

22

Seit 2012 wird die übermittelte Strafsatzbestimmung vom Gericht ausgewiesen und alle Delikte der rechtskräftig verurteilten Personen eines Berichtsjahrs können in der Statistik dargestellt werden. Davor wurde bei einer Verurteilung das „führende Delikt“ von STATISTIK AUSTRIA ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem – im Fall

Abbildung 2.1:

Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, 2007–2016*



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: Hier wird nur das „führende Delikt“ (das dem Strafraumen nach schwerste Delikt) dargestellt. Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

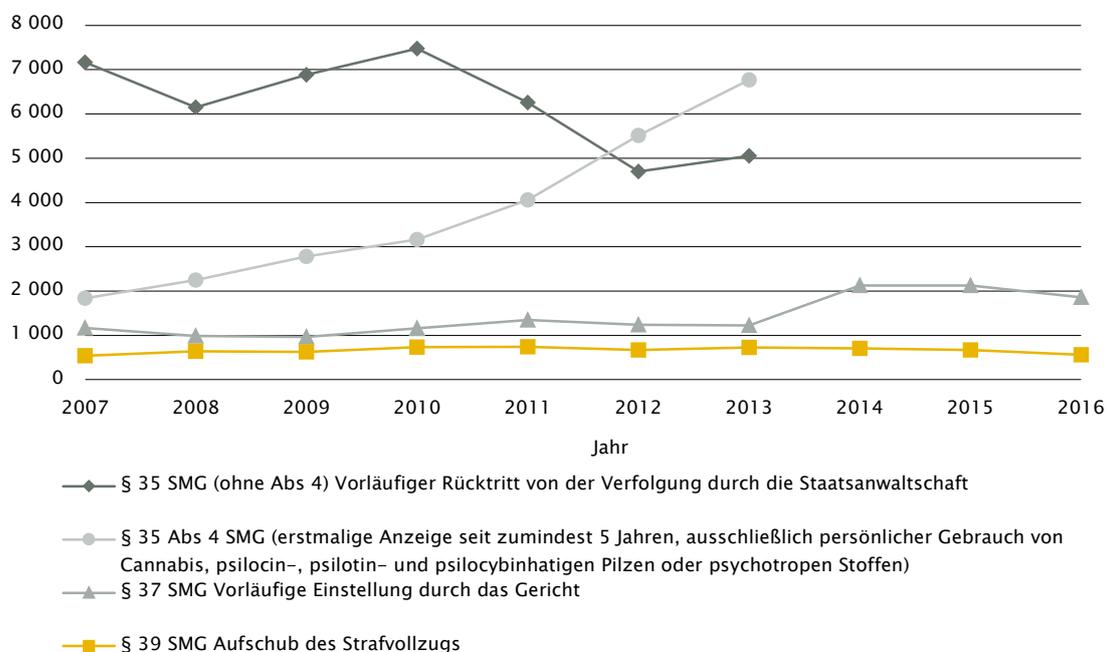
* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von STATISTIK AUSTRIA, sondern vom Gericht durchgeführt.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2. 4 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** – d. h. des vorläufigen Rücktritts von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschubs des Strafvollzugs (§ 39 SMG) – dargestellt. Die Zahlen zu § 37 SMG und § 39 SMG verliefen über die letzten zehn Jahre im Wesentlichen konstant – bis auf den Anstieg der vorläufigen Einstellungen durch das Gericht im Jahr 2014, der sich im Jahr 2015 auf demselben Niveau fortsetzte. Im Jahr 2016 zeigen sich leichte Rückgänge bei den Anwendungen von §§ 37 und 39 SMG. Die vorläufigen Rücktritte von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 Abs. 4 stiegen seit 2007 erheblich an.

mehrerer strafbarer Handlungen – höchsten angedrohten Strafraumen). Dadurch kann im Jahr 2012 ein Zeitreihenbruch auftreten, wodurch mit Daten aus den Jahren vor 2012 nur eingeschränkt verglichen werden kann.

Abbildung 2.2:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung,
2007–2016



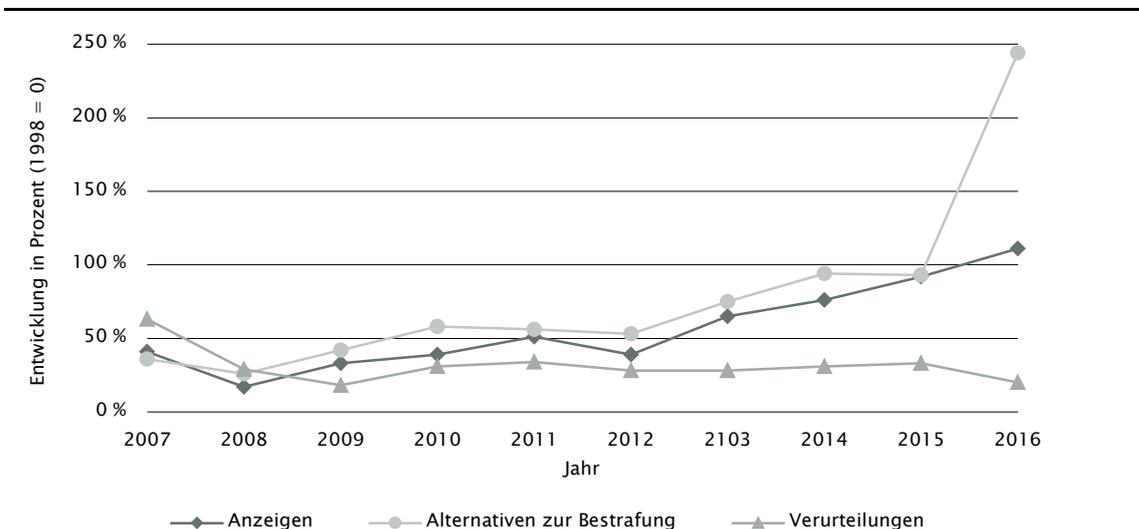
Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
 Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft
 Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.
 Ab 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergeben kann; Zahlen zu § 35 Abs. 4 SMG sind nicht verfügbar, da in der Datenbank des BMJ das Erfassen bzw. Auswerten einzelner Absätze nicht möglich ist.

Quellen: BMG, BMJ, ab 2014: nur BMJ; Darstellung: GÖG

Interessant ist die Entwicklung der Anzeigen und Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der mit hundert Prozent für den Wert des Jahres 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abbildung 2.3, dass sich in den Jahren 2008 bis 2015 Anzeigen und gemeldete Anwendungen der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig ähnlich entwickelten, während dies für Verurteilungen nur zwischen 2009 und 2012 zutraf. Während sich im Berichtsjahr 2016 die Zahl der Anzeigen gegenüber 2015 indexbezogen um 19 Prozent erhöhte, zeigt sich ein starker Anstieg bei den Alternativen zur Bestrafung. Dieser steht vermutlich mit den Änderungen des SMG durch das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 in Zusammenhang (BMJ 2017). Die Verurteilungen blieben bis 2015 im Wesentlichen auf dem Niveau des Jahres 2010, im Jahr 2016 kam es zu einem deutlichen Rückgang.

Abbildung 2.3:

Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2007–2016*



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

Bei den Verurteilungen wird nur das „führende Delikt“, das dem Strafrahmen nach schwerste Delikt, dargestellt. So wird z. B. bei einer Kombination mehrerer strafbarer Handlungen wegen Raubes verurteilt, während die Verurteilung nach SMG nicht aufscheint.

* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von STATISTIK AUSTRIA, sondern vom Gericht durchgeführt.

Ab 2014 kommen die Daten betreffend die Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergeben kann.

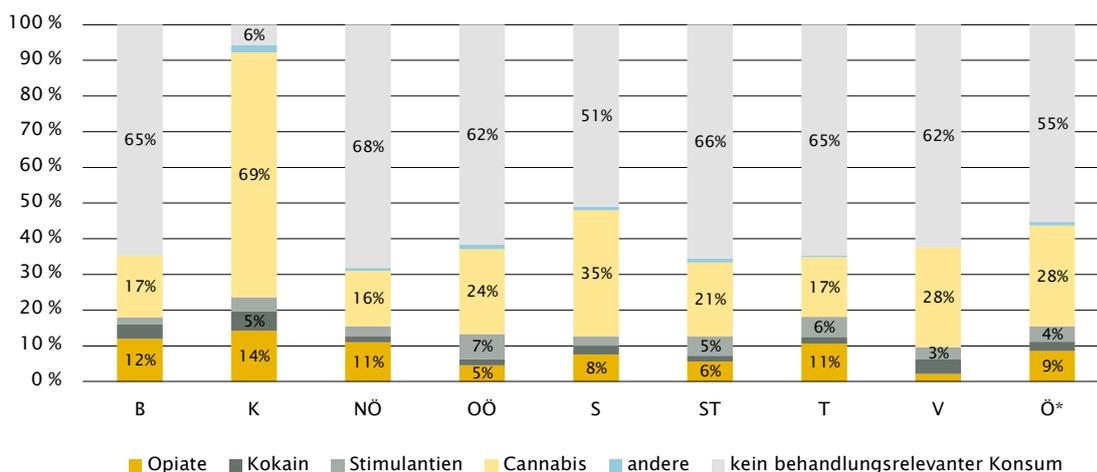
Quellen: BMI/.BK, STATISTIK AUSTRIA, BMG, BMJ; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für gesundheitsbezogene Maßnahmen, insbesondere im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ (vgl. auch Kapitel 1), sind im Jahr 2016 nur geringfügig gesunken und bewegten sich somit nach wie vor in etwa auf dem Niveau des Jahres 2012 (BMJ 2017). Wie bereits in GÖG/ÖBIG (2012) berichtet, wurde im Jahr 2011 erstmals eine Zeitbeschränkung für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ und eine generelle Einschränkung des Zugangs zu „Therapie statt Strafe“ für Wiederholungstäter/innen eingeführt. Nach Aussagen von Expertinnen und Experten zeigte sich in der Folge aber auch, dass Personen, für die nach Auffassung von Gutachterinnen/Gutachtern eine sechsmonatige Therapie nicht ausreichte, gleich eine Haftstrafe antreten mussten, wobei diese Auslegung nicht den Intentionen des Gesetzgebers entspricht. Vielmehr kam vor, dass sich – bei Therapie- bzw. Finanzierungsbedarf über den engen Rahmen der Justiz hinaus – die Länder bedarfsbezogen bereit erklärten, für längere stationäre Aufenthalte aufzukommen (SHH 2014).

Hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist auch die **vorrangige Meldung an die Gesundheitsbehörde** und die damit zusammenhängende Anwendung der in § 11 SMG genannten gesundheitsbezogenen Maßnahmen interessant. Abbildung 2.4 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2016 eine gesundheitsbezogene Maßnahme als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nicht behandlungsrelevant eingestuft wurde. Im Vergleich zu den

Vorjahren scheint die Beurteilung, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig sei, in- zwischen österreichweit etwas einheitlicher zu erfolgen (vgl. auch Abschnitt 2.4). Eine Ausnahme stellt nach wie vor Kärnten dar, wo anscheinend praktisch jeder Konsum als behandlungsrelevant interpretiert wird.

Abbildung 2.4:
Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum), 2016



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien

Anmerkung: Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

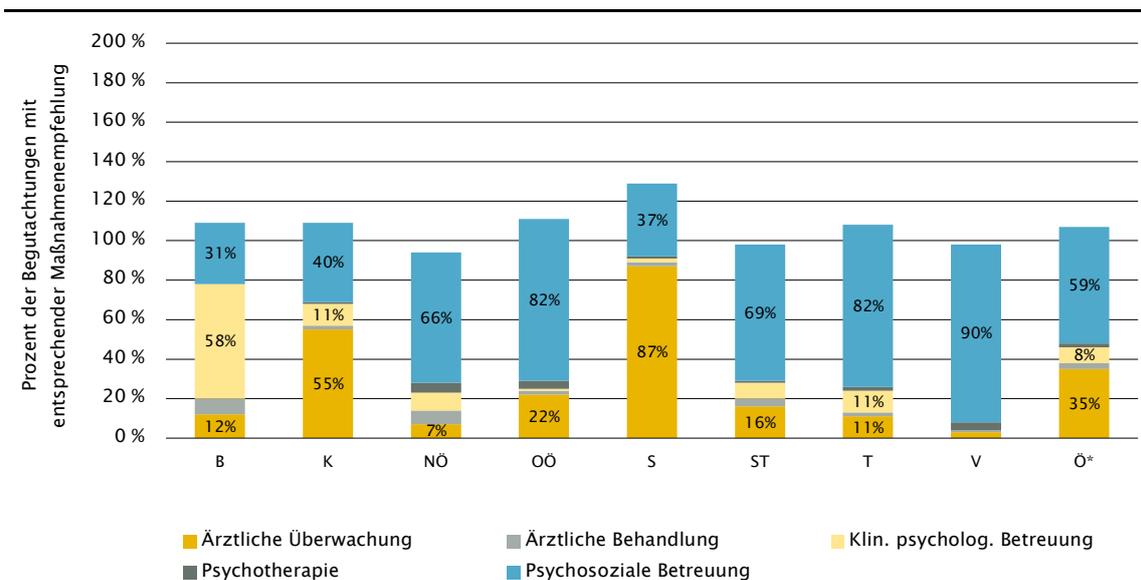
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2016 in insgesamt 5.465 Fällen bzw. bei 5.222 Personen durchgeführt, dies bedeutet eine Reduktion der Begutachtungen um 27 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Derzeit kann nur vermutet werden, dass dieser Rückgang auf eine Missinterpretation der im Jahr 2016 veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen (vgl. Weigl et al. 2016) zurückzuführen ist. Das überarbeitete §12-Handbuch (vgl. Abschnitt 2.4) sollte auch diesbezüglich mehr Klarheit schaffen. Mehr als die Hälfte der Begutachtungen wurde aufgrund einer Meldung der Polizei durchgeführt (61 % SMG, 2 % StVO), 26 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es über Heeresdienststellen (5 %) oder Sonstige (6 %) (Anzenberger et al. 2017).

Aus Abbildung 2.5 ist ersichtlich, auf welche Art gesundheitsbezogener Maßnahmen bei ausschließlichem Konsum von Cannabis im Jahr 2016 hingewirkt wurde, wobei pro Fall auch mehrere gesundheitsbezogene Maßnahmen empfohlen werden können. Abbildung 2.6 zeigt die Art gesundheitsbezogener Maßnahmen für jene Fälle, in denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden (oft auch zusätzlich anderer Drogen) festgestellt wurde. Es zeigt sich, dass je nach Leit-

droge unterschiedliche Maßnahmen als adäquat angesehen werden. Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer Substitutionsbehandlung) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine nach wie vor doch recht unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG und möglicherweise auch der Dokumentation. Sie dürften aber auch mit Unterschieden hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen zusammenhängen (vgl. auch Abschnitt 2.4).

Abbildung 2.5:
Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis, nach Bundesland, 2016

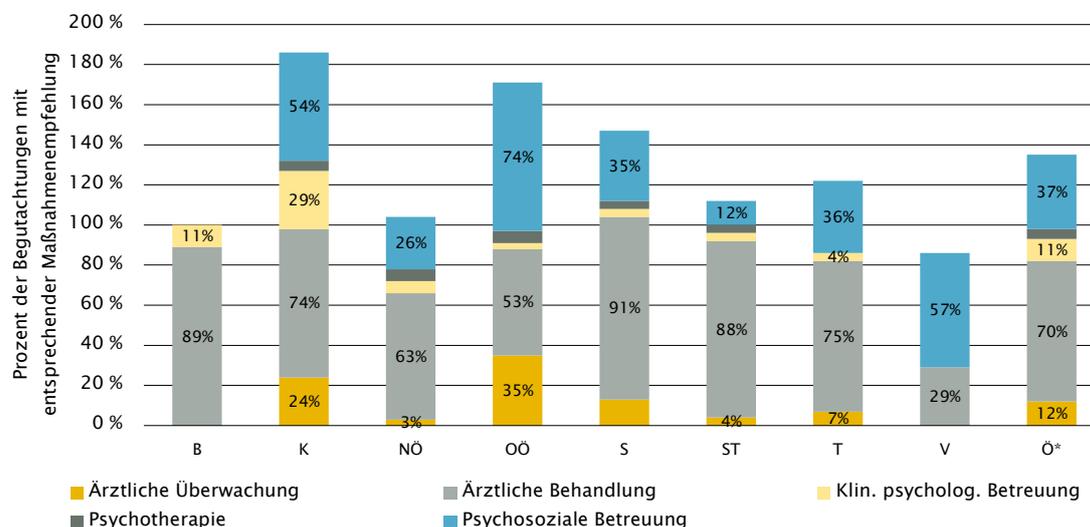


B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien
 Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird ausschließlich der Missbrauch von Cannabis erwähnt. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Es kann aber auch auf weitere gesundheitsbezogene Maßnahmen verzichtet werden, wenn bereits eine solche in Anspruch genommen und diese als ausreichend erachtet wird. Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.6:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opiode nach Bundesland, 2016



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien

Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird der Missbrauch von Opiaten erwähnt. Dabei ist es egal, welche Drogen sonst noch genannt werden. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Es kann aber auch auf weitere gesundheitsbezogene Maßnahmen verzichtet werden, wenn bereits eine solche in Anspruch genommen und diese als ausreichend erachtet wird. Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.4 Neue Entwicklungen

Im Mai 2017 wurden vom BMGF im Rahmen eines Maßnahmenpakets zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung – dessen Kern eine auf breiter Expertenebene erarbeitete und von vier ärztlichen Fachgesellschaften angenommene Behandlungsleitlinie ist (vgl. auch Kapitel 5) – das SMG sowie die Suchtgiftverordnung (SV), die Psychotropenverordnung (PV) und die *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (WbVO) dem allgemeinen Begutachtungsverfahren zugeleitet. Hintergrund ist der Umstand, dass Details der ärztlichen Opioid-Substitutionsbehandlung seit 2006 – im Gegensatz zu anderen ärztlichen Behandlungen – auf Verordnungsebene geregelt sind, womit in die Durchführung der Behandlung eingegriffen wurde. Während sonst die Rechtsgrundlage ärztlicher Behandlungen das Ärztegesetz 1998 ist, das die Ärzteschaft zur Patientenbehandlung nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung verpflichtet, ergeben sich aus den Behandlungsvorgaben der Suchtgiftverordnung für die Ärzteschaft in der Opioid-Substitutionsbehandlung Spannungsfelder zwischen der Pflicht zur lege-artis-Behandlung im Einzelfall und den Ordnungsvorschriften der Suchtgiftverordnung. Erschwerend kommt hinzu, dass Verstöße

gegen die Ordnungsvorschriften infolge der Regelungssystematik zugleich das Risiko der Verwirklichung von Straftatbeständen des Suchtmittelgesetzes bergen, sodass sich Ärztinnen und Ärzte dem Risiko strafrechtlicher Verfolgung ausgesetzt sehen. Studien haben gezeigt, dass dies u. a. mitursächlich für eine zu geringe Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten ist, sich für Substitutionsbehandlung zur Verfügung zu stellen (vgl. auch Kapitel 5, Weigl et al. 2016 und frühere Berichte). Ziel des Maßnahmenpaketes ist es, die Behandlungsqualität nach Maßgabe der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu sichern (Leitlinie), sodass die Ärzteschaft – wie bei jeder anderen Behandlung auch – den Korrektiven des Ärzterechts (bei Behandlungsfehlern, die zu Schäden an Patientinnen/Patienten führen, dem Strafrecht), jedoch nicht analog den Drogendealern dem gerichtlichen oder verwaltungsbehördlichen Suchtmittelstrafrecht unterliegt. Die ärztliche Behandlung wird daher aus den im SMG enthaltenen verwaltungsstrafrechtlichen Sanktionen herausgenommen bzw. werden diese reduziert auf jene Fälle, in denen behandelnde Ärztinnen/Ärzte ihrer Dokumentations- und Auskunftspflicht gegenüber der Gesundheitsbehörde nicht nachkommen. Dafür können sie mit einer Geldstrafe von bis zu 7.500 Euro – im Wiederholungsfall bis zu 15.000 Euro – bestraft werden (§ 44a SMG). Mit dem Paket soll im Sinne der Versorgungssicherheit eine festgestellte, die ärztliche Versorgung beeinträchtigende Hürde abgebaut und ein Beitrag zur Entstigmatisierung und Normalisierung der Suchtbehandlung geleistet werden.

Die vorgesehenen **Änderungen in der SV** umfassen daher die Herausnahme

- » der Therapieziele und der Vorgaben für eine Indikationsstellung (beides aus § 23a SV),
- » der rigiden disziplinierenden Vorgaben für den Behandlungsvertrag bzw. einen Behandlungsausschluss (§ 23b SV),
- » der Einschränkungen in der Auswahl des Arzneimittels durch Definition von „Mitteln der ersten Wahl“ (§ 23c SV) sowie
- » der Differenzierung nach Wirkstoffen im Zusammenhang mit dem Abgabemodus (§ 23e SV).

Ferner sieht die SV-Novelle, deren Erlass zu Redaktionsschluss noch ausständig war, vor, dass die Aufgaben der behandelnden Ärzteschaft und der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Amtsärzte/-ärztinnen klarer definiert und voneinander abgegrenzt werden. Der Amtsärzteschaft obliegt im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Prüfung der Dauerverschreibungen in Hinblick auf das v. a. mit hohen Tagesdosen und Take-Home-Anordnungen im Einzelfall einhergehende Fremdgefährdungspotenzial. In der **Behandlungsleitlinie** werden für die in der Behandlung verwendeten Substanzen Tagesdosen definiert, mit denen in der Regel das Auslangen gefunden wird. Zusätzlich werden für die Zulässigkeit von Take-Home-Dosen über längere Zeiträume medizinische und psychosoziale Stabilitätskriterien definiert, die der Patient / die Patientin erfüllen muss. Daran wird in der SV-Novelle insofern angeknüpft, als von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt Dosisüberschreitungen zu begründen und die Erfüllung der Stabilitätskriterien durch den Patienten / die Patientin zu bestätigen sind. Der Amtsarzt hat die entsprechenden Parameter vor Fertigung der Dauerverschreibung zu überprüfen (§§ 23b, 23c, 23e, 23g SV).

Darüber hinaus schafft die bereits in Kraft getretene **Suchtmittelgesetz-Novelle** (BGB. I Nr. 116/2017) die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine engere Zusammenarbeit der Apotheken sowie der Gesundheitsbehörde mit den substituierenden Ärzten/Ärztinnen. Die Apotheken werden verpflichtet, wahrgenommene Hinweise auf selbst- und fremdgefährdendes Ver-

halten einer/eines substituierten Patientin/Patienten der/dem behandelnden Ärztin/Arzt zu melden bzw. auch andere Ärzte/Ärztinnen davon in Kenntnis zu setzen, wenn diese der Patientin / dem Patienten zusätzliche psychotrope Medikamente verschreiben. Ebenso darf die Gesundheitsbehörde polizeiliche Hinweise auf suchtmittelrechtliche Verstöße einer Patientin / eines Patienten (z. B. Weitergabe des Substitutionsmedikamentes, Erwerb zusätzlicher Suchtmittel für den Beigebrauch), die ihr im Rahmen der Vollziehung des § 12 SMG (Begutachtung von Personen im Hinblick auf Suchgiftmissbrauch) zugegangen sind, der/dem behandelnden Ärztin/Arzt mitteilen, damit diese/dieser darauf in der Patientenbehandlung eingehen und die Behandlung erforderlichenfalls adaptieren kann (§ 8a Abs. 4 und 5 SMG neu).

Das Paket aus Behandlungsleitlinie für die Ärzteschaft in Verbindung mit der im SMG vorgesehenen verstärkten Kooperation der Apotheken und Gesundheitsbehörden mit der behandelnden Ärzteschaft sowie die Kooperation zwischen Arzt/Ärztin und Amtsarzt/Amtsärztin in Verschreibung und Fertigung dieser hat somit zum Ziel, die Substitutionsbehandlung zu optimieren und gleichzeitig die potenzielle Fremdgefährdung in Zusammenhang mit Take-Home-Dosen bestmöglich zu verhindern.

Weitere **Änderungen**, die teilweise mit dem Maßnahmenpaket Opioid-Substitutionsbehandlung in Zusammenhang stehen, sind:

- » Verbesserungen der Datengrundlagen für den epidemiologischen Schlüsselindikator „drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumierenden“ (SMG)
 - » Zukünftig sollen dem BMGF auch die Obduktionsunterlagen bzw. Totenbescheinigung von jenen Fällen zur Verfügung gestellt werden, in denen sich ein ursächlicher Zusammenhang von Drogenkonsum und Todesfall womöglich nicht bestätigen lässt (§ 24c SMG).
 - » Zukünftig sollen vom BMGF jene Daten von Statistik Austria angefordert werden können, die für eine Berechnung von Mortalitätsraten im Zusammenhang mit Drogenkonsum benötigt werden (§ 24d SMG).
- » Änderungsvorschläge für die WbVO
 - » Einführung eines Multiple-Choice-Tests zum Abschluss des Basismoduls der Weiterbildung „Orale Substitution“, in dem die erworbenen Kenntnisse abgefragt werden (§ 4 WbVO)
 - » Wieder Öffentlichmachen der Liste jener Ärztinnen und Ärzte, die die Qualifikationserfordernisse für die Durchführung der Substitutionsbehandlung erfüllen (§ 5 WbVO)
 - » Definition jener Voraussetzungen, die für eine Wiedereintragung in diese Liste nach einer vorangegangenen Streichung zu erfüllen sind (§ 7a WbVO)

Weitere **Änderungsvorschläge für die SV**, die sich nicht auf die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen beziehen:

- » Anpassung der Ausnahmeregelung hinsichtlich Nutzhanf (mit niedrigem THC-Gehalt) an geltendes EU-Recht. Gleichzeitig wird klargestellt, dass die Verarbeitung der Blüten- und Fruchtstände zu Cannabisextrakten zwecks Herstellung von Arzneimitteln, Nahrungsergänzungsmitteln oder kosmetischen Mitteln nicht erlaubt ist (Anhang I der SV).

- » Umsetzung neuer internationaler Bestimmungen durch Aufnahme der Substanz Acetyl-fentanyl in den Anhang I der SV (und Definition einer Grenzmenge von 1,0 g in der SGV)

Änderungsvorschläge für die PV:

- » Umsetzung des Beschlusses 59/7 der CND durch Aufnahme von Phenazepam als psychotropen Stoff in den Anhang 2 der PV. Der bisherige § 11 Abs. 2 PV soll im Zusammenhang mit § 8a Abs. 4 neu im SMG entfallen.
- » Als Grenzmenge für Phenazepam sind laut PGV 3,0 g vorgesehen.

Weitere Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen betrafen die **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV). Sie wurden notwendig, nachdem in den letzten Jahren einige neue psychoaktive Substanzen identifiziert wurden, die bisher über die NPSV nicht erfasst waren bzw. die zwischenzeitlich auf EU-Ebene unter Kontrolle gestellt wurden. Im Oktober 2016 wurden daher sowohl die im Anhang II gelisteten Verbindungen adaptiert als auch neue Substanzen (Anhang I) und relevante Strukturbeispiele (Anhang III) aufgenommen.

- » Neue Substanzen:
 - » AH-7921 (Doxylam) bzw.
3,4-Dichlor-N-[(1-(Dimethylamino)cyclohexylmethyl)]Benzamid
 - » U-47700 bzw.
trans-3,4-Dichloro-N-[2-(Dimethylamino)cyclohexyl]-N-Methylbenzamid
- » Adaptierte Verbindungen:
 - » Arylcyclohexyl-Amin, -Pyrrolidin und -Piperidin-Verbindungen
 - » Benzyl-Piperidin- und Benzyl-Pyrrolidin- Verbindungen
 - » 2-Amino-Phenyl-Oxazol- und 2-Amino-Phenyl-Oxazolone-Verbindungen

Hinsichtlich der **Umsetzung der SMG-Novellierung 2016** liegen verschiedene Erfahrungsberichte vor. Von der *Drogenarbeit Z6* wird beispielsweise berichtet, dass nun tatsächlich – wie intendiert – die Gesundheit im Vordergrund steht und sich die Polizeiarbeit auf die Bekämpfung des Suchtmittelhandels konzentriert (Z6/Drogenarbeit 2017). Eine Zunahme von Harntests, wie zunächst befürchtet, ist ausgeblieben. Die Suchtberatung Tirol am Standort Reutte berichtet hingegen, dass anfänglichen weniger Klientinnen und Klienten von der Gesundheitsbehörde wegen einer gesundheitsbezogenen Maßnahme „geschickt“ wurden (Suchtberatung Tirol 2017). Durch gute Vernetzung und intensive Zusammenarbeit konnten jedoch inzwischen die Abläufe verbessert und letztlich sogar mehr drogenkonsumierende Personen erreicht werden.

Im Zusammenhang mit den Bestimmungen, die den Anbau von Cannabis zur Gewinnung von Suchtgift für die Herstellung von Arzneimitteln auf die AGES beschränken (§ 6 und 6a SMG; vgl. auch Weigl et al. 2016), wurde eine Klage wegen unzulässigem Eingriff in das Grundrecht der Erwerbsfreiheit eingebracht. Im November 2016 wurde jedoch vom Verfassungsgerichtshof die Verfassungskonformität bestätigt (Verfassungsgerichtshof 2016).

Für den Berichtszeitraum wurden keine neuen **Evaluierungen** der Rahmenbedingungen durchgeführt, allerdings wurde das Handbuch des Gesundheitsministeriums zur Vollziehung des § 12 SMG

im Jahr 2016 evaluiert und auf Basis der Ergebnisse sowie der Veränderungen des SMG überarbeitet (BMGF 2017)²³. Im Rahmen der Evaluation hat sich bestätigt, dass nach wie vor nicht nur in der Vollzugspraxis, sondern auch hinsichtlich des Verständnisses von Rolle und Aufgaben einer Amtsärztin / eines Amtsarztes im Zusammenhang mit der Vollziehung des § 12 SMG Unterschiede bestehen (Tanios et al. 2017). Verbesserungspotenzial gibt es weiterhin hinsichtlich einer österreichweit einheitlicheren Handhabung der Ladungspraxis, Begutachtung und Auswahl von gesundheitsbezogenen Maßnahmen. Die Evaluation hat aber auch gezeigt, dass das Handbuch bekannt ist und als Leitfaden genutzt wird. Während manche Anregungen aus der Evaluation aufgegriffen und im Handbuch entsprechende Klarstellungen eingearbeitet sind, wurden in anderen Fällen die vorhandenen Ausführungen als ausreichend angesehen. Um einer teilweise vorhandenen Unsicherheit im Umgang mit dem § 12 SMG zu begegnen, wird empfohlen, Möglichkeiten für einen verstärkten regionalen Austausch und Fortbildungsangebote zu nutzen.

Das Thema **Regulierung von Cannabis** wurde im Berichtszeitraum wieder verstärkt diskutiert. Dabei wird unterschieden zwischen Jugendlichen und Erwachsenen: Für Jugendliche sollen die bestehenden Regelungen weiterhin bleiben, für Erwachsene wird jedoch eine Regulierung mit Qualitätskontrolle und maximalen THC-Konzentrationen als sinnvoll erachtet (Z6/Drogenarbeit 2017).

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

Suchtmittel–Datenevidenz

Das SMG verpflichtet das BMGF zur Führung einer personenbezogenen Datenevidenz (§ 24ff). Gegenstand waren bis Jahresende 2015 u. a. Mitteilungen des BMI und der Justiz über Anzeigen und Strafverfahren nach dem SMG, woraus wiederum die Justiz sowie einige andere im SMG genannte Behörden auskunftsberechtigt waren. Im Zuge der *Verfahrensautomation Justiz* wurde die Evidenzhaltung der Daten des Justizbereichs (auch) im BMGF obsolet (vgl. Weigl et al. 2016); seit der am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderung des SMG sind sie daher nicht mehr Gegenstand der Suchtmittel–Datenevidenz.

Weiterhin Gegenstand der Suchtmittel–Datenevidenz sind aber jene Daten der Gesundheitsbehörden, die diese in Vollziehung des SMG erheben: Das sind die Ergebnisse der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen bei Hinweisen auf Suchtmittelmissbrauch gemäß § 12 SMG (§ 24a Abs. 3 SMG) sowie die Daten des Substitutionsregisters (§ 24b SMG), welches zur frühestmöglichen Erkennung und Hintanhaltung von Mehrfachverordnungen von Substitutionsmedikamenten für Opioidabhängige durch die Gesundheitsbehörden dient. Diese Daten werden von den

23

Das Handbuch steht zum Download bereit unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Drogen_Sucht/Drogen/Leitlinie_fuer_die_Gesundheitsbehoerden_Handbuch_fuer_die_Vollziehung_des_sect_12_Suchtmittelgesetz (24. 8. 2017)

Gesundheitsbehörden seit Umsetzung der SMG–Novelle 2008 (BGBl I Nr. 2008/143) auf Grundlage des e–Government–Gesetzes in einer verwaltungsübergreifend gemeinsamen Infrastruktur online erfasst bzw. daraus abgerufen (eSuchtmittel). Diese technische Infrastruktur wurde in verwaltungsübergreifender Zusammenarbeit (Behörden–Portalverbund) vom BMGF geschaffen.

Im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister stehen die Daten dem BMGF für epidemiologische Zwecke zur Verfügung. Aufgrund der am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG werden den Gesundheitsbehörden auch die kriminalpolizeilichen Meldungen (§§ 13 Abs. 2b, 14 Abs. 2 SMG) als Grundlage für die Vollziehung des § 12 SMG vom BMGF über die Anwendung eSuchtmittel zugeleitet. Damit können die Daten des pseudonymisierten Statistikregisters auch für epidemiologische Zwecke nutzbar gemacht werden. Gemeinsam mit den Daten, die dem BMGF von BMI und STATISTIK AUSTRIA zur Erfassung und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle zu melden sind, und den Obduktionsgutachten, die von den obduzierenden Stellen übermittelt werden müssen (§ 24c), bilden die Daten aus eSuchtmittel die Grundlage für jährliche Auswertungen, die auch in den Bericht zur Drogensituation einfließen (vgl. Kapitel 3).

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben zur Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2017). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten zur Diversion wurden vom BMJ gemeldet bzw. dem Sicherheitsbericht (BMJ 2017) entnommen. In Abschnitt 2.2.2 wurde bezüglich der von STATISTIK AUSTRIA (Gerichtliche Kriminalstatistik) übermittelten Daten zu den Verurteilungen darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Amtsärztliche Begutachtungen siehe Kapitel 3

Informationen aus dem Parlament

Informationen zu parlamentarischen Bürgerinitiativen und Begutachtungsentwürfen sowie Berichten aus Ausschusssitzungen sind auf der Website des Österreichischen Parlaments zu finden (<http://www.parlament.gv.at/>), Informationen zu in Kraft getretenen Gesetzesänderungen finden sich im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (<https://www.ris.bka.gv.at/>).

2.6 Bibliographie

Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer–Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2017). Epidemiologiebericht Sucht 2017. Wien.

BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG. Leitlinien für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.

- BMI (2017). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2016. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2008). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie.
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85, 6.
- SHH (2014). Schweizer Haus Hadersdorf. Festschrift zum 15-jährigen Bestehen – 1998 bis 2013. Wien.
- Suchtberatung Tirol (2017). Jahresbericht 2016. Suchtberatung Tirol. Innsbruck
- Tanios, Aida, Busch, Martin, Strizek, Julian, Weigl, Marion (2017). Evaluation des Handbuchs für die Vollziehung des § 12 SMG. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien. – unveröffentlicht
- Verfassungsgerichtshof (2016). Beschluss vom 24. November 2016. G 61/2016–14. Wien
- Weigl, M., Busch, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Z6/Drogenarbeit (2017). Tätigkeitsbericht 2016. Drogenarbeit Z6. Innsbruck

2.7 Zitierte Bundesgesetze

BGBI. 1960/159. Bundesgesetz vom 6. Juli 1960, mit dem Vorschriften über die Straßenpolizei erlassen werden (Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO)

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

BGBI. 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBI. 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

BGBI. 1988/599. Bundesgesetz vom 20. Oktober 1988 über die Rechtspflege bei Jugendstraftaten (Jugendgerichtsgesetz 1988 – JGG).

BGBI. I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)

BGBI. I 1997/120. Führerscheingesetz

BGBI. I 2007/110. Suchtmittelgesetz–Novelle 2007

BGBI. I 2008/143. Suchtmittelgesetz–Novelle 2008

BGBI. I 2010/111. Budgetbegleitgesetz 2011 (BBG)

BGBI. I 2011/146. Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue–Psychoaktive–Substanzen–Gesetz, NPSG)

BGBI. I 2014/71. Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014

BGBI. II 1997/322. Verordnung des Bundesministers für Wissenschaft und Verkehr über die gesundheitliche Eignung zum Lenken von Kraftfahrzeugen (Führerscheingesetz–Gesundheitsverordnung – FSG–GV)

BGBI. II 1997/374. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV)

BGBI. II 2006/449. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Weiterbildung zum/zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/Ärztin für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken (Weiterbildungsverordnung orale Substitution).

BGBI. II 2011/468. Neue–Psychoaktive–Substanzen–Verordnung (NPSV)

2.8 Anhang

Tabelle A2. 1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2007–2016

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in Prozent
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
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1

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: Hier wird nur das „führende Delikt“ (das dem Strafraumen nach schwerste Delikt) dargestellt.

Daher sind in der Tabelle nicht alle Verurteilungen nach SMG enthalten.

* Ab 2012 kommt es zu einem **Zeitreihenbruch**, da ab diesem Berichtsjahr die vom **Gericht** übermittelte Strafsatzbestimmung ausgewiesen wird. Davor wurde das „führende Delikt“ von STATISTIK AUSTRIA ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafraumen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung).

Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist der Vergleich mit Daten aus den Jahren vor 2012 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2. 2:

Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe, 2016

Führendes Delikt		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	576	1.101	767	512	758	3.714
	weiblich	34	78	77	42	48	279
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	120	350	292	220	405	1387
	weiblich	7	29	38	17	26	117
§ 27 SMG	männlich	456	751	472	291	350	2.320
	weiblich	27	49	38	25	20	159

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, dargestellt.

Daher sind in der Tabelle nicht alle Verurteilungen nach SMG enthalten.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2. 3:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2016

Führendes Delikt		Geldstrafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	55	136	34	27	24	276
	Erwachsene	767	1.129	991	674	156	3.717
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	7	32	6	6	4	55
	Erwachsene	33	333	585	401	97	1449
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	48	104	28	21	20	221
	Erwachsene	732	788	406	273	59	2.258

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, keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB, Schuldspruch unter Vorbehalt der Strafe (§ 13 JGG) und Schuldspruch ohne Strafe (§ 12 JGG)).

Anmerkung: Hier wird das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, dargestellt.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2. 4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung,
2007–2016

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014**	2015	2016
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	10.175	9.384	10.627	11.807	11.667	11.455	13.044	14.506	14.384	25.666
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft*	9.008	8.399	9.661	10.643	10.319	10.215	11.818	12.378	12.256	23.809
davon § 35 Abs. 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	1.841	2.249	2.780	3.166	4.059	5.515	6.766	-	-	-
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	1.167	985	966	1.164	1.348	1.240	1.226	2.128	2.128	1.857
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	540	638	624	733	741	673	728	705	673	561

* Bis 2013 wurden diese Daten dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.

** Seit 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergeben kann; Zahlen zu § 35 Abs. 4 SMG können nicht geliefert werden, da in der Datenbank des BMJ eine Erfassung bzw. Auswertung einzelner Absätze nicht möglich ist.

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, ab 2014: nur BMJ; Darstellung: GÖG

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	57
3.1	Zusammenfassung.....	57
3.2	Cannabis	59
3.2.1	Prävalenz und Trends.....	59
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	62
3.3	Stimulantien	64
3.3.1	Prävalenz des Stimulantienkonsums und Trends.....	64
3.3.2	Risikoreiche Stimulantienkonsummuster und Behandlung.....	66
3.4	Heroin und andere Opioiden	70
3.4.1	Opioidprävalenz und Trends	70
3.4.2	Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung.....	72
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	73
3.5.1	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	73
3.6	Quellen und Studien.....	74
3.6.1	Quellen	74
3.6.2	Studien	76
3.7	Bibliographie und Anhang.....	80
3.7.1	Bibliographie.....	80
3.7.2	Anhang.....	85

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bezüglich der Prävalenz von Drogenkonsum wird unterschieden zwischen der Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum irgendwann im Leben), der Jahresprävalenz (Drogenkonsum im letzten Jahr) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum während der letzten dreißig Tage). 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 mit Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa 2 bis 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie von rund 1 bis maximal 2 Prozent für Opioide.

Die wenigen verfügbaren Daten zum Konsum von *Neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS) – früher auch *Research Chemicals* bzw. *Legal Highs* genannt – in der Allgemeinbevölkerung sprechen trotz der großen medialen Aufmerksamkeit für eine geringe Einnahmeprävalenz.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und von weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematistische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013). Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 29.000 und 33.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich, elf Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine Rolle²⁴. Man schätzt, dass 12.000 bis 17.000 Personen vorwiegend injizierend konsumieren.

24

Dies ist ein Charakteristikum Österreichs und steht dem europäischen Trend des Inhalierens („inhaling“) entgegen.

Neue Entwicklungen

In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich 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.

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/innen). Ob dies einen Rückgang des illegalen Suchtmittelkonsums insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Derzeit gibt es keinerlei eindeutige Hinweise auf eine solche Verlagerung in Österreich. In Oberösterreich hatte sich einige Zeit eine Methamphetamin-Szene etabliert, wobei der Konsum von Methamphetamin auch in die Szene mit problematischem Opioidkonsum vorgedrungen war. Zwar kommt Methamphetamin in Oberösterreich laut einiger Datenquellen noch immer relativ häufiger vor als in anderen Bundesländern (z. B. bei Anzeigen und behandlungsrelevantem Konsum nach § 12 SMG), der Konsum ist aber absolut gesehen im Vergleich zu den Vorjahren deutlich gesunken.

Im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums ist auch auf eine Reihe von Todesfällen in Zusammenhang mit (hochdosierten) Ecstasy-Tabletten hinzuweisen (vgl. Kapitel 6). Zwar scheinen sich die Konsummuster bezüglich Ecstasy nicht geändert zu haben, der Konsum dürfte aber aufgrund der (oft unerwartet) hoch dosierten Ecstasy-Tabletten risikoreicher geworden sein (vgl. Kapitel 7).

Relevante Studien

Die aktuellsten Zahlen zum Konsum von illegalen und legalen Substanzen in der Allgemeinbevölkerung (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015) sowie unter Schülern und Schülerinnen (European School survey Project on Alcohol and other Drugs – ESPAD) liegen jeweils aus dem Jahr 2015 vor. Zu beiden im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführten Studien gibt es Vergleichszahlen aus früheren Jahren (Zeitreihenanalysen sind also möglich).

3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends

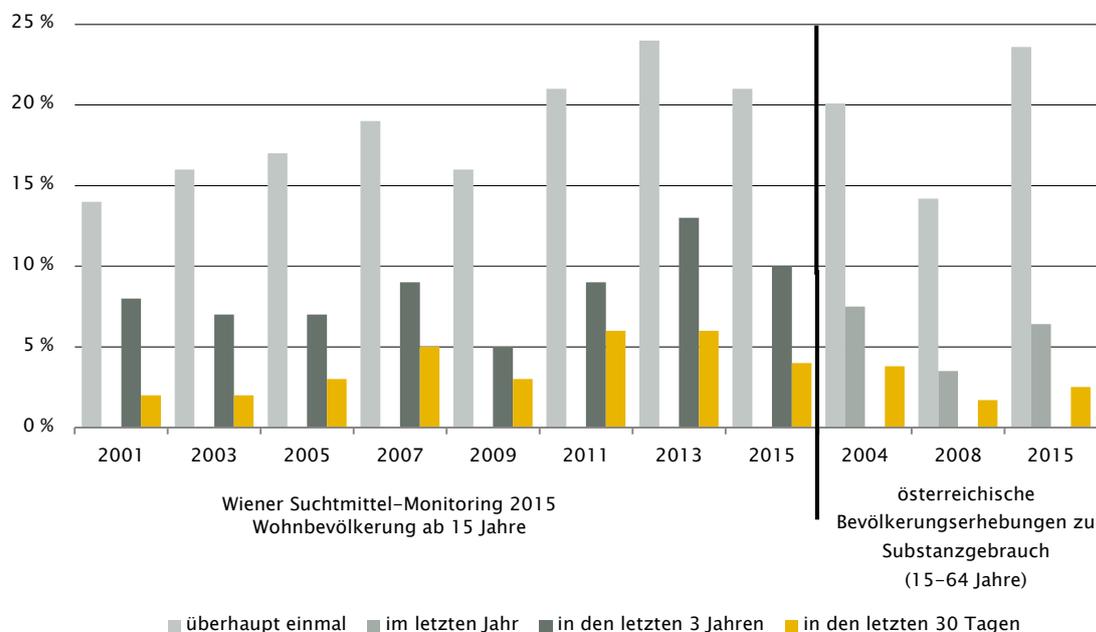
Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Die österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch weisen für das Jahr 2004 einen Anteil von 20 Prozent, für das Jahr 2008 einen Anteil von 14 Prozent und für das Jahr 2015 einen Anteil von 24 Prozent konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen aus. Der deutliche Einbruch in den Zahlen des Jahres 2008 ist vermutlich auf ein erhebungstechnisches Artefakt zurückzuführen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009). Längerfristig ergibt sich somit ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bzw. ein relativ gleichbleibender Anteil in der gesamten erwachsenen Bevölkerung (15 Jahre oder älter²⁵) (vgl. Tabelle A3. 1). Im zweijährlich durchgeführten Wiener Suchtmittel-Monitoring zeigte sich über die Jahre ein kontinuierlicher Anstieg des Cannabiskonsums. In der letzten Erhebungswelle war hingegen ein leichter Rückgang der Lebenszeitprävalenz zu verzeichnen.

25

Werte in Tabelle A3. 1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Abbildung 3.1:
Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz)
aus Wiener Suchtmittel-Monitoring und drei österreichischen Bevölkerungserhebungen zu
Substanzgebrauch (Zeitreihe)



Anmerkungen: In der österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch wurde die 3-Jahresprävalenz nicht erhoben. Werte in Tabelle A3. 1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre. Im Wiener Suchtmittel-Monitoring wird die Jahresprävalenz nicht erhoben.

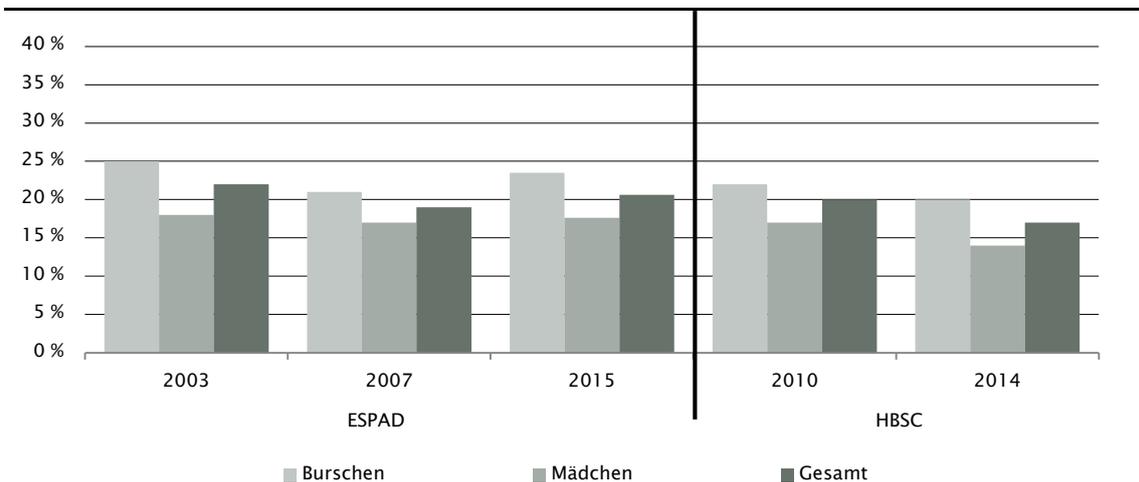
Quellen: IFES 2001 bis 2015, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek und Uhl 2016; Darstellung: GÖG

Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich jedoch meist auf eine kurze Zeitspanne, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 3.1).

Rezente Zahlen liegen auch aus Oberösterreich vor (Seyer et al. 2016). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* wurde bei den 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 26 Prozent, eine Jahresprävalenz von sechs Prozent und eine Monatsprävalenz von drei Prozent erhoben.

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Abbildung 3.2:
Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)



ESPAD = Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (vgl. Abschnitt 3.6.2)

HBSC = Health-Behaviour in School-aged Children (vgl. Abschnitt 3.6.2)

Anmerkung: Die ESPAD-Befragungsdaten beziehen sich auf 15- und 16-Jährige, die HBSC-Befragungsdaten auf 15- und 17-Jährige.

Quellen: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016, Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015;
Darstellung: GÖG

Etwa ein Fünftel der befragten Schülerinnen und Schüler (ESPAD, HBSC; vgl. Tabelle A2) gibt an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Burschen weisen in allen verfügbaren Daten eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (vgl. Abbildung 3.2).

Zusätzliche Daten für die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen liegen auch aus Oberösterreich vor (Seyer et al. 2016). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* wurden bei jungen Erwachsenen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 35 Prozent und eine Jahresprävalenz von 13 Prozent erhoben.

Aus der letzten österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (Strizek und Uhl 2016) ergeben sich für Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis 24 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz von 29 Prozent, eine Jahresprävalenz von 19 Prozent und eine Monatsprävalenz von acht Prozent.

Anhand der verfügbaren Daten lassen sich hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Gesamtbevölkerung bzw. bei Jugendlichen derzeit keine wesentlichen Veränderungen feststellen. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich in Befragungsdaten zum Konsum illegaler Drogen große Unschärfen ergeben aufgrund der Tatsache, dass nach einem illegalen Verhalten gefragt wird. Es kann davon

ausgegangen werden, dass das gesellschaftliche Klima bezüglich Cannabis einen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob ein etwaiger Konsum zugegeben wird oder nicht.

3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung

Aktuelle spezifische Studien zum risikoreichen Cannabiskonsum liegen nicht vor.

Behandlung von Personen, die Cannabis konsumieren

Das österreichische Behandlungssystem ist insgesamt nicht substanzspezifisch ausgerichtet und an einem ganzheitlichen Suchtbegriff orientiert. Wo angebracht, existieren aber auch einzelne Programme für spezifische Zielgruppen (vgl. Kapitel 5).

Risikoreicher Cannabiskonsum

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2016 wurde in 1.092 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2017). Dem stehen 20.782 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien), gegenüber (vgl. Kapitel 7). Dies ist ein Hinweis darauf, dass unter den Cannabiskonsumierenden nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Personen auch behandlungsrelevant konsumiert.

Im Jahr 2016 befanden sich etwa 2.200 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Eine vertiefende Analyse aus dem Jahr 2012 zeigte jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor dem Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte (GÖG/ÖBIG 2013a). Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt bzw. möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Seit 2010 ist der Anteil der Erstpatienten/-patientinnen mit ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe mit Leitdroge Cannabis gestiegen und der Anteil mit Leitdroge Opiate ist gesunken. Im Jahr 2013 war der Anteil mit Leitdroge Cannabis erstmals höher als der Anteil mit Leitdroge Opiate. Dies ist auch in den Jahren 2015 und 2016 zu beobachten. Zur Erklärung dieser Entwicklung wird nach wie vor diskutiert, ob es sich um eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis handelt oder ob lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf durch Opiatkonsumenten/-konsumentinnen durch Cannabiskonsumenden/-konsumentinnen auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe mit Vertretern/Vertreterinnen von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel berichtet: Einerseits wurde von einem Anstieg der Personen berichtet, die sich freiwillig in

Behandlung begeben, und dies mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt. Andererseits wurde ein Anstieg junger und sozial auffälliger Klienten/Klientinnen berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde.

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2015 kommen schädlicher Gebrauch von Cannabis (51 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (107) und Cannabisabhängigkeit (83 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.251 Fälle, für psychotische Störungen 154 Fälle und für Abhängigkeit 645 Fälle (vgl. Tabelle A3. 3 und Tabelle A3. 4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

3.3 Stimulantien

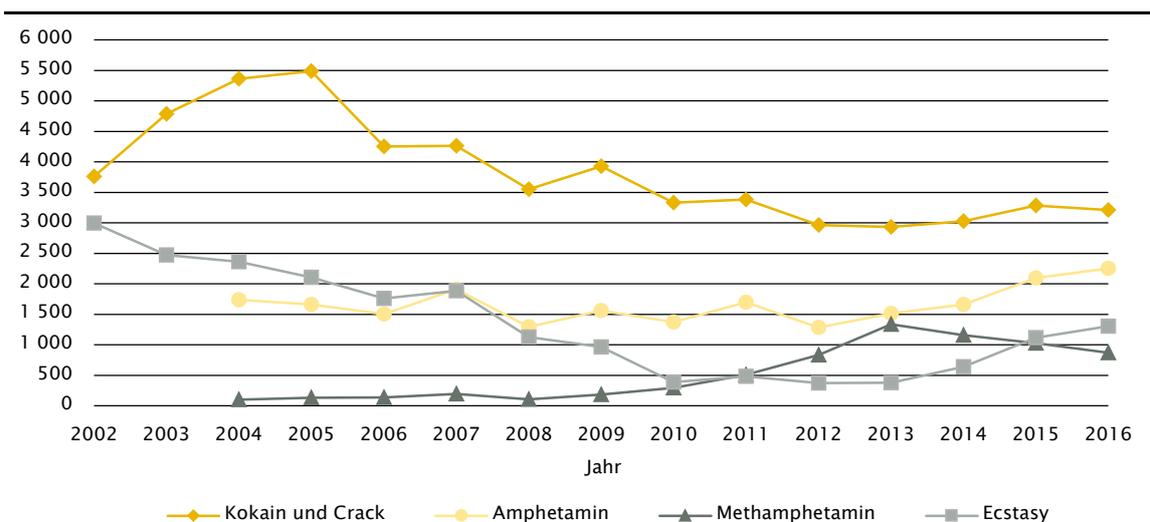
3.3.1 Prävalenz des Stimulantienkonsums und Trends

Die relative Bedeutung verschiedener Stimulantien

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin, Ecstasy und Methamphetamin (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). 31 Prozent der Anzeigen zu Methamphetamin erfolgten im Jahr 2016 in Oberösterreich, was einer deutlichen Reduktion gegenüber dem Vorjahreswert von 45 % entspricht. Für Österreich insgesamt ist sowohl die Anzahl der Anzeigen zu Methamphetamin als auch der Anteil der Methamphetamin-Anzeigen an allen SMG-Anzeigen gesunken.

Abbildung 3.3:

Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2016



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

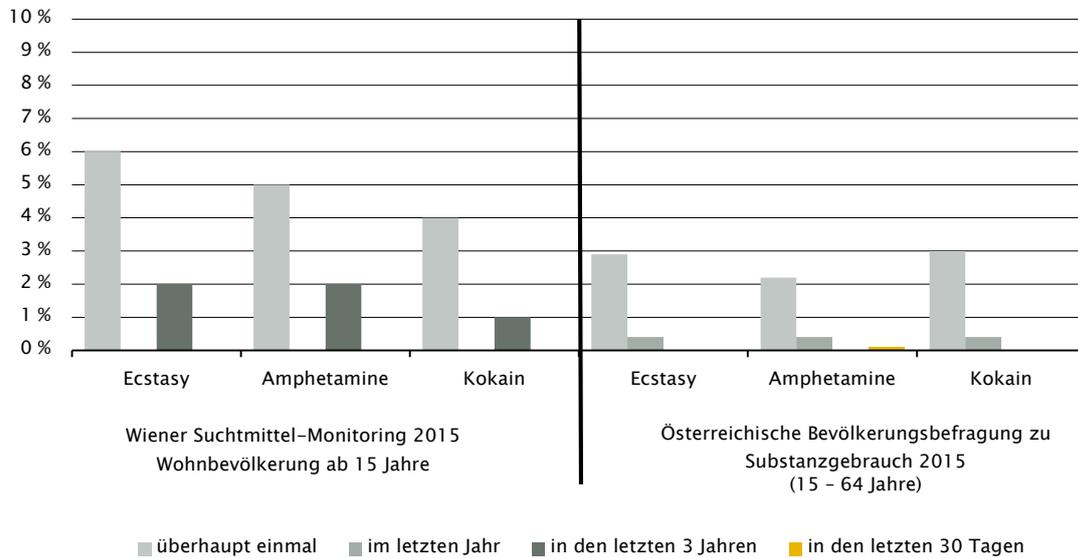
Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass es in Österreich bezüglich Crack kaum Anzeigen gibt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulantien in der Gesamtbevölkerung

Nur ein sehr kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung macht Erfahrungen mit den Stimulantien Ecstasy, Amphetamine und Kokain (vgl. Abbildung 3.4). Die Zahlen bezüglich des rezenten Konsums liegen noch wesentlich niedriger. Eine Betrachtung der Entwicklung über die Zeit ist aufgrund der niedrigen Werte nicht sinnvoll.

Abbildung 3.4:
Stimulantienkonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



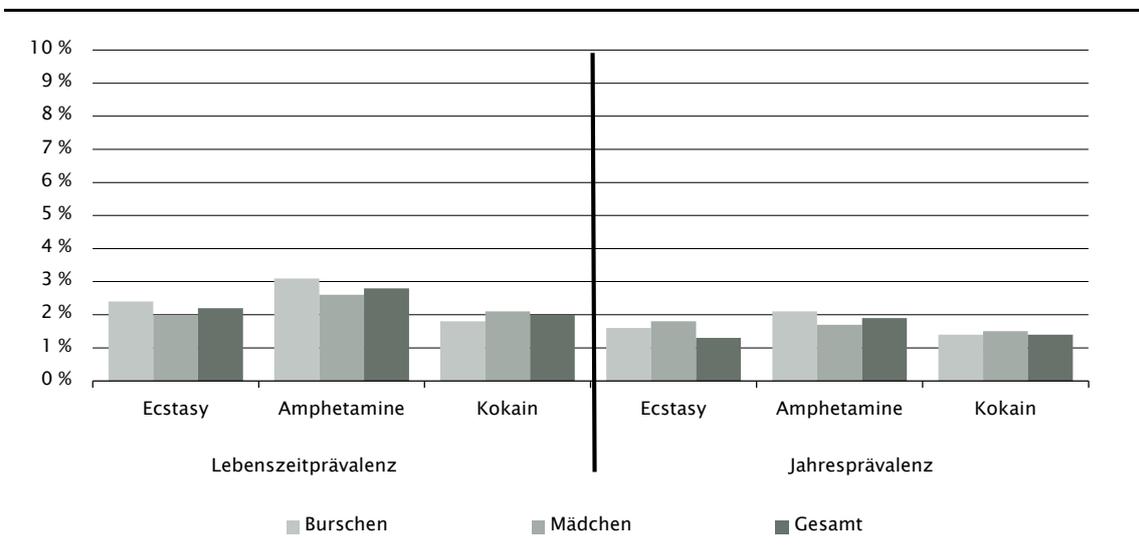
Anmerkung zu österreichischer Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015: Werte in Tabelle A1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Quelle: IFES 2015; Strizek und Uhl 2016 Darstellung: GÖG

Zusätzliche Daten zum Konsum von Stimulantien liegen aus Oberösterreich vor (Seyer et al. 2016). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* 2015 wurde bei 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz für Amphetamine von 0,8 Prozent, für Ecstasy von 1,5 Prozent, für Kokain von 1,1 Prozent und für Methamphetamin von 0,3 Prozent erhoben. Die sehr niedrige Prävalenz von Methamphetamin ist ein Indiz dafür, dass die starke mediale Präsenz zwar mit einem Anstieg des Konsums von Methamphetamin in gewissen Subgruppen korrespondiert, aber nicht mit einem Anstieg in der Allgemeinbevölkerung.

Konsum von Stimulantien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

Abbildung 3.5:
Stimulantienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)



Quelle: Strizek et al. 2016; Darstellung: GÖG

Auch in den Befragungen von Schülerinnen und Schülern zeigen sich durchwegs niedrige Werte hinsichtlich Konsumerfahrungen mit Stimulantien. Gleichzeitig sind – aufgrund des jungen Alters der Befragten nicht überraschend – im Gegensatz zu Konsumerfahrungen unter Erwachsenen nur geringe Unterschiede zwischen der Lebenszeitprävalenz und der Jahresprävalenz zu beobachten.

Anhand der verfügbaren Daten ist insgesamt von einer stabil niedrigen Prävalenz des Stimulantienkonsums auszugehen. Der Konsum von Methamphetamin war bisher auf lokale Szenen begrenzt und findet vorwiegend in Oberösterreich statt. In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des verstärkten Konsums von NPS wieder verstärkt auf Amphetamin und Ecstasy zurückgegriffen (vgl. Abschnitt 3.5.1).

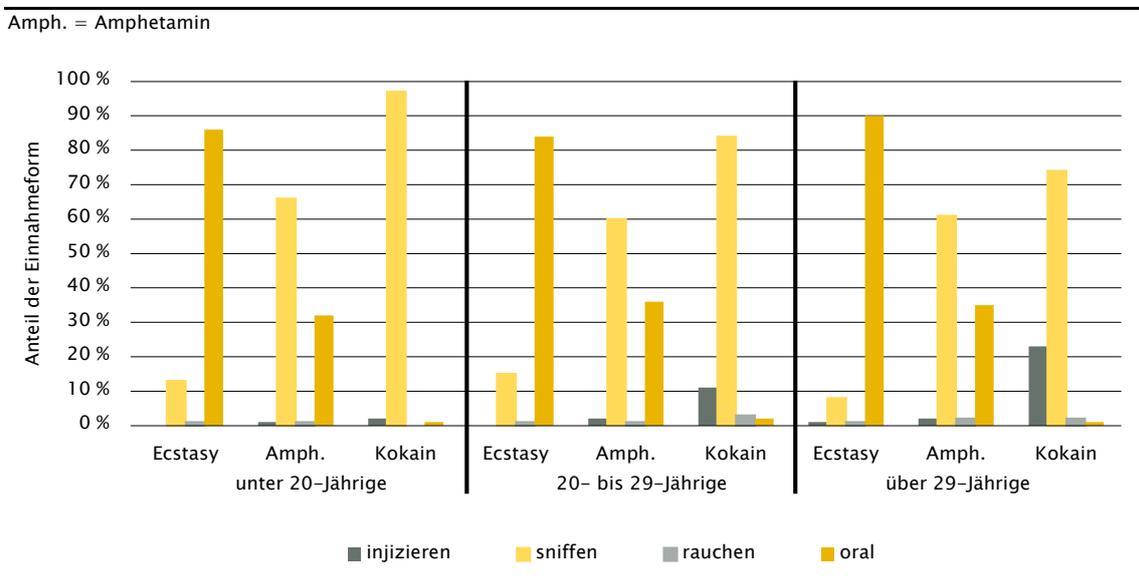
3.3.2 Risikoreiche Stimulantienkonsummuster und Behandlung

Injizieren und andere Konsumformen

Informationen zur Einnahmeform von Stimulantien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). Ecstasy wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamine gesniff und oral konsumiert, Kokain gesniff und zu einem geringen Anteil auch gespritzt. Es zeigt sich, dass der intravenöse Konsum von Kokain bei älteren Konsumentinnen/Konsumenten häufiger die vorwiegende Einnahmeform darstellt (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:

Stimulantienkonsum: Vorwiegende Einnahmeform von Personen, die im Jahr 2016 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen)



Quelle: DOKLI Betreuungsjahr 2016

Aufgrund des geringen Anteils der Einnahmeform „Injizieren“ spielt der Konsum von Stimulantien hinsichtlich drogenassoziierter Infektionskrankheiten kaum eine Rolle.

Für drogenbezogene Todesfälle spielen Stimulantien nur eine geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten reine Überdosierungen von Stimulantien (vgl. Abschnitt 6.2).

Behandlung von Personen, die Stimulantien konsumieren

Das österreichische Behandlungssystem ist insgesamt nicht substanzspezifisch ausgerichtet und an einem ganzheitlichen Suchtbegriff orientiert. Wo angebracht, existieren aber auch einzelne Programme für spezifische Zielgruppen (vgl. Kapitel 5). Im Zusammenhang mit Methamphetamin wird von einzelnen Fachleuten das Fehlen adäquater Behandlungsmöglichkeiten (z. B. niederschwelliger Angebote, regionaler Angebote im ländlichen Raum, zielgruppenadäquater Therapiekonzepte, spezieller Angebote für jugendliche Konsumenten/Konsumentinnen) kritisiert (Seyer et al. 2016).

Risikoreicher/problematischer Konsum von Stimulantien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulantien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG (vgl. Tabelle 3.1). Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Am häufigsten wird ein behandlungsrelevanter Konsum von Kokain festgestellt, gefolgt

von Amphetaminkonsum. In der Kategorie Amphetamin war bis 2014 bei amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert, seit 2015 gibt es eine eigene Kategorie Methamphetamin. Mit fünf der insgesamt elf Nennungen liegt hier Oberösterreich vor allen anderen Bundesländern. Allerdings sind auch die Zahlen in Oberösterreich rückläufig: Im Jahr 2014 wurden in Oberösterreich 35 Fälle mit behandlungsrelevantem (Meth-)Amphetaminkonsum registriert, 2015 53 Fälle, davon 17 Fälle mit Methamphetamin.

Tabelle 3.1:
Behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2016

Stimulantium	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
Ecstasy	1	16	5	16	2	10	4	4	58
Amphetamin	2	6	22	29	5	12	10	7	93
Methamphetamin	0	0	2	5	0	3	1	0	11
Kokain	6	31	17	12	7	7	5	14	99
Summe	9	53	46	62	14	32	20	25	261

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö = Österreich
 Ö* = Österreich ohne Wien; bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Deswegen liegen aus Wien keine Daten vor.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Ein zusätzlich zur Bevölkerungsbefragung im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich 2015* durchgeführtes Expertenpanel „Crystal Meth“ ergab, dass es einzelne Subgruppen bzw. Subkulturen gibt, die einen exzessiven Konsum von Methamphetaminen aufweisen. Dies stärkt die Hypothese, dass sich der risikoreiche/problematische Methamphetaminkonsum in Oberösterreich in lokal abgegrenzten Szenen abspielt und kein „Massenphänomen“ darstellt. Hinsichtlich des Trends lassen sich auf Basis qualitativer Daten zwei – teilweise widersprüchliche – Bilder skizzieren: Interviewpartner/innen, die in Suchtberatung, Streetwork und niederschweligen Einrichtungen beruflich tätig sind, berichten mehrheitlich von einem Rückgang der Problematik bzw. von einer Normalisierung von Konsummustern durch einen Anstieg des „safer use“. Dem gegenüber stehen Aussagen von Personen aus Arbeitsfeldern mit direktem Kontakt zu Risikokonsumentinnen/-konsumenten (Exekutive, Suchtmedizin), die eine ansteigende Problematik schildern. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass der Konsum von Methamphetamin in Oberösterreich offensichtlich einen festen Platz in der Szene mit problematischem Opioidkonsum erobert hat (Seyer et al. 2016).

Im Jahr 2016 befanden sich etwa 540 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 392 Personen wegen des Konsums anderer Stimulantien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung von Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2015 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (3 Fälle) und Kokain-Abhängigkeit (14 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor.

Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 226 Fälle und für Abhängigkeit 122 Fälle. Schädlicher Gebrauch (19 Fälle) und Abhängigkeit (21 Fälle) von anderen Stimulantien als Kokain wird als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen etwas häufiger diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von anderen Stimulantien 222 Fälle und für Abhängigkeit 74 Fälle (vgl. Tabelle A3. 3 und Tabelle A3. 4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulantien in den genannten Datenquellen nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulantien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Daten von *checkit!* zeigen, dass der Trend zu hochdosierten Ecstasy-Tabletten weiter anhält. Im Jahr 2013 wurden 26 Prozent aller analysierten Ecstasy-Tabletten als hoch dosiert eingestuft, im Jahr 2016 waren es bereits 66 Prozent. 19 Prozent wurden als gesundheitsgefährdend hoch dosiert eingestuft (SHW 2017). Diese Wahrnehmungen decken sich auch mit Analyse-Ergebnissen von MDA-Basecamp in Tirol (Z6/Drogenarbeit 2017). Hochdosiertes Ecstasy hat im Jahr 2016 auch zu einigen Todesfällen in Österreich geführt (vgl. Kapitel 6). Der Konsum von Ecstasy scheint aufgrund der (oft unerwartet) sehr hochdosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein (vgl. Kapitel 7).

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Opioidprävalenz und Trends

Die relative Bedeutung verschiedener Opioide

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthältige Medikamente – größtenteils Substitutionsmittel (BMI 2017). Im Jahr 2016 erfolgten 2.077 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.186 Anzeigen wegen suchtgifthältiger Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar.

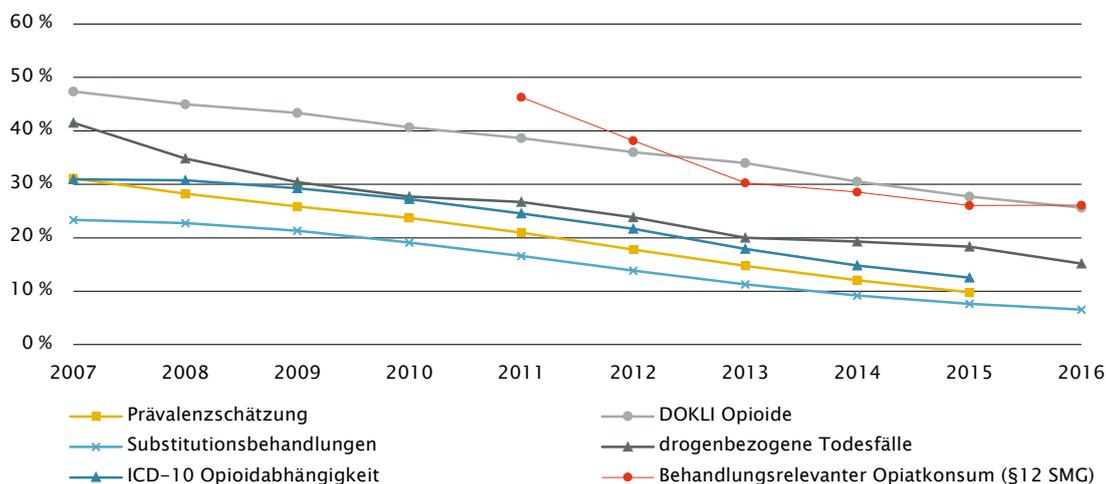
Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

Die Schätzungen zum Opioidkonsum in Österreich beziehen sich auf den risikoreichen Konsum von Opioiden. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EMCDDA der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013). Diese Definition deckt sich mit der Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen per se problematisch oder unproblematisch sind. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2014 bzw. 2015 machen eine Prävalenzrate von 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa fünf Personen pro 1.000 Österreicher/innen in der Altersgruppe 15- bis 64-Jährige von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich und elf Prozent sind unter 25 Jahre alt (46 %: 25 bis 34 Jahre). Eine detaillierte Analyse der aktuellen Schätzungen findet sich im Bericht zur Drogensituation 2016 (Weigl et al. 2016).

Abbildung 3.7:

Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenz nach DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogenen Todesfällen), Zeitreihe 2000–2016 (gleitender Mittelwert)



DOKLI-Opiode: Alle Personen mit der Leitdroge Opiode, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden;
 ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (aktuellste verfügbare Daten);
 Behandlungsrelevanter Opioidkonsum nach § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde; die Angaben sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen (Bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert); Daten 2011 und 2012 ohne Kärnten;
 Bei allen Datenquellen wurde vom Jahr 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt (bei behandlungsrelevantem Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls im Jahr 2011).

Quellen: Prävalenzschätzungen 2016, Busch et al. 2014, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der kontinuierliche Rückgang der Anzahl junger Personen mit Opioid-Problematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.7) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Zum behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, der im Rahmen von amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellt wurde, siehe auch Kapitel 2.

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – stellt den weitaus größten Teil des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich dar (vgl. Kapitel 5).

3.4.2 Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung

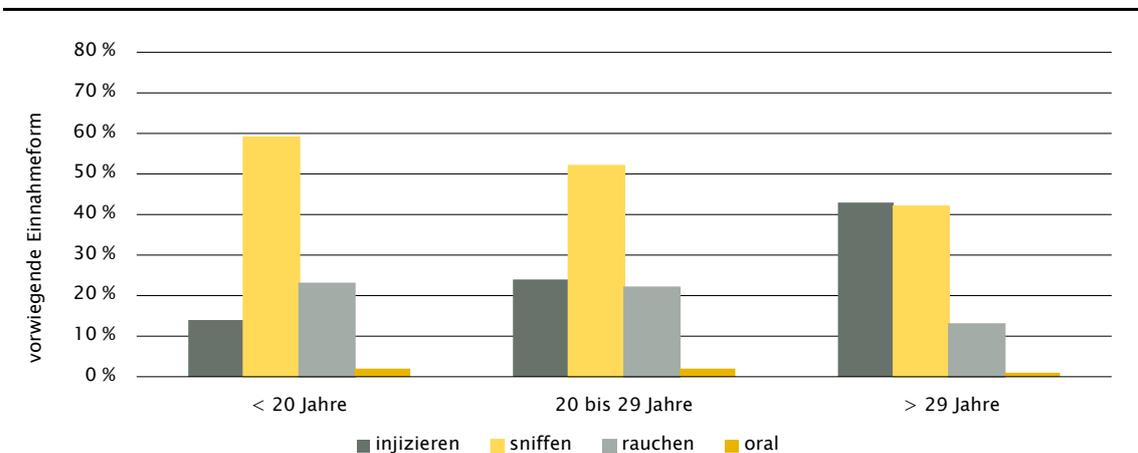
Injizieren und andere Konsumformen

Über die substanzspezifischen Prävalenzen (z. B. von Opiaten) hinaus ist auch interessant, welche Konsummuster vorherrschen (z. B. injizierender Konsum). Zum injizierenden Drogenkonsum in Österreich existieren keine expliziten Schätzungen. Überträgt man die Anzahl der Personen mit Leitdroge Opiate aus dem DOKLI-System, die Injizieren als vorwiegende Einnahmeform angeben (40–50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 12.000 bis 17.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum in höherem Ausmaß als andere Drogenkonsumenten/-konsumentinnen eine drogenspezifische Betreuung beginnen (schwere Drogenproblematik).

Anhand der DOKLI-Daten lässt sich auch ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Konsumierenden bzw. der Dauer des Opioidkonsums und der Einnahmeform von Heroin beobachten (vgl. Abbildung 3.8). Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von nasaler Applikationsform (Sniffen) auf Injizieren umsteigen (Busch und Eggerth 2010).

Abbildung 3.8:

Heroin-Einnahmeform* von Personen, die im Jahr 2016 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Altersgruppen (n = 963)



* Es wird nur jene Einnahmeform herangezogen, die als vorwiegende Form angegeben wird.

Quelle: GÖG – DOKLI Betreuungsjahr 2016

Daten zu Infektionskrankheiten bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum (in der Regel sind dies Personen mit polytoxikomanen Konsummustern mit Beteiligung von Opioiden) finden sich in Kapitel 6.

In Kapitel 5 wird die Behandlung von Opioid-Abhängigkeit dargestellt.

3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

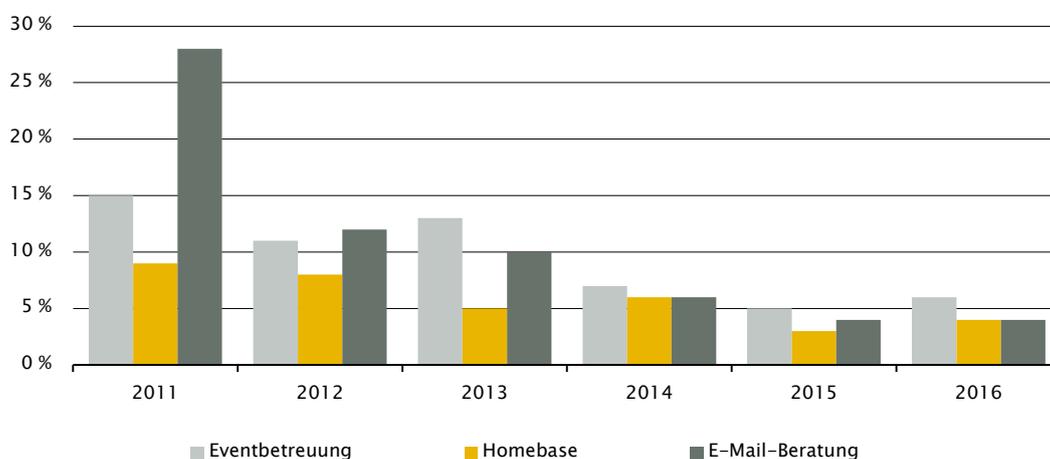
3.5.1 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen

Prävalenz und Trends bei NPS

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2016 gab es 78 diesbezügliche Anzeigen (2015: 48, 2014: 113, 2013: 128, 2012: 93 Anzeigen, siehe Kapitel 7). Die wenigen verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung (Weigl et al. 2014). Laut den aktuellsten verfügbaren Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) unter einem Prozent (Strizek und Uhl 2016). Für 14- bis 17-jährige Schüler/innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei drei Prozent, die Jahresprävalenz beträgt zwei Prozent (Strizek et al. 2016).

Die in Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss zum Konsum von NPS im Party-Setting.

Abbildung 3.9:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2016



Quelle: SHW 2017

Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten thematisierten Substanzen im Party-Setting. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 ab (vgl. Abbildung 3.9): E-Mail-Beratungen, bei denen NPS thematisiert wurden, sind beispielsweise im Jahr 2016 auf 4 Prozent zurückgegangen (während sie im Jahr 2011 noch bei 28 Prozent lagen). In Analysen der Drug-

Checking-Ergebnisse über den Zeitverlauf kommt das *checkit!*-Team zum Schluss, dass der bewusste Konsum von NPS im Party-Setting eher selten ist und dass aufgrund der besseren Verfügbarkeit die „klassischen“ Partydrogen (MDMA und Amphetamin) vorgezogen werden (SHW 2017). Der Rückgang des Konsums von NPS zeigt sich auch in den Beratungen von *MDA basecamp*. Im Jahr 2016 wurden solche Substanzen in den Beratungsgespräche am *MDA-basecamp*-Infostand auf diversen Partyveranstaltungen kaum thematisiert (Z6/Drogenarbeit 2017).

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle. Punktuell (zeitlich und räumlich) kam es allerdings manchmal zu Häufungen. (GÖG/ÖBIG 2012; Busch et al. 2015).

3.6 Quellen und Studien

3.6.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen

Personen, bei denen aufgrund einer Meldung der Polizei, einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde Hinweise auf Suchtgiftmissbrauch bekannt wurden, werden von der Gesundheitsbehörde hinsichtlich des Bedarfs nach einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet. Die Begutachtungsergebnisse müssen an das BMGF²⁶ gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2016 5.465 Begutachtungsergebnisse über 5.222 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). Bei Begutachtungen in Wien wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und pseudonymisiert dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswertungszwecke übermittelt.

Beratungsgespräche von *checkit!*

checkit! ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien GmbH* mit dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen von psychoaktiven Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an. Im Jahr 2016 verzeichnete *checkit!* 18 Eventbetreuungstage, rund 5.200 Informations- bzw. Beratungskontakte, mindestens 2.100 über Workshops erreichte Personen und 1.200 analysierte Proben (SHW 2017).

26

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, vormalig (vor 1. 7. 2016) BMG (Bundesministerium für Gesundheit)

Beratungsgespräche von *MDA basecamp*

Das *MDA basecamp* ist mit einem Informationsstand ca. zwei bis drei Mal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet sekundärpräventive, schadensminimierende Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln. Im Jahr 2016 wurden auf diese Weise 26 Veranstaltungen betreut; insgesamt gab es in diesem Jahr 5.216 Kontakte, 644 Informationsgespräche und 119 Beratungsgespräche (Z6/Drogenarbeit 2017).

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

Die Daten zu den Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz werden vom BMI gesammelt und jährlich veröffentlicht (vgl. Kapitel 7). Es handelt sich um polizeiliche Anzeigen, die auch die Aktivitäten und Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegeln. Im Jahr 2016 wurden insgesamt 36.235 Anzeigen eingebracht, wobei über 80 Prozent die Substanz Cannabis betrafen (siehe Kapitel 7).

Diagnosen der Leistungsdokumentation der Österreichischen Krankenanstalten (ICD-10 Spitalsentlassungsdiagnosen)

Die Zahlen zur stationären Versorgung werden mittels QGIS (Quantum Geoinformationssystem) gewonnen. Die Daten für dieses System stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Verfügung gestellt. 2015 ist das aktuellste Jahr, das zu Redaktionsschluss zur Verfügung stand. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthaltes. Zu jedem Aufenthalt gibt es Informationen über die Patientin / den Patienten sowie zu den gestellten Diagnosen. Einschränkend ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. In der österreichischen Spitalsentlassungsstatistik (DLD) sind Patienten/Patientinnen nicht identifizierbar, dokumentiert werden nur Entlassungen. Die Schätzung der Patientenzahl erfolgt unter der Annahme, dass es sich bei Aufenthalten, bei denen sowohl die dokumentierte Wohnpostleitzahl als auch Geschlecht und Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr) identisch sind, um eine im Betrachtungszeitraum mehrmals in stationäre Behandlung aufgenommene Person (einen Patienten / eine Patientin) handelt.

Unschärfen der Schätzung ergeben sich etwa durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, gleichem Geburtsdatum und gleicher Wohnort-Postleitzahl (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch den Wohnsitzwechsel von Personen mit gleichzeitiger Änderung der Wohnort-Postleitzahl oder der Änderung der Wohnort-Postleitzahl ohne Änderung der Wohnge-
meinde, z. B. im Rahmen von Gemeindezusammenlegungen (Überschätzung der Patientenzahl). Ab dem Jahr 2015 werden die Informationen zum Geburtsdatum nicht mehr übermittelt. Dadurch ist die Schätzung der Patientenzahl nicht mehr möglich. Stattdessen wird pro Person eine Patienten-ID mitgeliefert, die die eindeutige Identifikation ermöglicht. Jedoch fehlt diese ID bei einigen Patienten. Durch die Umstellung kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch.

Drogenbezogene Todesfälle

Die Daten zu drogenbezogenen Todesfällen werden jährlich vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen gesammelt (siehe Kapitel 6).

Klientendaten aus dem Dokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI)

siehe Kapitel 5

Österreichisches Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang Informationen zu NPS. Diese stammen im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) bzw. dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES²⁷), das fallweise Analysen jener Substanzen durchführt, die von BMI oder Zoll sichergestellt wurden. Weitere Informationen werden von den *Drug-Checking*-Projekten geliefert, d. h. von *checkit!* und seit 2014 auch von *MDA basecamp* (vgl. Weigl et al. 2014).

3.6.2 Studien

Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch 2004

Die repräsentative Bevölkerungserhebung 2004 wurde von 2. Juli bis 19. Oktober 2004 vom Markt- und Meinungsforschungsinstitut *market* in Form von Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Die Auswahl der Interview-Stichprobe erfolgte mittels Random-Sampling. Die bei diesem Projekt eingesetzten 512 Interviewer/innen erhielten die Adresse der Zielpersonen und übernahmen die Kontaktaufnahme und die Durchführung des Interviews. Im Haushalt wurde die Zielperson mittels Last-birthday-Methode ausgewählt. Die relativ geringe Ausschöpfungsquote von 21 Prozent – pro fünf ausgewählten Personen kam nur ein Interview zustande – ist teilweise durch den Befragungszeitraum zu erklären (der Schwerpunkt der Erhebungsphase lag in den Sommermonaten Juli bis September). Die Zusammensetzung der befragten Personen entsprach in den wichtigsten demographischen Merkmalen (z. B. Geschlecht oder Alter) der österreichischen Bevölkerung ab dem 14. Lebensjahr. Nach Erstsichtung der erhobenen Daten und Eliminierung mangelhaft erhobener Interviews betrug der Stichprobenumfang 4.546 Datensätze (Bruttostichprobe: ca. 22.000 Personen) (Uhl et al. 2005a).

27

Das Bundesamt ist Teil der Österreichischen Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES).

Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch 2008

Der Fragebogen wurde in einer Kooperation des LBI für Suchtforschung und der GÖG erstellt. Das Markt- und Meinungsforschungsinstitut *market* war für die Durchführung der Face-to-Face-Interviews verantwortlich. Nach einem Briefing der Interviewer/innen wurden die Zielpersonen mittels Random-Sampling ausgewählt. Die 593 eingesetzten Interviewer/innen erhielten die Adressen der Zielpersonen und übernahmen Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews. Im Gegensatz zur letzten Erhebung wurden bei diesem Forschungsprojekt zwei gleich große Subsamples unterschieden (Personen zwischen 15 und 24 Jahren und Personen über 24 Jahre). Beim Set für die Stichprobe der über 24-Jährigen wurde – entsprechend der Last-Birthday-Methode – jene Person im Haushalt befragt, die 25 Jahre oder älter war und zuletzt Geburtstag hatte. Beim Set für die Stichprobe der Zielgruppe 15- bis 24-Jährige wurde zunächst geklärt, ob eine Person entsprechenden Alters im Haushalt wohnt, und wenn mehrere Personen der definierten Altersgruppe vorhanden waren, mit der Person ein Termin vereinbart, die zuletzt Geburtstag hatte. Jede Adresse wurde zumindest dreimal kontaktiert (Ausnahmen: keine Zielperson in der Altersgruppe im Haushalt, Interview bereits gegeben oder Verweigerung). Die Beteiligungsquote lag bei 34,4 Prozent und damit deutlich über jener des Jahres 2004. Die Feldphase fand zwischen 27. Oktober und 1. Dezember 2008 statt. Eine telefonische Kontrolle wurde bei 46 Prozent der Interviews durchgeführt. 73 Bögen mussten ausgeschieden werden, es verblieben 4.196 auswertbare Fragebögen (Bruttostichprobe: ca. 12.000 Personen) (Uhl et al. 2009).

Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch 2015

Die Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch 2015 wurde größtenteils analog zu den beiden Vorerhebungen durchgeführt, um eine möglichst gute Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene zu gewährleisten. Der Fragebogen wurde aus Fragen mit Bezug zu Alkoholkonsum in Kooperation mit dem EU-Forschungsprojekt RARHA (Reducing Alcohol Related Harm Alliance) gestaltet, um die internationale Vergleichbarkeit zu maximieren. Durchgeführt hat die Erhebung das Markt- und Meinungsforschungsinstitut *market*. Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde im Jahr 2015 erstmals die Hälfte der Interviews mittels eines Online-Samples durchgeführt (die andere Hälfte wurde – wie in den Jahren zuvor – mittels Face-to-Face-Interviews erhoben). Teilnehmer/innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche zwischen der Online-Stichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten. Die Zufallsauswahl und die Kontaktaufnahme mit Teilnehmern/Teilnehmerinnen für die persönlichen Interviews sowie die Kontrolle der Interviewer/innen erfolgten analog zu den Vorerhebungen. Die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Onlinebefragung 51 Prozent. Die Datenerhebung fand zwischen 27. Oktober und 11. Dezember 2015 statt. Insgesamt konnten 4.014 Interviews realisiert werden (Strizek und Uhl 2016).

Drogenmonitoring Oberösterreich 2015

Das Institut *Suchtprävention* (Linz) führt im Rahmen des sogenannten *Drogenmonitorings* im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen eine oberösterreichweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogenkonsum und Substanzgebrauch durch. Von Dezember 2014 bis Jänner 2015 wurden 1.184 Personen ab 15 Jahren in Oberösterreich mittels Face-to-Face-Interviews befragt. Die Auswahl der Interviewpartner/innen erfolgte nach Quotenvorgaben für die einzelnen Interviewer/innen und wurde vom Linzer Marktforschungsinstitut *market* durchgeführt. Es handelt sich um eine nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und regionaler Verteilung repräsentative Quotenstichprobe. Zusätzlich zur Bevölkerungsbefragung wurden in einem begleitenden Panel mit Expertinnen und Experten zum Thema Methamphetamin quantitative und qualitative Daten in Verbindung gebracht. Neben Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Exekutive, Behandlung, Streetwork, Suchtberatung, aus niederschweligen Einrichtungen und anderen relevanten Einrichtungen wurden 163 Expertinnen und Experten aus der Jugendarbeit, dem Suchthilfebereich, der Exekutive, der Bewährungshilfe und dem Behandlungsbereich mittels Online-Erhebungsbogen befragt. Auch eine entsprechende Analyse von Routinedatenquellen (Anzeigen nach dem SMG, Diagnosedaten aus den öffentlichen Krankenanstalten, Anamnesedaten der Suchtberatungsstellen und Dokumentation der Substitutionsbehandlung) wurde durchgeführt (Seyer et al. 2016).

ESPAD 2003

Zielgruppe für die Erhebung 2003 waren Jugendliche des Geburtsjahrgangs 1987, die im Frühjahr 2003 noch eine Schule besuchten. Für die Stichprobe wurde aus allen Schulen mit Klassen der 9. und/oder 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl gezogen. Die Anzahl der zufällig ausgewählten Klassen pro Schultyp war indirekt proportional zur durchschnittlichen Klassengröße pro Schultyp, um eine möglichst repräsentative Stichprobe des Geburtsjahrgangs 1987 zu ziehen. In die österreichische Auswertung wurden 5.281 Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren einbezogen. Die Teilnahmequote war mit 74 Prozent der ausgewählten Schulen, 77 bzw. 92 Prozent der ausgewählten Klassen (für die 9. bzw. 10. Schulstufe) und 90 bzw. 92 Prozent (9. bzw. 10. Schulstufe) der Schüler sehr hoch (Uhl et al. 2005b).

ESPAD 2007

Analog zum Jahr 2003 wurden insgesamt 5.959 Schüler und Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (primär 14- bis 17-Jährige) mit Fragebögen zu ihren Drogenkonsum-Erfahrungen befragt. Eine parallel zu dieser Erhebung durchgeführte Validierungsstudie gibt Aufschlüsse über die Validität der Daten. Bei der Validierungsstudie wurden 100 Schüler/innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt haben, im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens mündlich zur Verständlichkeit der Fragen und zur Ernsthaftigkeit des Ausfüllens befragt. Die Schüler/innen wurden zufällig aus unterschiedlichen Schulen (mit unterschiedlichen Schultypen) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt. Die Interviews dauerten jeweils etwa eine Schulstunde (Strizek et al. 2008, Schmutterer et al. 2008).

ESPAD 2015

Schüler/innen der 9. und 10. Schulstufe waren auch Zielgruppe der ESPAD-Erhebung im Jahr 2015. Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde diesmal die gesamte Erhebung mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Durch einen teilweise personalisierten und teilweise zufällig erstellten Zugangscode konnte gewährleistet werden, dass die Anonymität der Teilnehmer/innen gewahrt wird und gleichzeitig eine Zuordnung zu Schule und Klasse möglich ist. Im Laufe von drei Erhebungswellen wurden sämtliche Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe angeschrieben, zwei Klassen mittels Zufallsverfahren ausgewählt und alle Schüler/innen von ausgewählten Klassen zur Teilnahme eingeladen. Auf Schulebene konnte eine Antwort-Rate von 21 Prozent realisiert werden. Auf Schülerebene bzw. in ausgewählten Schulklassen lag die Beteiligungsrate hingegen bei 99 Prozent (Strizek et al. 2016).

HBSC 2010

Bei der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children Study) handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Die Wiederholung der Erhebungen ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist seit Beginn Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vier-Jahres-Rhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2010 6.493 Mädchen und Burschen und ist nach Alter, Geschlecht, Bundesland und Schultyp repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen Schülerinnen und Schüler. Die Rücklaufquote betrug 72 Prozent. (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)

HBSC 2014

Die Erhebung wurde analog zu jener des Jahres 2010 durchgeführt. Die Gesamtstichprobe 2014 in Österreich umfasste 5.983 Mädchen und Burschen. Die Rücklaufquote betrug 65 Prozent (Ramelow et al. 2015).

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Beim Capture-Recapture-Verfahren handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau von zwei (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehreren Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten durch die Drogeneinrichtungen.

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 drogenbezogenen Todesfällen findet sich im „Epidemiologiebericht Sucht 2016“ (Busch et al. 2016). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung darstellen. Die methodischen Limitationen werden z. B. bei Uhl und Seidler 2001, ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2006 und GÖG/ÖBIG 2010 detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittel-Monitoring

Das Wiener Suchtmittel-Monitoring wird alle zwei Jahre im Frühjahr an einer repräsentativen Stichprobe von ca. 600 Personen (*Stratified Multistage Clustered Random Sampling* aus rezentem Adressmaterial des Institutes) in Form mündlicher Interviews an der Wohnadresse der Zielpersonen durchgeführt. Die Erhebung zu den Konsumerfahrungen findet im Auftrag der *Wiener Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH* seit 1993 alle zwei Jahre mit vergleichbarer Methodik statt (IFES 2001 bis 2015). Daten der Erhebung von 2017 stehen noch nicht zu Verfügung.

3.7 Bibliographie und Anhang

3.7.1 Bibliographie

Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2017). Epidemiologiebericht Sucht 2017. Wien.

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

BMI (2017). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2016. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

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

Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien.

Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (2015). Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wien.

Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016). Epidemiologiebericht Sucht 2016. 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 Behavior in school-aged children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- 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.
- EMCDDA (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon.
- Europäische Kommission (2011a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm (16. 9. 2011).
- Europäische Kommission (2011b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel.
- Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (13. 7. 2014).
- Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – data. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (13. 7. 2014).
- Falbesoner, B., und Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009). Bericht zur Drogensituation 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013a). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.

- GÖG/ÖBIG (2013b). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., und Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz.
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- Klimont, J., Kytir, J., und Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

- 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.
- Ramelow, D., Teutsch, F., Hofmann, F., Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Schmutterer, I., Uhl, A., Strizek, J., Bachmayer, S., Puhm, A., Kobrna, U., Grimm, G., Springer, A., (2008): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen, Band 2: Validierungsstudie. Wien, Bundesministerium für Gesundheit
- 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.
- Seyer, S., Paulik, R., Gschwandtner, F., Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“ /pro mente OÖ. Linz.
- SHW (2017). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2016. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- 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.
- Strizek, J., und Uhl, A. (2016). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Kadlik, A., Schmutterer, I., Uhl, A. (2016). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, 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., Gnambs, 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., Strizek, J., Springer, A., Kobrna, U., und Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Z6/Drogenarbeit (2017). Tätigkeitsbericht 2016. Innsbruck.

3.7.2 Anhang

Tabelle A3. 1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich, 2004 bis 2015

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				Alter	%
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14+	20,1
			Ecstasy	14+	3,0
			Amphetamin	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 15 bis 64 Jahre (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
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2009b)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamin	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
			Schnüffelstoffe	14+	2
Wiener Suchtmittel-Mo- nitoring (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin, Speed	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	4
			andere illeg. Drogen	15+	3
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 15-59 Jahre (n = 984)	Cannabis	15-59	25,7
			Ecstasy	15-59	4,4
			Heroin	15-59	2,0
			Methamphetamin	15-59	0,5
			Amphetamin	15-59	2,5
			Kokain	15-59	3,5
			LSD	15-59	2,6
			Kräutermischungen	15-59	2,1
			Badesalz	15-59	1,2
			biogene Drogen	15-59	2,5
Wiener Suchtmittel-Mo- nitoring (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	<1
			Räuchermischung	15+	3
			andere illeg. Drogen	15+	2

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A3.1

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				15+	
Wiener Suchtmittel-Mo- nitoring (IFES 2013)	Wien 2013 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			Ecstasy	15+	4
			Amphetamin	15+	4
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	7
			Liquid Ecstasy	15+	<1
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	2
			andere illeg. Drogen	15+	4
Wiener Suchtmittel-Mo- nitoring (IFES 2015)	Wien 2015 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 617)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	6
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	5
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	2
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	<1
andere illeg. Drogen	15+	3			
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Strizek und Uhl 2016)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 4.014)	Cannabis	15+	19,5
			Ecstasy	15+	2,3
			Methamphetamin	15+	0,3
			Amphetamin	15+	1,7
			Kokain	15+	2,5
			Heroin	15+	0,4
			LSD	15+	1,5
			Biogene Drogen	15+	2,7
			Schnüffelstoffe	15+	2,4
			NPS	15+	0,5

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3. 2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2015

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				Alter	%
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schüler/innen 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
			Amphetamin	14-17	5
			GHB	14-17	1
			LSD	14-17	2
			Schnüffelstoffe	14-17	15
			Magic Mushrooms	14-17	4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner et al. 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschüler/innen 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
			Amphetamin	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
			Amphetamin	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	15-24	16,5 13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schüler/innen der 7. bis 13. Schul- stufe (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)	Schüler/innen 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
			Amphetamin	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

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A3. 2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				Alter	%
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
			Amphetamin	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 Suchtverhalten 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 Schüler/innen (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15	14
				17	27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommission 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1
Flash Eurobarometer Young People and Drugs (Europäische Kommission 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	38
			NPS	15-24	7
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schülerinnen & Schüler (n = 1.712 bzw. 1.184)		15	10
				17	25
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al., 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 463)	Cannabis	15-24	34,8
			Ecstasy	15-24	4,7
			Heroin	15-24	1,9
			Methamphetamin	15-24	1,4
			Amphetamin	15-24	4,3
			Kokain	15-24	4,7
			LSD	15-24	2,8
			Kräutermischungen	15-24	4,8
			Badesalz	15-24	1,4
			biogene Drogen	15-24	3,8
ESPAD Österreich 2015 Strizek et al. (2016):	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Schüler/innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 6.560)	Cannabis	15-16	19,9
			Ecstasy	15-16	2,0
			Kokain	15-16	1,8
			Crack	15-16	0,6
			Heroin	15-16	0,6
			Amphetamin	15-16	2,7
			GHB	15-16	1,4
			LSD	15-16	1,6
			Schnüffelstoffe	15-16	9,7
			Magic Mushrooms	15-16	2,0
			Methamphetamin	15-16	0,8

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3. 3:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen (15- bis 64-Jährige)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Absolute Anzahl der Personen									
2006	26	570	36	38	4	10	5	5	146	1.685
2007	26	710	26	48	4	16	4	7	115	1.554
2008	37	828	28	46	8	16	7	5	125	1.538
2009	32	773	24	33	4	15	4	11	122	1.567
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Pro 100.000 15- bis 64-Jährige									
2006	0,5	10,2	0,6	0,7	0,1	0,2	0,1	0,1	2,6	30,2
2007	0,5	12,7	0,5	0,9	0,1	0,3	0,1	0,1	2,1	27,8
2008	0,7	14,8	0,5	0,8	0,1	0,3	0,1	0,1	2,2	27,4
2009	0,6	13,7	0,4	0,6	0,1	0,3	0,1	0,2	2,2	27,9
2010	0,4	12,5	0,7	0,8	0,1	0,2	0,4	0,3	2,1	27,0
2011	0,6	15,1	0,7	0,9	0,1	0,2	0,3	0,2	7,0	26,6
2012	0,4	16,5	0,6	1,0	0,1	0,3	0,3	0,3	9,3	24,2
2013	0,3	15,4	0,6	1,3	0,1	0,3	0,3	0,6	6,8	22,9
2014	0,3	20,8	1,2	1,7	0,1	0,1	0,3	0,3	6,8	16,1
2015	0,2	15,3	0,9	1,4	0,1	0,2	0,3	0,4	2,0	11,1

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

F15.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein – schädlicher Gebrauch

F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein – Abhängigkeit

F19.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen – schädlicher Gebrauch

F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen – Abhängigkeit

Schädlicher Gebrauch = Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz, oder als psychische Störung, z. B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Abhängigkeit = Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Auswertungsfiler: exklusive 0-Tagesaufenthalte und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; bis 2014 beruhen die Patientenzahlen auf einer Schätzung (PLZ, Geburtsjahr, Geschlecht), ab 2015 (aktuellste Daten) ist eine Schätzung der Patientenzahl aufgrund von Umstellungen nicht mehr möglich bzw. notwendig, da es pro Patient/in eine anonymisierte Patienten-ID gibt; aufgrund von fehlender Patienten-ID kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung im Jahr 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet. Ab 2015 kommt es durch die Umstellungen zu einem Zeitreihenbruch.

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3. 4:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen (15- bis 64-Jährige)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Absolutanzahl der Personen									
2006	129	1.079	670	250	140	68	45	28	617	2.856
2007	131	1.259	677	316	131	111	51	23	592	2.688
2008	159	1.450	648	258	160	83	57	15	592	2.730
2009	189	1.522	806	260	149	65	45	28	597	2.734
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Pro 100.000 15- bis 64-Jährige									
2006	2,3	19,3	12,0	4,5	2,5	1,2	0,8	0,5	11,0	51,1
2007	2,3	22,5	12,1	5,7	2,3	2,0	0,9	0,4	10,6	48,1
2008	2,8	25,9	11,6	4,6	2,9	1,5	1,0	0,3	10,6	48,7
2009	3,4	27,1	14,3	4,6	2,6	1,2	0,8	0,5	10,6	48,6
2010	3,3	28,9	14,9	6,6	2,7	1,2	1,6	0,6	10,2	49,3
2011	3,2	28,5	16,4	7,1	2,7	1,7	1,6	0,8	15,9	50,6
2012	2,5	28,6	17,5	7,6	2,9	1,7	2,0	0,7	17,9	47,3
2013	2,9	29,6	20,8	10,6	3,7	2,1	3,0	1,9	14,4	44,0
2014	2,7	33,9	25,2	12,5	5,2	2,2	3,5	1,6	15,1	37,1
2015	2,1	26,2	21,7	11,2	3,9	2,1	3,8	1,3	9,2	27,2

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

F15.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein – schädlicher Gebrauch

F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein – Abhängigkeit

F19.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen – schädlicher Gebrauch

F19.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen – Abhängigkeit

Schädlicher Gebrauch = Konsum psychotroper Substanzen, der zu Gesundheitsschädigung führt. Diese kann als körperliche Störung auftreten, etwa in Form einer Hepatitis nach Selbstinjektion der Substanz, oder als psychische Störung, z. B. als depressive Episode durch massiven Alkoholkonsum.

Abhängigkeit = Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren, und anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen. Dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben. Es entwickelt sich eine Toleranzerhöhung und manchmal ein körperliches Entzugssyndrom. Das Abhängigkeitssyndrom kann sich auf einen einzelnen Stoff beziehen (z. B. Tabak, Alkohol oder Diazepam), auf eine Substanzgruppe (z. B. opiatähnliche Substanzen) oder auch auf ein weites Spektrum pharmakologisch unterschiedlicher Substanzen.

Auswertungsfiler: exklusive 0-Tagesaufenthalte und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; bis 2014 beruhen die Patientenzahlen auf einer Schätzung (PLZ, Geburtsjahr, Geschlecht), ab 2015 (aktuellste Daten) ist eine Schätzung der Patientenzahl aufgrund von Umstellungen nicht mehr möglich bzw. notwendig, da es pro Patient/in eine anonymisierte Patienten-ID gibt; aufgrund von fehlender Patienten-ID kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung im Jahr 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet. Ab 2015 kommt es durch die Umstellungen zu einem Zeitreihenbruch.

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	93
4.1	Zusammenfassung.....	93
4.2	Aktuelle Situation.....	94
4.2.1	Strategien und Organisation.....	94
4.2.2	Präventionsmaßnahmen.....	100
4.2.2.1	Strukturelle Prävention.....	100
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	102
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention.....	106
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention.....	108
4.2.3	Qualitätssicherung.....	110
4.3	Trends.....	111
4.4	Neue Entwicklungen.....	112
4.5	Quellen und Methodik.....	116
4.6	Bibliographie.....	117
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	119
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	119
4.9	Anhang.....	119

4 Suchtprävention²⁸

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Ziele und Leitsätze für die Ausrichtung der Suchtprävention finden sich in allen Strategien für Sucht- bzw. Drogenpolitik und betonen die Bedeutung eines ganzheitlichen und umfassenden sowie zielgruppenspezifischen Ansatzes. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Das inkludiert auch explizit strukturelle Maßnahmen im Sinne von Verhältnisprävention. Damit soll der Konsum von legalen und illegalen Substanzen verhindert bzw. verzögert, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten gefördert werden. In diesem Sinne ist Suchtprävention auch im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert bzw. wird als Teil von umfassenderen Maßnahmen der Gesundheitsförderung verstanden und umgesetzt.

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Weitere Akteure, die ebenfalls in die Umsetzung von Suchtprävention involviert sind, sind z. B. Suchthilfeeinrichtungen und Präventionsbeamte der Exekutive. Sie agieren jedoch häufig in enger Kooperation mit den Fachstellen. Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung und den Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll.

Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet, sondern beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Weiters bilden allgemein suchtpreventive Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für darauf aufbauende substanzspezifische Interventionen. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen bestehen auch zu legalen Substanzen. Beispiele für etablierte österreichweite Programme sind *Eigenständig werden* und *plus*, aber auch *Move* und *Step by Step* (die auch unter anderen Namen umgesetzt werden).

28

Suchtprävention bezieht sich in diesem Kapitel ausschließlich auf Suchtvorbeugung und inkludiert nicht z. B. tertiärpräventive Maßnahmen. Wie bereits in der Einleitung zum Bericht erwähnt, liegt der Fokus auf dem Bereich der illegalen Drogen. Daher werden auch in diesem Kapitel vorrangig suchtübergreifende Maßnahmen bzw. spezifische Maßnahmen zum Thema illegale Drogen berichtet – und auch dies nur beispielhaft.

Qualitätssicherung erfolgt vor allem über österreichweite Koordination (durch die *ARGE Suchtvorbeugung*) und regionale Kooperation, spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie über diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen.

Trends

Abgesehen von den vielfältigen, hinsichtlich möglicher Suchtformen unspezifischen Maßnahmen liegt in Österreich schon lange ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten auf dem Bereich der legalen Substanzen. Dieser Trend hat sich in den letzten zehn Jahren noch verstärkt, sodass spezifische Maßnahmen zur Vorbeugung der Entwicklung einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen inzwischen eher eine untergeordnete Rolle spielen. Ausgebaut werden v. a. Maßnahmen zur selektiven Prävention, inklusive jener im Partysetting, aber auch in anderen spezifischen Settings wie z. B. arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen. Personen mit Migrationshintergrund werden verstärkt als Zielgruppe angesprochen.

Neue Entwicklungen

Der Ausbau von Multiplikatorenschulungen steht im Vordergrund aktueller Bemühungen, d. h. Unterstützung jener Personen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt sind und Einfluss auf deren Überzeugungen und Verhaltensweisen ausüben können. Dazu gehört die Weiterentwicklung bestehender Programme, aber auch die Entwicklung neuer Angebote wie z. B. des Vorarlberger Lebenskompetenzprojekts *Gesundes Aufwachsen in Vorarlberg* oder von Projekten, die Kinder aus suchtbelasteten Familien stärken wollen (*startklar* und *Kleiner Leuchtturm*). Eine neue Studie (Institut für Gesundheitsplanung 2016) überprüfte mittels einer Onlinebefragung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren die Bemühungen in Oberösterreich, Suchtprävention entsprechend den Gesundheitszielen zu verstärken. Die Studie ergab, dass es schwieriger wird, Gemeinden und junge Menschen zu einer aktiven Rolle im Rahmen von suchtpreventiven Aktivitäten zu motivieren.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) sowie in der österreichischen Suchtpräventionsstrategie finden sich Ziele oder Leitsätze für die Suchtprävention. Darin wird zu- meist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale wie auch auf legale Substanzen und substanzun- gebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bil- dungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch Sekundärprävention bzw. problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprävention mitberücksichtigt. Prävention

wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. In manchen Strategien wird auch das Erlernen eines kritischen Umgangs mit z. B. psychoaktiven Substanzen als Ziel formuliert. Die *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* etwa betont die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprävention. Der neue Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020 (vgl. auch Kapitel 1) versteht unter einem kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. Verhaltensweisen die Verhinderung des Konsums, das möglichst lange Hinauszögern des Konsumbeginns, die Bestärkung in punktueller Abstinenz sowie die Entwicklung von Risikokompetenz (Land Salzburg 2016). Die österreichische Suchtpräventionsstrategie weist darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden sollten (BMG 2015).

In den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden Prioritäten gesetzt. Dazu gehören u. a. die Nutzung des Internet für Suchtprävention sowie Maßnahmen in bzw. für die außerschulische Jugendarbeit (wie z. B. Etablieren von nachgehender Jugendarbeit). Pläne für zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen beziehen sich größtenteils auf gefährdete oder obdachlose Jugendliche oder jene mit Migrationshintergrund, aber auch auf Gruppen von Personen, die Stimulantien oder *Neue psychoaktive Substanzen (NPS)* konsumieren, und auf Schwangere. Sehr häufig werden als prioritäre Maßnahmen auch spezifische Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Fachleute oder Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus verschiedensten Bereichen (z. B. Vereinen, Betrieben) sowie die Weiterentwicklung bestehender und die Entwicklung neuer Angebote anhand von Risikoprofilen genannt. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt. Für NÖ wird beispielsweise eine flächendeckende Umsetzung der bestehenden Lebenskompetenzprogramme im Pflichtschulbereich erwähnt (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016). Die Sensibilisierung der Bevölkerung und öffentlicher Entscheidungsträger/innen für suchtfördernde Mechanismen und Strukturen wird z. B. im neuen Salzburger Rahmenplan als weitere Aufgabe der Suchtprävention gesehen (Land Salzburg 2016).

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der neuen österreichischen Suchtpräventionsstrategie sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) sowie verschiedene strategische Dokumente (z. B. des Bildungsressorts oder die den Health-in-all-Policies-Ansatz verfolgenden Gesundheitsziele Österreich; vgl. auch Kapitel 1) von Bedeutung. Hier ist vor allem der *Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUK 2008)²⁹. Auch die Grundsätze schulischer Suchtprävention³⁰ sind von Relevanz.

29

Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/?L=0> (4. 8. 2016)

30

Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/> (4. 8. 2016)

Auf Ebene der Bundesländer gibt es ebenfalls strategische Dokumente, die sich auf Suchtprävention beziehen, z. B. die Tabakpräventionsstrategien in Kärnten³¹ und der Steiermark³², die beide weiterhin umgesetzt werden (Drobesch-Binter, p. M.), sowie der steirische *Aktionsplan³³ Alkohol* (APA). Im Zuge der Umsetzung dieser Strategien kommen neben spezifischen auch substanzübergreifende Maßnahmen zum Einsatz (z. B. feel-ok.at³⁴). Die Maßnahmen des APA sollen die gesamte steirische Bevölkerung sowie primär moderate und problematische Konsumgruppen ansprechen (Land Steiermark 2013).

Schließlich ist auch das *Positionspapier Tabak* der ARGE Suchtvorbeugung (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2014) von Bedeutung, das eine langfristige österreichweite Tabakstrategie, eingebettet in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention, einfordert. Als Vision wird *Nichtrauchen als Normalität* definiert – was mittlerweile Eingang in das Gesetz gefunden hat –, als Ziele werden Raucheinstieg verhindern, Rauchausstieg unterstützen und Nichtraucherschutz genannt. Das Positionspapier listet eine Vielfalt von Maßnahmen auf, die aus Sicht der *ARGE Suchtvorbeugung* sinnvoll sind und zur Senkung des Tabakkonsums beitragen können.

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Kapitel 1) eine zentrale Rolle spielen. Diese Fachstellen zeichnen sich durch sehr unterschiedliche Träger und Finanzrahmen aus, was sich in Struktur und Mitarbeiteranzahl und damit auch im Umfang der umgesetzten Projekte äußert. Während beispielsweise die burgenländische Fachstelle dem *PSD Burgenland* zugeordnet ist und die Fachstelle für Suchtprävention NÖ Vereinsstatus hat, gehört die Landesstelle Suchtprävention Kärnten zur Abteilung 5 (Gesundheit und Pflege), Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination des Amts der Kärntner Landesregierung.

Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung und Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll. Dies sind Großteils Lehrende, aber auch Nachmittagsbetreuer/-innen, Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, Freizeitpädagoginnen und -pädagogen, Entscheidungsträger/-innen in Gemeinden und Betrieben etc. Die Angebote der Fachstellen decken nicht nur unspezifische und spezifische Maßnahmen ab, sondern auch verschiedene Settings und

31
Siehe <http://kaernten-rauchfrei.at/> (26. 7. 2016)

32
Siehe http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf (26. 7. 2016)

33
Siehe <http://www.gesundheitsfoerderung-steiermark.at/themen/gesundheitsf%C3%B6rderungsfonds/alkoholpr%C3%A4vention> (25. 7. 2017)

34
Siehe http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (4. 8. 2016)

Ansätze, meist zur universellen³⁵ und selektiven³⁶ Prävention. Maßnahmen zur indizierten Prävention³⁷ werden zwar auch von den Fachstellen konzipiert, die Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend durch Mitarbeiter/innen anderer Einrichtungen (z. B. Drogenberatungsstellen) oder von Beschäftigungsangeboten. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

Zusätzlich sind je nach Bundesland weitere Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert. Dies sind u. a. Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung ist. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamte der Polizei sowie Schulärztinnen und -ärzte und die Schulpsychologie in der Suchtprävention aktiv. Sie kooperieren teilweise eng mit den Fachstellen. Ein Erlass des BMI stellt den Einsatz von geschulten Präventionsbeamten sicher, sie werden u. a. durch die Fachstellen geschult. Zusätzlich werden in manchen Bundesländern Koordinatoren/Koordinatorinnen für schulische Suchtprävention eingesetzt, die ebenfalls von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen.

Langjährige Erfahrungen mit solchen Kooperationen gibt es beispielsweise in Tirol (*Schulische Suchtinformation*)³⁸ und Oberösterreich (*Clever & Cool*)³⁹. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/innen spielen eine Rolle (vgl. Abschnitt 4.2.2), z. B. ist *Styria Vitalis* Träger des internetbasierten Präventionsprogrammes *feel-ok.at*. Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, ehemalige Userinnen und User) aktiv, die Schulen direkt ansprechen und einmalige Workshops anbieten.

35

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

36

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

37

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines problematischen Verhaltens aufweisen und die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit zwar noch nicht erfüllen, aber aufgrund ihrer individuellen Situation ein besonders hohes Risiko tragen. Als Indikatoren für ein erhöhtes Risiko für eine Suchtentwicklung führt die EMCDDA z. B. soziale Verhaltensauffälligkeiten und frühes aggressives Verhalten, aber auch Rückzug von Familie und Freundeskreis an.

38

Mehr Information unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfo/ (4. 8. 2016)

39

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/clever-cool.html> (24. 8. 2016)

Zur Koordination von österreichweiten Präventionsprogrammen sowie von Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung haben sich die Fachstellen zur *ARGE Suchtvorbeugung* zusammenschlossen. Diese organisiert eine jährliche Fachtagung für ihre Mitarbeiter/innen (vgl. Abschnitt 4.2.3, hat aber auch die Aufgabe, die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. Bundesdrogenforum, Alkoholforum) zu vertreten.

In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Zusätzlich gibt es beispielsweise in der Steiermark die *Arbeitsgruppe SAC*, die aus Suchtkoordination (Land Steiermark und Graz), der Fachstelle für Suchtprävention, verschiedenen Fachabteilungen, Vertretern/Vertreterinnen der Exekutive (Sicherheitsdirektion, Bundespolizeidirektion, Landeskriminalamt), der Kinder- und Jugendanwaltschaft, dem Landesschulrat, dem Landesjugendreferat, dem Landesverband der Elternvereine, der Drogenberatung des Landes und Vertretern/Vertreterinnen des Drogenfachgremiums besteht. Zusätzlich gibt es regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteuren und Institutionen, wie z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*⁴⁰ oder regionale Arbeitskreise.

Auf Bundesebene spielt für das Setting Schule auch noch das Bildungsministerium eine Rolle, allerdings eher hinsichtlich Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung in der Schule (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2012, Haas et al. 2012).

Maßnahmen zur Suchtprävention können aus verschiedenen Budgets finanziert werden, wobei dafür vorrangig Budgets der Bundesländer aus dem Bereich Gesundheit (z. B. die Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen werden. Laut neuem Salzburger Rahmenplan stellt das Salzburger Behindertengesetz (konkret § 10) die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar (Land Salzburg 2016). Auf Bundesebene besteht eine Finanzierungsmöglichkeit über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), diese betrifft jedoch vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer und erfordert eine Kofinanzierung. Das Bildungsressort finanziert im Wesentlichen die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Darüber hinaus werden Informationsmaterialien zum Thema „Suchtprävention in der Schule“ erarbeitet und aktualisiert (BMUKK 2012 und BMUKK 2007)⁴¹ oder Projekte zu unterschiedlichen Gesundheits- und Umweltthemen über den Bildungsförderungsfonds für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung gefördert. Weitere Maßnahmen wie z. B. die Schulsozialarbeit oder das Jugendcoaching (vgl. Abschnitt 4.2.2), die nicht spezifisch auf Suchtprävention ausgerichtet sind und eher der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, werden vom Sozialministerium finanziert. Eine weitere,

40

Mehr Informationen unter <http://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevension/salzbuerger-praevensionsfruehstueck/> (4. 8. 2016)

41

Stehen online zur Verfügung unter <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevension/> (4. 8. 2016)

wenn auch geringe Rolle spielen andere Quellen, wie z. B. das BMGF, die *Eigenständig werden*-Privatstiftung oder Rotary Austria. Eine Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es nicht. Im Rahmen einer Studie wurde jedoch versucht, die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention – und damit auch für Suchtvorbeugung – in Österreich zu erheben (vgl. Kapitel 1).

Schulische Programme wie *plus* oder *Eigenständig werden* werden von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert. Für die Umsetzung anderer suchtpreventiver Maßnahmen fallen manchmal Kosten an, die die „Auftraggeber“ (d. h. Schulen, Kindergärten etc., die an Programmen teilnehmen wollen) aus den eigenen Budgets zu bezahlen haben bzw. von den Eltern übernommen werden müssen. Das Tiroler Angebot *Schulische Suchtinformation* beispielsweise setzt Präventionsbeamte und Mitarbeiter/innen von *kontakt+co* in ihrer Arbeitszeit ein, nach einer Vereinbarung mit dem Landesschulrat fallen für die Schulen nur dann Kosten an, wenn von der Schule kein Dokumentationsblatt übermittelt wird⁴².

Mit der Finanzierung sind meist auch Qualitätsanforderungen verbunden, die üblicherweise von den Ländern vorgegeben werden (z. B. sind im Fall einer Finanzierung durch die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) deren Förderrichtlinien⁴³ zu berücksichtigen).

In Österreich besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind jedoch gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, –aufklärung und –information zu verwenden. Ein Promille der Einnahmen aus dem Glücksspielbereich ist für die Stabsstelle für Spielerschutz und deren Belange gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl. 1989/620). Aus diesen Quellen dürfte jedoch nur ein äußerst geringer Anteil für konkrete Maßnahmen der Suchtprevention bzw. entsprechende Forschung eingesetzt werden. Die Zweckwidmung von Steuergeldern für Prävention ist daher immer wieder eine Forderung von Fachleuten und z. B. auch im Positionspapier Tabak der *ARGE Suchtvorbeugung* zu finden. In der österreichischen Suchtpreventionsstrategie wird nunmehr festgehalten, dass Suchtprevention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll, aber auch Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel einfließen sollen.

42

Mehr Information unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfo/ (4. 8. 2016)

43

Die Förderrichtlinien sind nachzulesen unter <https://sdw.wien/de/ueber-uns/foerderungen/> (24. 8. 2016)

4.2.2 Präventionsmaßnahmen⁴⁴

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das unmittelbare Umfeld hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren. Es wird daher mit vielfältigen Maßnahmen versucht, das Umfeld Jugendlicher so zu gestalten, dass es schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, die Wahrscheinlichkeit für den Konsum psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen von Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen zu Jugendschutz und Gesundheitsförderung⁴⁵ bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, die die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher und indirekt auch die Gesundheit Jugendlicher wesentlich beeinflussen. Mehr zu Gesundheitsdeterminanten und ihrem Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen findet sich in Haas et al. (2012).

Bemühungen, das jeweilige Umfeld gesundheitsförderlich zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu fördern, sind in den österreichischen Gesundheitszielen (BMG 2017), der Gesundheitsförderungsstrategie (BMG 2014) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) verankert (vgl. auch Kapitel 1).

Konkret gefördert wird dies z. B. durch Initiativen wie *Gesunde Schule*⁴⁶ oder *Gesunde Gemeinde* sowie das *Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung*. Auch die Initiative des Bildungsministeriums zur Förderung der Schulqualität in der Allgemeinbildung (SQA)⁴⁷ kann hier Einfluss ausüben, da der Lebensraum Klasse und Schule als ein Qualitätsbereich definiert wurde. Für den Qualitätsbereich Lernerfahrungen und Lernergebnisse ist definiert, dass sich seine Qualität an den Kompetenzen der Schüler/innen und der physischen und psychischen Gesundheit aller Beteiligten zeigt. Die konkreten Themen, an denen im Sinne einer Qualitätsentwicklung gearbeitet werden soll, werden von der Schule selbst festgelegt und können z. B. Gesundheitsförderung oder Suchtprävention sein.

44

Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

45

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 (umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden) zu befähigen.

(<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>)

46

Siehe <http://www.gesundeschule.at/> (4. 8. 2016)

47

Siehe <http://www.sqa.at/> (13. 7. 2016)

In diesem Zusammenhang sind auch sog. *Frühe Hilfen* relevant. *Frühe Hilfen*⁴⁸ bieten durch den Aufbau regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke geeignete Strukturen, die wiederum eine – im Sinne eines indizierten Angebots – passgenaue und frühzeitige Unterstützung von Schwangeren und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern ermöglichen sollen. Frühe Hilfen integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte, sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie zu verstehen, enthalten aber auch Elemente der indizierten Prävention. Der Fokus liegt nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtblastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe von *Frühen Hilfen*. Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und Angeboten der Fachstellen für Suchtprävention bestehen und ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten der Suchtprävention bzw. Suchthilfe. Beispielsweise werden in NÖ auf diesem Weg Vorträge zum Thema „Sucht in der Schwangerschaft und Stillzeit“ angeboten, (werdende) Mütter mit problematischem Konsum legaler oder illegaler Drogen können an das Projekt DESK (Drogen, Eltern, Sucht, Kinder) weitervermittelt werden.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden meist verschiedene Strategien verfolgt: neben strukturellen Veränderungen werden häufig Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, die betriebsspezifische abgestufte Vorgangsweisen für den Umgang mit Suchtverhalten definieren. Diese sind häufig unspezifisch formuliert, konkrete Maßnahmen beziehen sich jedoch schwerpunktmäßig auf das Thema Alkohol und auf erwachsene Mitarbeiter/-innen (vgl. auch Abschnitt 4.2.2.2).

Weitere Maßnahmen, die sich direkt an Kinder- und Jugendliche richten und ihr Lebensumfeld positiv beeinflussen sollen, sind z. B. die außerschulische Jugendarbeit generell (mit dem Ziel, adäquate Räume für Jugendliche zu schaffen und Lobbyarbeit für Jugendliche zu betreiben), die Schulsozialarbeit (mit dem Ziel, die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen) oder das Jugendcoaching (mit dem Ziel, Schulabbrüche zu verhindern). Zu erwähnen sind auch die zunehmend umgesetzten *Jugendgesundheitskonferenzen*⁴⁹, bei denen die im Vorfeld von den Jugendlichen durchgeführten Projekte und dabei erarbeiteten Vorschläge rund um das Thema Gesundheit präsentiert werden.

Hinsichtlich struktureller Maßnahmen mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol und Tabak sei auf die aktuellen Landesgesetze verwiesen. Die Veränderung sozialer Normen steht im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des aktuellen Trends zum Nichtrauchen und

48
Mehr Information unter <http://fruehehilfen.at/> (4. 8. 2016)

49
Diese werden als ein Schwerpunkt der Vorsorgestrategie 2015/2016 mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen zu stärken, von der Bundesgesundheitsagentur gefördert. Mehr Information unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Vorsorgemittel/Projekte_im_Zeit-raum_2015_bis_2016 (4. 8. 2016)

die Sensibilisierung von Erwachsenen hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. Zur Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bietet z. B. VIVID⁵⁰ Weiterbildungen zum Thema Rauchen für verschiedenste Gesundheitsberufe an.

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Weiters bilden allgemein suchtpreventive bzw. substanzübergreifende Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für aufbauende substanzspezifische Interventionen. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen gibt es auch zu legalen Substanzen. Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen setzt auf die Förderung von Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik, aber auch – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Peer Education wird v. a. bei Maßnahmen zum Thema Alkohol eingesetzt (z. B. *PartyFit!* in Wien⁵¹ oder *Peer drive clean* in oberösterreichischen Fahrschulen), ist aber oft auch substanzübergreifend ausgerichtet (z. B. das oberösterreichische Projekt *Peer Education*⁵²).

Genderspezifische Ansätze werden v. a. beim Thema Essstörungen berücksichtigt, aber auch zu anderen Suchtthemen werden häufig nach Geschlechtern getrennte Workshops durchgeführt. Im Zusammenhang mit Alkohol und Tabak stehen die Auseinandersetzung der Jugendlichen mit den Daten und Fakten und dadurch die Beeinflussung von Normen im Vordergrund. Maßnahmen mit Bezug auf Essstörungen setzen sowohl auf eine Sensibilisierung von Pädagoginnen und Pädagogen für das Thema, als auch auf die Entwicklung von Handlungsstrategien für einen angemessenen Umgang mit Betroffenen. In Niederösterreich gibt es ein substanzübergreifendes Angebot, das sich nur an Schüler richtet (*Männer Leben Anders*) und in interaktiven Workshops (4 UE) u. a. die Auseinandersetzung mit dem männlichen Rollenbild fördern möchte (Weissensteiner p. M.). Das Angebot beinhaltet auch Vorträge für Eltern (2 UE) und Workshops für Lehrpersonen, Schulärztinnen/-ärzte sowie andere pädagogische Betreuer/innen (4 UE).

In Hinblick auf die neuen Medien ist die Förderung von Medienkompetenz von Bedeutung; diese wird zunehmend mit einer Reflexion der Lebenswelt bzw. von Suchtverhalten und der Vermittlung

50

Mehr Information unter <http://www.vivid.at/angebot/gesundheitsberufe/> (4. 8. 2016)

51

Mehr Information unter <http://www.partyfit.at/> (4. 8. 2016)

52

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/peer-education.html> (24. 8. 2016)

von weiteren suchtrelevanten Informationen verknüpft (z. B. im Rahmen des Vorarlberger Projekts *REFLECT AND ACT! 2.0*⁵³; vgl. auch Abschnitt 4.2.3)

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Eigenständig werden*⁵⁴ und *plus*⁵⁵; vgl. Tabelle A4. 1, Tabelle A4. 2 und Weigl et al. 2014) gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt, weiterentwickelt und auf andere Bundesländer ausgeweitet werden. Auch das Programm *feel-ok.at* wird in den meisten österreichischen Bundesländern umgesetzt. Dieses internetbasierte Programm richtet sich an Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, möchte u. a. einen gesunden Umgang mit Stress, aber auch ein angemessenes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fördern und arbeitet mit Selbst-Tests, Quizzes, Videos etc. Für Lehrpersonen stehen auch Unterrichtsmaterialien zur Verfügung. Zusätzlich werden neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen bzw. auf die unterschiedlichen Settings eingehen zu können. Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht jedoch nur einige ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

Ein wesentliches Implementierungssetting für Suchtprävention ist die **Schule**. Maßnahmen an Schulen sollen grundsätzlich unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden laufend Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen, Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten angeboten. Ziele sind generell eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie die Stärkung der Lebenskompetenzen von Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen zielt Suchtprävention v. a. auf die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und deren Reflexion ab. Häufig ergänzen Elternabende oder -workshops das Angebot.

Neben den erwähnten österreichweit umgesetzten Programmen *Eigenständig werden* und *plus* wird z. B. in Niederösterreich bereits seit Langem ab der 5. Schulstufe das modulare *Stationenmodell*⁵⁶ eingesetzt. Nach einer zweiteiligen Fortbildung für Lehrer/innen zu suchtrelevanten Basisinformationen und Methoden für suchtpreventive Aktivitäten (inklusive struktureller Maßnahmen) werden ein Elternabend und anschließend ein Aktionstag an der Schule durchgeführt. Am Aktionstag betreuen die geschulten Lehrer/innen verschiedene Stationen, die die Schüler/innen in Kleingruppen durchlaufen. Eine Ergänzung durch Angebote der Exekutive, z. B. in Form von Workshops für Schüler/innen oder Information für Eltern, ist möglich. *Clever & Cool*, ein bewährtes

53

Mehr Information unter <http://www.supro.at/projekte/reflect-and-act/> (4. 8. 2016)

54

Mehr Information unter <http://www.eigenstaendig.net/> (4. 8. 2016)

55

Mehr Information unter <http://www.suchtvorbeugung.net/plus/> (4. 8. 2016)

56

Mehr Information unter <http://www.fachstelle.at/stationenmodell/> (4. 10. 2017)

Programm aus Oberösterreich, sieht hingegen elf Module mit insgesamt 34 Unterrichtseinheiten für die 7. und 8. Schulstufe vor, die in Kooperation mit der Landespolizeidirektion OÖ, dem Jugendservice des Landes OÖ und dem Verein *Bily* (Sexualpädagogik) umgesetzt werden. Der Einsatz von Peers ist das Schlüsselement von *Peer-Education* (Oberösterreich), das sich an Schüler/innen der 9. bis 11. Schulstufe richtet und Peers darin unterstützt, innerhalb dieser zwei Jahre suchtpräventive Aktivitäten umzusetzen.

Auch Theater- und Erlebnispädagogik wird gerne eingesetzt, vor allem substanzübergreifend (z. B. in Wien unter den Titeln *Achterbahn 12-14*⁵⁷ als Outdoor-Tag oder als dreitägiges Angebot für die 6. bis 8. Schulstufe sowie *GrenzGang*⁵⁸ als Outdoor-Tag oder Outdoor-Woche für die 8. bis 13. Schulstufe, in Niederösterreich das Mitspieltheater *Treffpunkt ICH* für Volksschulen) oder zum Thema Alkohol (z. B. in Wien unter dem Titel *Fetter Auftritt – Forumtheater zur Alkoholsuchtprävention*⁵⁹ u. a. für Schüler/innen und Lehrlinge, in Kärnten als Klassenzimmertheater *Immer und überall* für Schüler/innen ab der 8. Schulstufe) oder zum Thema Tabak/Nikotin (z. B. in Wien unter dem Titel *Hast du Feuer?*⁶⁰ für Schüler/innen ab 12 Jahren). Diese Methoden setzen auf die prägende Wirkung von Erlebtem und dessen Reflexion. Erlebnispädagogische Übungen sollen darüber hinaus auch das Wahrnehmen und Beurteilen von riskanten Situationen fördern. Darüber hinaus wird auch der Gruppenzusammenhalt gefördert.

In den Settings **Kinderkrippen, Kindergarten** und **Familie** werden v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umgesetzt sowie Informationsmaterialien bereitgestellt und Elternabende organisiert. Die Vermittlung von Wissen und Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung von Lebenskompetenzförderung, aber auch die Auseinandersetzung mit den persönlichen Einstellungen und Rollenbildern (z. B. Fortbildungsreihe *Suchtprävention im Kindesalter* von VIVID) sind wesentliche Bestandteile dieser Fortbildungen. Das Prinzip des spielzeugfreien Kindergartens oder der spielzeugfreien Kinderkrippe wird in diesem Zusammenhang ebenfalls immer wieder propagiert. Die Stärkung der Zusammenarbeit von Kleinkind-, Kindergarten- und Hortpädagoginnen/-pädagogen mit den Eltern ist oft ebenfalls ein Ziel (z. B. des Kärntner Projektes *Acht Sachen, die Erziehung stark machen*). In Niederösterreich wird ebenfalls im Kindergarten Theaterpädagogik eingesetzt (*Schmetterling & Pandabär*).

Viele Maßnahmen setzen direkt an der Erziehungskompetenz der Eltern an. In allen Bundesländern werden beispielsweise Vorträge für Eltern und Elternworkshops angeboten, die neben einem

57

Mehr Informationen unter <https://sdw.wien/de/praevention/schule/#achterbahn> (31. 8. 2017)

58

Mehr Information unter <https://sdw.wien/de/praevention/schule/#grenzgang> (31. 8. 2017)

59

Mehr Information unter <https://sdw.wien/de/praevention/schule/#fetterauftritt> (31. 8. 2017)

60

Mehr Information unter <https://sdw.wien/de/praevention/schule/#hastdufeuer> (31. 8. 2017)

theoretischen Input viel Zeit für die Diskussion von konkreten Situationen aus dem Erziehungsalltag bieten. Die Workshops von *Starke Partnerschaft von Anfang an* in Oberösterreich zielen hingegen darauf ab, die bewusste Gestaltung des Alltags zu dritt bzw. der Paarbeziehung kurz nach der Geburt zu unterstützen. Das *Eterncafé* von VIVID besteht aus einer dreiteiligen Seminarreihe (dreimal je 2 Stunden) in gemütlicher Atmosphäre, die es Eltern von bis zu 10-jährigen Kindern ermöglicht, Schwerpunktthemen auszuwählen und in einer geschlossenen Gruppe die eigenen Erfahrungen zu reflektieren.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe**, die für den vorliegenden Bericht relevant sind, zielen großteils darauf ab, die Entwicklung von Suchtverhalten bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung, Reflexion und Handlungsanleitungen für die Verantwortlichen oder Bezugspersonen in Betrieben und Lehrlingshäusern sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. Dabei wird u. a. darauf eingegangen, wie die persönlichen Schutzfaktoren der Lehrlinge gestärkt werden können und welche Gefährdungen mit Substanzkonsum verbunden sind. Die Betriebe werden dabei unterstützt, frühzeitig die richtigen Schritte zu setzen (z. B. durch *pib – Prävention in Betrieben* in Tirol). Auch das Verhindern einer Suchtentwicklung bei bzw. der Umgang mit suchgefährdeten Erwachsenen im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier meist das Thema Alkohol im Vordergrund steht. In Vorarlberg werden beispielsweise im Rahmen des Projektes *ZOOM* unter dem Titel *klartext* eintägige (8 UE) Ausbildungskurse für Lehrkräfte und Lehrlingsverantwortliche angeboten, die die Teilnehmer/innen zur Umsetzung der entsprechenden Unterrichtsmaterialien befähigen und in Kombination mit Workshops für Jugendliche durchgeführt werden (Stiftung Maria Ebene 2015).

Für den Umgang mit suchgefährdeten Erwachsenen in Betrieben wird z. B. in Oberösterreich fachliche Begleitung bei der Erarbeitung von maßgeschneiderten Präventionsprogrammen angeboten (Institut Suchtprävention 2016). Für Klein- und Kleinstbetriebe wurde bereits im Jahr 2013 eine Handlungsanleitung aufbereitet, die auch arbeitsrechtliche Aspekte enthält.

Im Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt der Fokus der Maßnahmen ebenfalls auf der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die Fachstellen für Suchtprävention setzen bei ihren Angeboten für Jugendliche seit einigen Jahren verstärkt auf den Einsatz von neuen Medien (z. B. durch *Digital Storytelling*). Diese Angebote richten sich an Jugendliche sowohl im Setting Schule als auch in der außerschulischen Jugendarbeit. Der Kärntner Lehrgang *Jugend und Sucht* beispielsweise ist berufsübergreifend konzipiert und adressiert Vertreter/innen aus Jugendwohneinrichtungen, Jugendzentren, Streetwork und Schulsozialarbeit. Neben einem Basiswissen zum Thema Sucht werden spezifische Interventionsmöglichkeiten vermittelt. Workshops der Fachstellen, die sich direkt an die Jugendlichen richten, bieten Raum für Diskussionen und Reflexionen in einem den Jugendlichen bekannten Setting und basieren auf Freiwilligkeit, Niederschwelligkeit sowie einer offenen, akzeptanzorientierten Haltung.

Universelle Maßnahmen im **Freizeitbereich** setzen im Wesentlichen auf das Thema Alkohol und werden v. a. in Kooperation mit (Fußball-)Vereinen umgesetzt. Dabei geht es meist um einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol durch Sensibilisierung von Trainern/Trainerinnen und anderen Schlüsselkräften oder durch *Peer Education* (z. B. *VOLLFAN statt voll fett* in Wiener Fußballstadien).

Gemeindeorientierte Suchtprävention möchte neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung konkrete, an der spezifischen regionalen Situation orientierte präventive Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Wichtig ist, dass die Gemeinde selbst initiativ wird, dass Partizipation in der Gemeinde gefördert wird und die Maßnahmen die jeweiligen Bedürfnisse der Gemeinde aufgreifen. Einen hohen Stellenwert nimmt gemeindeorientierte Suchtprävention in Oberösterreich ein, wo bereits seit Jahren unter dem Titel *Wir setzen Zeichen*⁶¹ Gemeinden bei der Planung und Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen unterstützt werden.

Als ein spezifisches Setting sollen noch die **Stellungsuntersuchungen** erwähnt werden, die praktisch von allen jungen Männern im Alter von 17–18 Jahren wahrgenommen werden müssen. In NÖ werden seit langem in diesem Rahmen Kurzvorträge abgehalten, die die Themen problematischer Konsum, Suchtverhalten und Hilfsangebote sowie die Substanzen Alkohol, Nikotin und Cannabis abdecken.

In Österreich werden aufgrund eines Konsenses mit den entsprechenden Fachleuten keine **Medienkampagnen** zu illegalen Substanzen durchgeführt. Medienkampagnen gibt es lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelner, meist gemeindeorientierter Projekte bzw. als Bewusstseinskampagnen zu legalen Substanzen. Als Beispiel soll die Tabakpräventionsinitiative des BMGF erwähnt werden, die noch bis 2018 läuft und in deren Rahmen auch das Programm plus verstärkt umgesetzt wird (vgl. Weigl et al. 2016).

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Zu selektiven Präventionsmaßnahmen zählen z. B. Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien**. Diese Maßnahmen basieren auf der Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, entweder im Rahmen von Ausbildungen (an Pädagogischen Hochschulen) oder als spezifische Seminare und Workshops u. a. für Kindergartenpädagoginnen und –pädagogen. In Wien werden dazu sowohl Basis– als auch Vertiefungsschulungen angeboten, in denen theoretische Grundlagen vermittelt und anhand von praktischen Übungen und konkreten Beispielen Handlungskompetenzen gefestigt werden⁶². Der Fokus liegt auf der Sensibilisierung von Fachpersonen in Kinderbildungs- und –betreuungseinrichtungen, da diese aufgrund des Vertrauensverhältnisses betroffene Kinder besonders gut unterstützen können.

In der Steiermark wird die Fortbildung *„Darüber spricht man nicht!?“ – Kindern in suchtbelasteten Familien Halt geben* z. B. auch sozialpädagogischen Familienbetreuern/–betreuerinnen angeboten. Direkt an betroffene Kinder (6– bis 12–Jährige) richtet sich z. B. das von der Beratungsstelle

61

Mehr Informationen unter <http://www.praevention.at/gemeinde/praeventionsprojekt-wir-setzen-zeichen.html/> (24. 8. 2016)

62

Mehr Information unter <https://sdw.wien/de/praevention/kindergarten/> (31. 8. 2017)

Clean (Vorarlberg) umgesetzte Projekt *Trampolin*⁶³. In einer kostenlosen tiergestützten Kindergruppe wird im Lauf von zehn Einheiten ein Verstehen von Alkohol- und Drogenwirkung vermittelt, im Vordergrund steht aber der Austausch mit anderen betroffenen Kindern sowie das Stärken ihres Selbstbewusstseins und ihr Umgang mit schwierigen Situationen.

Etliche bereits etablierte Präventionsmaßnahmen zielen auf **Jugendliche** in besonderen Settings ab, z. B. in **sozialpädagogischen Einrichtungen, arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen/Maßnahmen** und **Beschäftigungsprojekten**. Für die meisten der genannten Settings werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/innen umgesetzt, um ihnen Wissen zu vermitteln, sie für die eigene Vorbildwirkung zu sensibilisieren und ihre Handlungskompetenzen zu fördern. Beispielsweise bietet VIVID sowohl einen Lehrgang und eine Weiterbildung zum Thema Suchtvorbeugung als auch individuelle fachliche Beratung⁶⁴ für die Entwicklung einrichtungsinterner Handlungsalternativen und die Umsetzung längerfristig wirksamer Maßnahmen an. Aktivitäten, die sich direkt an die Jugendlichen richten, zielen auf eine Förderung von Risikokompetenz ab. Von VIVID wird z. B. gekoppelt mit den Maßnahmen für Trainer/innen *CHOICE* für Jugendliche angeboten (vgl. 4.2.2.4). Im Gegensatz zu Vorarlberg werden die Jugendlichen aufgrund von Zielsetzung und Inhalten des Programms und nicht aufgrund von individuellem Gefährdungspotenzial ausgewählt (Kahr p. M.). Aus ressourcentechnischen und organisatorischen Gründen können nicht alle Jugendlichen einer Einrichtung gleichzeitig teilnehmen.

In den oben genannten Settings sind häufig auch Jugendliche anzutreffen, die bereits experimentell oder womöglich schon risikoreich konsumieren. Daher ist ein Ziel ggf. auch die Reduktion des Konsums legaler Substanzen (so z. B. bei suchtpreventiven Maßnahmen in Berufsorientierungskursen im Burgenland oder bei *pib - Prävention in Betrieben* in Tirol). Im Vordergrund stehen jedoch das Erkennen persönlicher Ressourcen, die Stärkung des Selbstwerts und das Bearbeiten von alternativen Problemlösungsstrategien, wobei teilweise auch Übungen aus der Outdoor-Pädagogik und zur Entspannung und Körperwahrnehmung eingesetzt werden.

In der **Freizeitpädagogik** liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. Besonderen Stellenwert nimmt hier *checkit!* im Raum Wien ein, das einerseits ein wissenschaftliches Projekt ist, andererseits aber auch Substanztestungen („Drug checking“⁶⁵) vornimmt und konkret vor unerwartet hohen Dosierungen und po-

63

Mehr Informationen unter <http://clean.mariaebene.at/programm-trampolin/> (20. 7. 2016)

64

Mehr Information unter <http://www.vivid.at/angebot/jugendqualifizierung-und--beschaeftigung/> (4. 8. 2016)

65

Unter „Drug Checking“ ist ein integrierter Ansatz zu verstehen, der die Analyse von Substanzen mit Beratung verknüpft (TEDI 2011). Mehr Information zur Methode des „Drug Checking“ unter: <http://www.checkyourdrugs.at/drug-checking-2/> (4. 8. 2016).

tenziell gesundheitsgefährdenden Substanzen warnt (vgl. Kapitel 3, 6 und 7) – und dies zur Kontaktaufnahme mit Jugendlichen nutzen kann. Ähnliche Projekte bestehen in Tirol (*Mobile Drogenarbeit Z6*⁶⁶) und in Vorarlberg (*taktisch klug*⁶⁷, dort aber ohne Substanz-Testung).

Als ein Beispiel für Maßnahmen, die den bereits mit Drogen experimentierenden Jugendlichen Alternativen zum Substanzkonsum aufzeigen, kann *Walk About* (Tirol) genannt werden. Die erlebnispädagogischen Gruppenaktivitäten ermöglichen, Verhaltensmuster und Gruppendynamiken sichtbar zu machen und für die weitere Reflexion des Substanzkonsums zu nutzen (Z6/Drogenarbeit 2015).

Die Lebenssituation von **Personen mit Migrationshintergrund** kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein, da insbesondere erzwungene Migration an sich ein traumatisierendes und in der Folge suchtauslösendes Lebensereignis darstellen kann. Im Sinne der selektiven Prävention werden vor allem jene Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen, die aufgrund ihrer aktuellen Lebensumstände und sozialer Faktoren besonders vulnerabel sind und im Rahmen von universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden können. Beispiele für solche Projekte sind *Mamma Mia* (Oberösterreich)⁶⁸ und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁶⁹. Deren Ziele, die Förderung der sozialen Vernetzung und die Stärkung der Elternkompetenzen, sollen mit Hilfe von informellen und durch geschulte Personen mit Migrationshintergrund moderierte Gesprächsrunden in den Communities erreicht werden. Die Fachstelle für Suchtprävention NÖ schult mehrsprachige Personen mit Migrationshintergrund in einem Lehrgang zur interkulturellen Suchtprävention als Referentinnen und Referenten, die anschließend in interkulturellen Projekten in der offenen Jugendarbeit, im Schulbereich und in der Elternbildung eingesetzt werden können (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016). Dabei wird zum Teil ähnlich vorgegangen wie bei *Mamma Mia* und *eltern.chat*, z. B. wird im Rahmen von *Treffpunkt Familie* mit moderierten Elterngruppen in der Wohnung einer einladenden Familie gearbeitet.

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und bei Substanzkonsum, der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist, eingesetzt. Diese Maßnahmen basieren ausschließlich auf einem beobachteten Risikoverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten, beziehen sich meistens auf

66

Mehr Information unter <http://www.drogenarbeit6.at/mda.html> (4. 8. 2016)

67

Mehr Information unter <http://www.taktischklug.at/index.php/begleiten> (4. 8. 2016)

68

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech.html> (24. 8. 2016)

69

Mehr Information unter <http://www.supro.at/home/eltern/eltern-chat/> (4. 8. 2016)

den Konsum von Alkohol oder sind substanzübergreifend konzipiert. In allen Bundesländern werden seit vielen Jahren unter der Bezeichnung *Movin'* bzw. *MOVE* für Personen aus verschiedensten Bereichen (z. B. außerschulische Jugendarbeit) regelmäßig Fortbildungen zur motivierenden Gesprächsführung mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen angeboten (vgl. auch Tabelle A4. 3). Im Vordergrund steht dabei die Kommunikation auf Augenhöhe, basierend auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente⁷⁰.

Step by Step, ein Programm zur Förderung eines einheitlichen Umgangs mit Anlassfällen in der Schule und von Früherkennung und -intervention gemäß § 13 SMG (vgl. Kapitel 2), wird österreichweit umgesetzt (im Wesentlichen in Form von Schulungen). Im Laufe der letzten Jahre wurde das Programm in den einzelnen Bundesländern an die regionalen Erfordernisse angepasst und zum Teil auch unter anderen Namen angeboten (vgl. Tabelle A4. 4). Neben der Schulung von Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben (z. B. im Rahmen von schulinternen Fortbildungen – SCHILF – für 15–25 Lehrkräfte), wird auch auf anderen Ebenen das Bewusstsein für Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer standardisierten Vorgehensweise gefördert. Spezielle Tools werden entwickelt, die Schlüsselkräften konkrete Handlungsanleitungen geben (z. B. in OÖ die Website *STEPCHECK*⁷¹). In Kärnten können risikogefährdete Jugendliche im Sinne des § 13 SMG an das Projekt *Way out* vermittelt werden, das ihnen ermöglicht, im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zu erkennen und ihre psychosozialen Kompetenzen zu stärken. *Way Out* wird als eine gesundheitsbezogene Maßnahme entsprechend § 11 SMG definiert, der Zugang erfolgt ausschließlich über die Paragraphen 12 und 13 des SMG (Drobesch-Binter p. M.). In Tirol werden im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine Schulungen für Lehrerinnen und Lehrer angeboten. Lehrer/innen melden Vorfälle lediglich an die Schuldirektion, diese informiert Schulärztinnen/-ärzte oder Schulpsychologie, welche sich dann entsprechend einem eigenen Handlungsleitfaden weiter darum kümmern. Das Thema wird daher in unterschiedlicher Intensität in den regelmäßig stattfindenden Fortbildungen für Schulärztinnen/-ärzte und Schulpsychologinnen/-psychologen angesprochen (Gollner p. M.).

In Vorarlberg wird im Rahmen des Projektes *ZOOM* Beratung bzw. Coaching in Krisensituationen zur Entschärfung und Vermittlung weiterer Unterstützung angeboten (Stiftung Maria Ebene 2015). Das Programm *CHOICE*, das in der Steiermark und in Vorarlberg (dort als Teil von *ZOOM*) in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten eingesetzt wird, basiert auf gesundheitspsychologischen Grundsätzen und vermittelt in acht dreistündigen Terminen im Gruppensetting 6 bis 10 Jugendlichen leicht erlernbare Techniken zur Selbstwahrnehmung und Gefühlsregulierung und fördert damit die Selbstregulationsfähigkeit und das Selbstvertrauen der Jugendlichen. Die Teilnehmer/innen werden in Vorarlberg individuell aufgrund eines erhöhten Gefährdungspotenzials ausgewählt (vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

70

Mehr Informationen, auch zum theoretischen Hintergrund, unter <http://www.motivationalinterviewing.org/> (12. 9. 2017)

71

Die Website wurde vom Institut *Suchtprävention* gemeinsam mit der AUVA Landesstelle Linz entwickelt. Mehr Information unter www.stepcheck.at (13. 7. 2016)

Das Kärntner Projekt *Grenzwert*⁷² zielt auf Jugendliche ab, die aufgrund ihres riskanten Alkoholkonsums ins Krankenhaus eingeliefert wurden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013). Die Jugendlichen und ihre Eltern werden dort angesprochen und an den Verein *Neustart* weitervermittelt. In Einzel- und Gruppensettings werden die Jugendlichen zur Reflexion und Reduktion des Konsums motiviert, Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit Gruppendruck werden besprochen. Seit 2016 richtet sich das Projekt auch an Jugendliche, die aufgrund einer Intoxikation durch andere Substanzen eingeliefert werden. Beteiligte Krankenhäuser sind das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach.

4.2.3 Qualitätssicherung

Qualität in der Suchtprävention wird auf verschiedene Art beeinflusst bzw. sichergestellt. Eine wichtige Rolle spielen die Vorgaben der Sucht- bzw. Drogenstrategien und -konzepte sowie die vielfältigen Koordinations- und Kooperationsmechanismen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1). Auch Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, die teilweise die Voraussetzung für die Mitarbeit in den jeweiligen Fachstellen darstellen, tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Zu diesen Bildungsangeboten gehören u. a.

- » der "Masterstudien- und Hochschullehrgang zur Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern" der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich in Kooperation mit der Fachhochschule Oberösterreich, dem Institut *Suchtprävention pro mente Oberösterreich* und der Johannes-Kepler-Universität;
- » der "Lehrgang für Projektorganisation und Projektdurchführung in der Suchtvorbeugung" in Niederösterreich;
- » der "Lehrgang für interkulturelle Suchtprävention" der Fachstelle für Suchtprävention NÖ (vgl. Weigl et al. 2014);
- » Lehrgänge für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wie z. B. der Lehrgang zum Thema "Suchtprävention in Schulen" der Pädagogischen Hochschule in Niederösterreich oder der Lehrgang zur Ausbildung von Koordinatoren/Koordinatorinnen für Suchtprävention an Schulen in Oberösterreich;
- » die jährlichen 2-tägigen *Prägend*-Weiterbildungsveranstaltungen des Instituts *Suchtprävention pro mente Oberösterreich* für Mitarbeiter/innen der Polizei in Oberösterreich (Institut Suchtprävention 2015);
- » der berufsgruppenübergreifende Lehrgang "Jugend & Sucht" der Landesstelle Suchtprävention für Kärnten, der sich u. a. an Mitarbeiter/innen aus Jugendwohngemeinschaften und Jugendzentren (aufbauende Module mit insgesamt 98 UE) richtet;
- » der Lehrgang „Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung“ in der Steiermark (7 Module mit insgesamt 76 Stunden).

72

Mehr Information unter <http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=106> (4. 8. 2016)

Mit den Weiterbildungsmöglichkeiten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie den oben bzw. in Abschnitt 4.2.2 erwähnten können die verschiedensten Berufsgruppen und Settings abgedeckt werden.

Auch die jährliche Fachtagung der ARGE Suchtvorbeugung ist hier zu erwähnen, die im Jahr 2016 den Titel "Brennpunkt Alkohol" trug und grundsätzlich der Auseinandersetzung mit aktuellen Themen dient. Des Weiteren ist die ARGE Suchtvorbeugung mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht.

Eine wichtige Rolle spielen weiters die mit der Finanzierung verknüpften Qualitätsstandards (vgl. auch Abschnitt 4.2.1), aber auch andere Standards, wie z. B. die "Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule" der steirischen Arbeitsgruppe SAG oder die Standards für "Peer Education in der primären Suchtprävention" der *ARGE Suchtvorbeugung*. Auch das Leitbild der "Professionellen Suchtprävention in Österreich", das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde, unterstützt die Qualitätssicherung.

Das Institut Suchtprävention (OÖ) war in den Jahren 2013–2015 an der Überprüfung der Europäische Qualitätsstandards für Suchtvorbeugung (EDPQS⁷³) sowie der Entwicklung von Materialien zur Förderung der Umsetzung beteiligt. Wie ein Transfer bzw. eine Adaption für Österreich unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen aussehen kann, ist derzeit Gegenstand von Überlegungen der ARGE Suchtvorbeugung (Schmidbauer p. M.).

Evaluierungen von suchtpreventiven Maßnahmen finden vor allem in Pilotphasen neuer Projekte statt, werden aber nicht systematisch eingesetzt. Dies hängt einerseits mit finanziellen Hürden zusammen, wird aber auch damit begründet, dass meist bereits evaluierte und bewährte Methoden eingesetzt werden und somit ein gutes Monitoring und fallweise Prozessevaluation ausreichend seien. Evaluationsberichte zu österreichischen Projekten sind teilweise auf den Websites der Fachstellen oder des FGÖ zu finden, wurden aber auch für die EDDRA-Datenbank⁷⁴ der EBDD aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Neue Evaluationsergebnisse werden auch in den Berichten zur Drogensituation beschrieben.

4.3 Trends

Schon lange liegt ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten in Österreich auf dem Bereich legale Substanzen; diese Tendenz hat sich in den letzten zehn Jahren noch verstärkt. Spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen spielen inzwischen eine eher untergeordnete Rolle. Das ist darauf zurückzuführen, dass Suchtprävention zunehmend

73

Zu finden unter <http://prevention-standards.eu/> (26. 7. 2016)

74

Zu finden unter <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples> (26. 7. 2016)

auf die tatsächliche Bedeutung der verschiedenen Suchtformen in der Gesellschaft bzw. bei Jugendlichen ausgerichtet wird, wie sie sich in den Prävalenzzahlen niederschlägt (vgl. Kapitel 3). Einen wesentlichen Einfluss haben aber auch zunehmend knappere Ressourcen. Zugleich wird das Spektrum der Aktivitäten entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff laufend ausgeweitet, sodass auch Gewaltprävention (z. B. Ober- und Niederösterreich) und Suizidprävention (z. B. Vorarlberg) zunehmend Themen der Fachstellen werden. Dies zeigt sich auch in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen der Programme *Eigenständig werden* und *plus*. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der Suchtprävention(sstrategie) werden seit 2015 auch Workshops zum Thema Glücksspiel für Jugendliche erprobt (z. B. Oberösterreich und Salzburg).

Generell werden die etablierten Programme verstärkt umgesetzt und weiterentwickelt, insbesondere die Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Es werden z. B. weitere Berufsgruppen angesprochen (z. B. im Rahmen von *movin'* bzw. *MOVE*) und weitere Settings involviert. Wie bereits in den Vorjahren sollen in einigen Bundesländern verstärkt Maßnahmen zur selektiven Prävention entwickelt oder ausgebaut werden, wobei auch hier substanzübergreifende Aktivitäten bzw. Aktivitäten zu legalen Substanzen einen hohen Stellenwert haben (z. B. Salzburg und Tirol). Angebote im Partysetting, die einen kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bewirken wollen, werden ebenfalls sukzessive auf- und ausgebaut.

Neben gemeindeorientierter Suchtprävention und der Methode des Digital Storytelling (u. a. auch als Förderung von Medienkompetenz) nehmen Angebote für Personen mit Migrationshintergrund sowie für Kinder aus suchtblasteten Familien einen immer größeren Stellenwert ein.

4.4 Neue Entwicklungen

Hinsichtlich **neuer Strategien oder Positionspapiere** kann vom neuen Rahmenplan *Suchthilfe im Land Salzburg* berichtet werden (vgl. auch Kapitel 1), der zum Thema Suchtprävention die Ziele und Aufgaben im Allgemeinen und der Fachstelle für Suchtprävention im Besonderen beschreibt, aber nicht auf konkrete Maßnahmen eingeht (Land Salzburg 2016).

Ein neues Positionspapier der *ARGE Suchtvorbeugung* umfasst 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich (ARGE Suchtvorbeugung 2016). Darunter finden sich alkoholspezifische Empfehlungen wie z. B. jene, einen österreichweiten Aktionsplan zu erstellen oder die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu ändern, aber auch solche, die suchtübergreifend relevant sind. Dazu gehören insbesondere folgende Empfehlungen:

- » Gestaltung einer suchtpreventiven Gesamtpolitik fördern
- » Lebenskompetenzprogramme für das Kindes- und Jugendalter ausbauen
- » Förderlich gestaltete Rahmenbedingungen in verschiedenen Settings schaffen
- » Angebote für Kinder aus suchtblasteten Familien und Fortbildungen für das professionelle Bezugssystem forcieren

Im Sinne einer suchtpreventiven Gesamtpolitik wird gefordert, politische Entscheidungen aus allen Lebensbereichen auf ihren Beitrag zu einem gesundheitsförderlichen und suchtpreventiven Lebensumfeld zu überprüfen. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen bezieht sich auf die konsequente Umsetzung von Verhältnisprävention; das bedeutet, die verschiedenen Settings so zu gestalten, dass sie die Menschen in ihrem Wohlbefinden stärken und die Entwicklung von Suchtverhalten verhindern helfen.

In diesem Zusammenhang ist auf die österreichweite Präventionskampagne der ARGE Suchtvorbeugung für die erwachsene Bevölkerung im Mai 2017 hinzuweisen, die „1. Österreichische Dialogwoche Alkohol“. Von allen Fachstellen wurde in Kooperation mit dem Gesundheitsministerium, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger sowie dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) ein vielfältiges Programm⁷⁵ zusammengestellt. Die Dialogwoche fand zeitgleich zu Aktionswochen im gesamten deutschsprachigen Raum statt.

Im Berichtszeitraum wurden wieder **neue Programme** entwickelt. Die Pilotphase des sucht- und gewaltpräventiven Programms *Look@your.Life* des BMI, das auf dessen Website als eines von mehreren kriminalpräventiven Programmen aufgelistet wird⁷⁶, läuft noch bis Sommer 2017 (BMI 2017)⁷⁷. Eine Kooperation mit den Fachstellen für Suchtprevention wird angestrebt, wobei die Verantwortung für deren Umsetzung auf Landesebene liegt. Zielgruppe sind Schüler/innen der 7. Schulstufe (13- bis 15-Jährige) sowie ihre Eltern und Lehrkräfte. In sechs Modulen mit insgesamt 19 Unterrichtseinheiten werden verschiedene Themen bearbeitet, u. a. das Klassenklima und Freizeitverhalten. Die Lebenskompetenzen der Schüler/innen sollen gestärkt und positive Wege für den Umgang mit schwierigen Alltagssituationen aufgezeigt werden. Bisher wurden 120 Präventionsbeamte geschult, Erfahrungsberichte zur Umsetzung liegen jedoch noch nicht vor.

In Vorarlberg wird derzeit ein Pilotprojekt *Gesundes Aufwachsen in Vorarlberg* entwickelt und umgesetzt, bei dem auf den Erfahrungen der beiden Lebenskompetenzprogramme *Eigenständig werden* und *Gemeinsam stark und gesund* aufgebaut wird (Stiftung Maria Ebene 2017). Module zu den Themen Ernährung, Bewegung und psychosoziale Gesundheit sollen so gestaltet werden, dass sie als umfassendes Gesamtkonzept vermittelt und leicht in den schulischen, Kindergarten- und familiären Alltag integriert werden können. Dadurch soll ein gesundheitsstärkendes Umfeld gefördert werden. Im Sinne der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit sollen damit v. a. Familien in belastenden Situationen, sozioökonomisch benachteiligte Familien oder jene mit Migrationshintergrund unterstützt werden. In die Entwicklung sollen alle wesentlichen Institutionen und Akteure eingebunden werden.

75

Zu finden unter <http://www.dialogwoche-alkohol.at/> (Zugriff 4. Juli 2017)

76

Zu finden unter http://www.bmi.gv.at/cms/BK/praevention_neu/jugend/start.aspx (Zugriff 5. September 2017)

77

Zu finden unter http://www.polizei.gv.at/lpd_docs/953.pdf (Zugriff 12. 7. 2017)

Vom Verein Dialog wird mit *Kleiner Leuchtturm* derzeit ein semi-strukturiertes Gruppenangebot für jene 8- bis 10-jährigen Kinder aus suchtblasteten Familien entwickelt, die bereits seit mindestens sechs Monaten bei Pflegeeltern untergebracht und in Kontakt mit ihren leiblichen Eltern sind (Springer p. M.). Zunächst liegt der Fokus auf der emotionalen Erlebniswelt der Kinder und dann auf kognitiven Inhalten. Neben einer altersgemäßen Aufklärung über Sucht, dem Bearbeiten von Alltagssituationen und entsprechenden Affekten soll auch der Austausch mit anderen Kindern, die ähnliche Erfahrungen machen, gefördert werden.

Das seit 2017 angebotene kostenlose Programm *Familien stärken*⁷⁸ vom Institut für Suchtprävention Wien und Kolping Österreich hat das Ziel, Familien mit 10- bis 14-jährigen Kindern in ihrem Zusammenleben zu stärken. Sowohl beide Erziehungsberechtigte als auch das Kind bzw. die Kinder in entsprechendem Alter sollten an dieser Intervention teilnehmen. In insgesamt elf Sitzungen werden interaktive Übungen durchgeführt, um positive Kommunikation sowie einen konstruktiven Umgang mit Konflikten und damit die Eltern-Kind-Beziehung zu fördern. Um den Familien ausreichend Zeit für das Ausprobieren im Alltag zu bieten, findet nach der siebten Sitzung eine mehrwöchige Pause statt, gefolgt von vier – wieder wöchentlichen – Verstärkersitzungen. Kinderbetreuung für jüngere Geschwisterkinder wird angeboten.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) stehen seit 2015 stärker im Fokus, da sie aufgrund ihrer häufig traumatischen (Flucht-)Erfahrungen, ihrer aktuellen Lebenssituation und der unsicheren Zukunftsperspektive ein höheres Risiko für Suchtentwicklung aufweisen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie suchtpreventive Maßnahmen für diese spezifische Zielgruppe gestaltet sein sollen. Im Jahr 2016 gab es verstärkte Bemühungen auf regionaler Ebene und auf Bundesebene, Erfahrungen zu sammeln und auszutauschen bzw. Maßnahmen zu adaptieren bzw. zu entwickeln. Vom Österreichischen REITOX Focal Point wurde z. B. im Dezember 2016 eine nationale REITOX Academy zu diesem Thema organisiert, bei der Fachleute sowohl aus den Bereichen Suchtprävention als auch Flüchtlingshilfe anwesend waren. Fachliche Inputs und der Erfahrungsaustausch hinsichtlich bereits erprobter Maßnahmen bestätigten einerseits die Vulnerabilität der Zielgruppe und andererseits die teils schwierigen Arbeitsbedingungen der Mitarbeitenden. Während die Fachstellen für Suchtprävention und andere Fachleute aus dem Suchtbereich vor allem Schulungen für diese Mitarbeiter/innen anbieten, trägt die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Jahr 2017 in einer qualitativen Studie Informationen zu den Erfahrungen von UMF mit Suchtmitteln sowie den von ihnen genannten Ursachen und Lösungsideen zusammen.

Interessant sind in diesem Zusammenhang auch Erfahrungen aus anderen Bereichen. So wurden z. B. von der GÖG im Auftrag der AK Wien Erfahrungen aus Gesundheitsförderungsmaßnahmen für und mit Migrantinnen und Migranten zusammengetragen und für verschiedene Handlungsmodule aufbereitet (Weigl und Gaiswinkler 2016). Die Fachstelle NÖ wiederum hat Erfahrungen mit sexualpädagogischen Workshops in UMF-Unterkünften gesammelt (Fachstelle NÖ 2017).

78

Mehr Informationen unter <https://sdw.wien/de/praevention/familie/#familienst%C3%A4rken> (31. 8. 2017)

Weitere neue Maßnahmen in den Bundesländern:

- » Für Volksschulen gibt es ein neues Angebot in Niederösterreich, das Mitspieltheater *Alles was Flügel hat*, das in bewährter Art in Kombination mit einer Fortbildung für Lehrkräfte und einem Elternabend umgesetzt wird.
- » In Salzburg wurde ein neuer Workshop *startklar – Kinder in suchbelasteten Familien unterstützen* entwickelt und umgesetzt (Akzente Fachstelle Suchtprävention 2017). Dieser soll Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen über die möglichen Belastungen von Kindern durch Suchtmittel-konsumierende Eltern informieren und in ihren Reaktionen darauf stärken.
- » Die in den letzten Jahren zunehmend umgesetzten Produktionsschulen, die Jugendliche und junge Erwachsene beim Übergang von der Pflichtschule in weitere Ausbildungsschienen unterstützen, wurden inzwischen auch als Setting für suchtpreventive Aktivitäten entdeckt. In Salzburg wurde beispielsweise eine sechsteilige Workshopreihe angeboten, die sowohl allgemeine Informationen zu Sucht und Suchtprävention sowie Risikokompetenz bietet als auch spezifische Informationen zu Alkohol, Nikotin und Glücksspiel beinhaltet (Akzente Fachstelle Suchtprävention 2017).
- » *Walk About* (Tirol) hat im Jahr 2016 ein grenzüberschreitendes Interreg-V-A-Projekt durchgeführt, in dessen Rahmen jugendliche Drogenkonsumierende aus Österreich und Bayern an drei gemeinsamen mehrtägigen erlebnispädagogischen Aktionen teilgenommen haben (Z6/Drogenarbeit 2017). Die Gruppen waren heterogen zusammengesetzt, die Jugendlichen kamen aus den Settings Drogenberatung, stationäre Therapieeinrichtung und Jugendzentrum.

Des Weiteren wurden die bestehenden und **österreichweit eingesetzten Programme** (vgl. auch Tabellen im Anhang) **weiterentwickelt**:

- » In Tirol wurde mit *pluspunkt light* ein Anschlussprogramm zu *Eigenständig werden* und *plus* für die polytechnische Schule entwickelt. Das Methodentraining für die Lehrkräfte erfolgt mittels e-learning, für die Umsetzung in der Schule sind drei Doppelstunden vorgesehen. Thematische Anknüpfungspunkte sind aktuelle Herausforderungen für die Jugendlichen sowie das Programm *feel.ok*. Im Jahr 2017 ist ein Pilotdurchgang geplant.
- » In Vorarlberg wird derzeit im Auftrag des Bildungsministeriums an einer Aktualisierung des Handlungsleitfadens für die Umsetzung des § 13 SMG gearbeitet (Stiftung Maria Ebene 2017).

Darüber hinaus wurde im Berichtszeitraum auch eine **neue Studie** veröffentlicht: Eine Online-Befragung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen in der Suchtprävention hatte das Ziel, die Bemühungen zum Ziel 7 der Oberösterreichischen Gesundheitsziele (Suchtprävention verstärken) zu überprüfen (Institut für Gesundheitsplanung 2016). Die Ergebnisse zeigen, dass der Großteil der Befragten im beruflichen Rahmen suchtpreventiv tätig ist (80 %), aber auch etliche ehrenamtlich (27 %) oder im Rahmen einer Nebentätigkeit (20 %). Mit ihren suchtpreventiven Aktivitäten haben die Befragten im letzten Jahr durchschnittlich 30 Personen direkt oder indirekt erreicht (Median), wobei ein kleiner Anteil besonders viele erreicht hat (8 bzw. 10 % über 200 Personen). Die Reichweite der Multiplikatoren/Multiplikatorinnen reicht je nach Beruf bzw. Funktion von 23 (Mitarbeiter/in der außerschulischen Jugendarbeit) bzw. 15 Personen (Entscheidungsträger/in im Betrieb)

bis 190 (Entscheidungsträger/in im kommunalen Setting) bzw. 100 Personen (Kindergartenpädagog/-pädagogin). Rund ein Viertel gab an, im letzten Jahr suchtpreventiv relevante Entscheidungen getroffen zu haben, wobei dies 94 Prozent in der Ausübung ihres Berufs getan haben, 28 Prozent ehrenamtlich oder in der Freizeit und nur zwei Prozent als Peer. Im Vergleich zur ersten Befragung 2012 (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013) sind wenige Unterschiede zu beobachten. Am ehesten hat sich das Alter der direkt erreichten Zielgruppen verändert: Während weniger jüngere Personen erreicht wurden, konnten über 18-Jährige verstärkt erreicht werden. Handlungsbedarf leiten die Fachleute aus der Befragung insofern ab, als sie zeigt, dass der Zugang zu Gemeinden schwieriger wird und deren Bereitschaft zu entsprechenden Aktivitäten abnimmt. Es braucht aber auch passende Maßnahmen, um jüngere Menschen für die Ausbildung als Multiplikator/in zu gewinnen und deren Engagement dann langfristig aufrecht zu halten.

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Fachstellen für Suchtprävention, der ARGE Suchtvorbeugung⁷⁹, des Bildungsressorts (BMBF) und des FGÖ sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im *Best practice portal* der EMCDDA⁸⁰. Aus der Fülle der Präventionsmaßnahmen, die in Österreich umgesetzt werden, konnten nur einige Beispiele herausgegriffen werden. Dafür wurden v. a. jene Projekte ausgewählt, die zumindest bundeslandweit oder als Pilotprojekt umgesetzt werden. Um die verschiedenen Ansätze in der Praxis herauszustrichen, werden auch vereinzelt Maßnahmen erwähnt, die speziell auf legale Suchtmittel oder substanzungebundenes Suchtverhalten ausgerichtet sind.

Studien

Befragung von Multiplikatoren/Multiplikatorinnen aus OÖ (Institut für Gesundheitsplanung 2016): Als Multiplikatoren/Multiplikatorinnen wurden jene Personen definiert, die über präventive Kompetenzen verfügen und diese auch einsetzen, entweder im Rahmen von definierten Projekten/Programmen (z. B. Lehrende) oder in der täglichen Praxis (z. B. als Peers). Für die Online-Befragung wurden Ende 2015 (Mitte November bis Ende Dezember) 3.121 Personen kontaktiert, 667 Personen haben den Fragebogen ausgefüllt (Rücklaufquote 21 %). Diese Personen waren zu zwei Dritteln weiblich, großteils über 40 Jahre (74 %) bzw. im Durchschnitt 48 Jahre alt (Median). 38 Prozent stammten aus dem Großraum Linz und 45 Prozent gaben als beruflichen Hintergrund Lehrer/in an.

79

Website mit allen Angeboten der neun Fachstellen unter: www.suchtvorbeugung.net/suchtpreventionsinfo/Hauptseite.

80

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

4.6 Bibliographie

- Akzente Fachstelle Suchtprävention (2017). 2016 Jahresbericht Suchtprävention. Akzente Fachstelle Suchtprävention. Salzburg
- ARGE Suchtvorbeugung (2014). Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.
- ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMI (2017). Suchtmittelkriminalität. Jahresbericht 2016. Bundeskriminalamt. Wien
- BMUK (1997). Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997
- BMUKK (2007). Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Schulpsychologie Bildungsberatung. Wien.
- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Schulpsychologie Bildungsberatung. Wien.
- BMUKK (2012). Suchtprävention in der Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung Schulpsychologie – Bildungsberatung. Wien.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). Jahresbericht 2015. Kompetenzen fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Kompetenzen fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2017). Jahresbericht 2016. Kompetenzen fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.

- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Haas, S., Busch, M., Kerschbaum, J., Türscherl, E., und Weigl, M. (2012). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ (Hg.). Wien.
- Institut für Gesundheitsplanung (2016). MultiplikatorInnen in der Suchtprävention in Oberösterreich. In: Gesundheit kompakt berichtet, 02/2016. Institut für Gesundheitsplanung. Linz
- Institut Suchtprävention (2015). Jahresbericht 2014. Institut Suchtprävention, pro mente OÖ. Linz.
- Institut Suchtprävention (2016). Forty four, Das Präventionsmagazin. Nr. 26, Frühjahr/Sommer 2016. Institut Suchtprävention, pro mente OÖ. Linz.
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Steiermark (2013). Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention. Empfehlungen für die Planungs- und Umsetzungsphase 2014 – 2020. Version Juli 2013. Graz.
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Stiftung Maria Ebene (2015). Jahresbericht 2014. Frastanz.
- Stiftung Maria Ebene (2017). Jahresbericht 2016. Frastanz.
- TEDI (2011). Fact Sheet on Drug Checking in Europe. Trans European Drugs Information (TEDI) workgroup. Nightlife, Empowerment & Well-being Implementation Project funded by the European Union in the framework of the Health Programme
- Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Weigl, M., und Gaiswinkler, S. (2016). Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien

Z6/Drogenarbeit (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Drogenarbeit Z6. Innsbruck.

Z6/Drogenarbeit (2017). Tätigkeitsbericht 2016. Drogenarbeit Z6. Innsbruck.

4.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

BGBl. 1989/620. Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens (Glücksspielgesetz – GSpG), über die Änderung des Bundeshaushaltsgesetzes und über die Aufhebung des Bundesgesetzes betreffend Lebensversicherungen mit Auslosung

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Drobesh-Binter, Barbara	Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Gollner, Gerhard	Kontakt + co Jugendrotkreuz
Kahr, Claudia	VIVID
Schmidbauer, Rainer	Institut Suchtprävention, pro mente OÖ
Springer, Nadja	Verein Dialog
Weissensteiner, Markus	Fachstelle Suchtprävention NÖ

4.9 Anhang

Österreichweit eingesetzte standardisierte Suchtpräventionsinterventionen 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, Eltern werden über Elternabend, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss eingebunden und informiert.

Das Programm *Eigenständig werden* wird in Volksschulen (6- bis 10-Jährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt. Seine Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht des Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und Miteinbeziehen 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 A4. 1:

Programm *Eigenständig werden*, Schuljahr 2016/2017

Bundesland	Anzahl abgeschlossener Schulungen SJ 2016/17	Anzahl Trainings-einheiten für Lehrer/Innen ¹ SJ 2016/16	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2016/17	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2016/17	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Eltern-abende SJ 2016/17	Anzahl Workshops SJ 2016/17	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2016/17	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2016/17 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2016/17	Anzahl erreichter VS bis SJ 2016/17 in %
B	2	48	20	2	11	6,3	0	0	218	21	97	55,0
K	0	0	0	0	0	0	0	0	422	35,2	138	56,3
NÖ	3	84	46	0,62	8	1,14	0	18	905	12,2	189	27,0
OÖ	11	308	206	4,2	41	7,0	15	11	2.149	44,5	490	84,0
S	3	84	49	2,1	10	5,6	1	2	655	27,9	138	77,5
St	5	125	65	1,5	25	5,4	0	4	589	13,9	222	48,1
T	4	96	93	2,7	17	5,0	1	3	566	23,5	184	50,1
V	2	56	33	2,2	2	2,2	17	12	846	60,4	111	66,9
W	4	96	54	0,8	12	4,4	0	8	1.650	25	203	74,9

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

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 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 A4. 2:
Programm *plus*, Schuljahr 2016/2017

Bundesland	Anzahl abgeschlossener Fortbildungskurse für Lehrer/innen	Anzahl erreichter Lehrer/innen SJ 2016/17	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2016/17	Anzahl Lehrer/innen pro Schule SJ 2016/17 (Min-Max)	Anzahl Schüler/innen pro Schule SJ 2016/17 (Min-Max)	Anteil erreichter Schulen SJ 2016/17 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2016/17	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2016/17 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2016/17	Anteil erreichter Schulen bis SJ 2016/17 in %
B	15	88	5,2	10	1-16	20-160	19,0	201	11,8	38	71,7
K	12	198	6,6	46	2-27	20-120	56,8	364	12,1	54	66,7
NÖ	5	57	0,7	9	1-16	n. v.	3	221	2,6	43	14,4
OÖ	15	410	4,3	105	1-10	25-400	37,5	720	7,7	125	44
S	5	59	2,9	15	1-20	0-200	20,8	84	4,2	28	38,9
St	11	199	4,9	56	2-8	15-26	33,9	397	9,8	58	35,2
T	9	133	2,9	48	n. v.	40,2	169	4,0	61	53,3	n. v.
V	6	33	1,3	8	1-3	20-60	12,1	199	7,55	55	83,4
W	9	249	2,3	27	n. v.	n. v.	6,4	377	3,5	98	23,1

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, AHS = Allgemeinbildende Höhere Schulen, HS = Hauptschulen, NMS = Neue Mittelschulen, n. v. = nicht verfügbar, SJ = Schuljahr

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: CÖG

Unter dem Namen *movin'* bzw. *MOVE* (W) werden von den Fachstellen standardisierte Seminare zur Methode *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 zur Verhaltensänderung. Die Seminare dauern 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 A4. 3:

Seminare *movin'* bzw. *MOVE*, 2016

Bundesland ¹	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen/Seminarreihen im Jahr 2016	Anzahl UE für Multiplikatoren im Jahr 2016	Anzahl zertifizierter Teilnehmender im Jahr 2016
K	12- bis 21-jährige Jugendliche in Jugendzentren, Klientel von stationären Einrichtungen	Schlüsselpersonen in Schulen/Jugendcoaching; Mitarbeiter/innen des Klinikums Klagenfurt; MA der offenen Jugendarbeit, MA in Jugendwohlfahrtseinrichtungen	4	40	77
NÖ	Jugendliche, Menschen mit Suchtproblematik, Menschen mit Basisbildungsbedarf	Mitarbeiter/innen in der Gesundheitsförderung, der außerschulischen Jugendarbeit und (Sucht-)Beratungseinrichtungen, der Bewährungshilfe und der sozialen Arbeit; Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus dem Suchthilfenetzwerk, dem Jugendcoaching und aus dem Bereich Suchtprävention; zwei Reflexionsworkshops für <i>movin'</i> -Absolventen/-Absolventinnen	6	120	91
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche aus Jugendzentren und AMS-Projekten, Beratungs- und Sozialeinrichtungen bzw. in Kontakt mit Streetwork	Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit sowie aus Sozial- und Beratungseinrichtungen; Grundkurs des Landesjugendreferates zur außerschulischen Jugendarbeit; Trainer/innen aus arbeitsmarktpolitischen Projekten	2	9	20
S	12- bis 21-jährige Jugendliche aus Jugendzentren und AMS-Projekten, Beratungs- und Sozialeinrichtungen bzw. in Kontakt mit Streetwork	Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit sowie aus Sozial- und Beratungseinrichtungen; Grundkurs des Landesjugendreferates zur außerschulischen Jugendarbeit; Trainer/innen aus arbeitsmarktpolitischen Projekten	8	108	156
St	Jugendliche in Jugendzentren; Jugendliche in sozialpädagogischen Maßnahmen (Arbeitsplatz, Lehre, betreute WG); Jugendliche / junge Erwachsene zw. 12 und 21 Jahren	Mitarbeiter/innen in Jugendzentren, Jugend-Wohngemeinschaften und Einrichtungen von AMS-Maßnahmen wie Jugendcoaching u. a.; Beratungslehrer/innen; Berufsausbildner/innen; Streetwork, Präventionspolizisten/-polizistinnen, Lehrlingsausbildner/innen	5	80 UE (à 50 Min.)	ca. 70
T	12- bis 25-jährige Jugendliche, junge Erwachsene	Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit und Schulsozialarbeit bzw. -beratung, Jugendausbildung und -beschäftigung; sozialpädagogische Betreuer/innen	2	36	35
V	Jugendliche, Klienten/Klientinnen von Drogeneinrichtungen und sozialpsychiatrischen Betreuungseinrichtungen	Mitarbeiter/innen aus Jugendzentren, Drogenberatungseinrichtungen, sozialpsychiatrischen Einrichtungen	2	44	25
V	12- bis 21-jährige Jugendliche; Menschen mit Suchtproblematik	Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe, der offenen Jugendarbeit, von Jugendbeschäftigungsprojekten;	3	48	43

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A4. 3

Bundesland ¹	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen/Seminarreihen im Jahr 2016	Anzahl UE für Multiplikatoren im Jahr 2016	Anzahl zertifizierter Teilnehmender im Jahr 2016
W	Schüler/innen, Lehrlinge, Jugendliche, Eltern, Mitarbeiter/innen in Betrieben	Mitarbeiter/innen und Peers in der offenen Jugendarbeit; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben (z. B. Arbeitsmediziner/innen, Betriebsräte/-rätinnen, Gesundheitsmanager/innen, Führungskräfte sowie Lehrer/innen), Fachkräfte aus Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen	6	136	78

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien,

¹ Movin' wird im Burgenland nicht umgesetzt

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

Step by Step ist ein EDV-gestütztes Programm zur Früherkennung und -intervention bei Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld von Suchtproblemen. Das Programm wurde im Jahr 1992 entwickelt und setzt sich aus mehreren Modulen zusammen: Auf der Website sind eine Infothek (Lexikon, Beratungsstellen, Gesetze) und unter dem Punkt „Früherkennung“ die Inhalte der Schulung zu finden. Die CD-ROM und das Handbuch STEP BY STEP, Sekundärprävention in der Schule „Helfen statt Strafen“, ergänzen das Programm inhaltlich. Die Schulung für Lehrpersonen stellt die Basis für eine sinnvolle Nutzung des Teils „Früherkennung“ dar. Zusätzlich werden die Schulungen auch als SCHILF-Veranstaltungen angeboten (für alle Kollegen/Kolleginnen gemeinsam).

Tabelle A4. 4:

Schulungen *Step by Step* bzw. *Stepcheck* oder *Helfen statt Strafen*, 2016/2017

Bundesland ¹	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen (Projekte) im SJ 2016/17	Anzahl UE für Multiplikatoren im SJ 2016/17	Anzahl Teilnehmer/innen im SJ 2016/17
B			n. v.	n. v.	n. v.
K	13- bis 18-jährige Jugendliche und junge Erwachsene	Schlüsselpersonen in Schulen und anderen sozialpädagogischen Einrichtungen	5	22	86
NÖ	Schüler/innen	Schulleiter/innen, Pädagogen/Pädagoginnen, Schulärzte/-ärztinnen, Schulsozialarbeiter/innen, Erzieher/innen, Eltern etc. Alle, die von einem Anlassfall an einer Schule betroffen sein können.	11	51	178
OÖ	Schüler/innen	Lehrer/innen, Direktoren/Direktorinnen, Schulärzte/-ärztinnen und Lehrer/innen in speziellen Funktionen (z. B. Suchtpräventionskoordination, Bildungsberatung) bzw. ganze Kollegien bei Anlassfällen	7	18	98
S			n. v.	n. v.	n. v.
St	Schüler/innen ab 10 Jahren	Multiplikatoren/Multiplikatorinnen im schulischen Setting wie Lehrer/innen, Schulärzte/-ärztinnen und Mitarbeiter/innen der Schulsozialarbeit und Schulpsychologie	2	7	19
T	13- bis 18-jährige Jugendliche	Schulärzte/innen; Schulpsychologen/-psychologinnen, Schulleiter/innen	n. v.	n. v.	n. v.
V	Schüler/innen zwischen 12 und 21 Jahren	Lehrer/innen, Direktoren/Direktorinnen, Schulärzte/-ärztinnen, Social Networker/innen, Schulpsychologen/-psychologinnen	3	18	54
W	Schüler/innen ab 13 Jahren	Lehrer/innen	2	24	33

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien

n. v. = nicht vorhanden

¹ Das Programm wird im Burgenland und in Salzburg (von der Fachstelle) nicht umgesetzt. In Tirol wird nur eine abgespeckte Form umgesetzt, bei der das Thema in den regelmäßig stattfindenden Fortbildungen für Schulärzte/-ärztinnen und Schulpsychologen/-psychologinnen immer wieder in unterschiedlicher Intensität angesprochen wird.

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

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung	127
5.1	Zusammenfassung.....	127
5.2	Aktuelle Situation.....	128
5.2.1	Strategien und Koordination.....	128
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	131
5.2.3	Schlüsseldaten	134
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	141
5.2.5	Qualitätssicherung	154
5.3	Trends.....	155
5.4	Neue Entwicklungen.....	158
5.5	Quellen und Methodik.....	163
5.6	Bibliographie	164
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	166
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	167
5.9	Anhang.....	168

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Die Basis für die Gestaltung von Suchtberatung, -betreuung und -behandlung bilden die Sucht- und Drogenstrategien der Bundesländer sowie die österreichische Suchtpräventionsstrategie. Diese Dokumente betonen die Notwendigkeit einer Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten, aber auch einer multiprofessionellen Struktur, um möglichst gut auf die individuelle Situation suchtkranker Personen eingehen zu können. Hinsichtlich der Umsetzung gibt es unterschiedliche Strategien, z. B. dezentrale versus zentrale Versorgung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger oder Auf- und Ausbau eigener Einrichtungen versus Vereinbarungen mit den benachbarten Bundesländern (v. a. im stationären Bereich). Die Koordination der Umsetzung liegt zum Großteil in den Händen der Sucht-/Drogenkoordinationen der Bundesländer, eine wichtige Rolle spielen auch die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden.

Grundsätzlich steht suchtkranken Personen das gesamte Gesundheitswesen zur Verfügung, daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Dadurch wird ein breites Spektrum an Maßnahmen angeboten, das Beratung zu verschiedensten Aspekten, psychosoziale Betreuung und Behandlung, ambulante und stationäre arzneimittelgestützte Behandlung, ambulante und stationäre Entzugsbehandlung und verschiedene abstinenzorientierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten umfasst. Meist sind diese Angebote nicht spezifisch auf einzelne Substanzen oder Zielgruppen ausgerichtet, es gibt aber durchaus auch einzelne spezifische Maßnahmen, z. B. für Kokainkonsumierende oder drogenabhängige Frauen.

Qualitätssicherung erfolgt auf Basis gesetzlicher Vorgaben und Standards auf Bundes- bzw. Landesebene. Ganz wesentlich sind diverse Aus- und Fortbildungen sowie andere Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch (z. B. Tagungen, Qualitätszirkel). Evaluierungen werden eher unregelmäßig durchgeführt, eine Ausnahme stellen die regelmäßigen Befragungen der (ehemaligen) Klientinnen und Klienten der Therapiestationen *Carina* und *Lukasfeld* dar. Diese zeigen relativ gute Werte hinsichtlich einer erfolgreichen bzw. regulären Beendigung der Therapie, aber auch Möglichkeiten für Verbesserungen.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2016 etwa 24.120 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 20.250 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.400 Personen). Je nach Setting sind die in den Suchtthilfeeinrichtungen betreuten oder behandelten Klientinnen/Klienten eher jünger (kurzfristige Kontakte) oder älter (langfristige stationäre Behandlung). Der Frauenanteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 20 und 24 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf. Der Großteil

jener Klientinnen/Klienten, die eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hat die österreichische Staatsbürgerschaft.

Trends

In der ambulanten drogenspezifischen Behandlung nahmen Opiode als Leitdroge bis 2013 ab, Cannabis nahm als Leitdroge hingegen zu. Das trifft insbesondere für Personen zu, die erstmals eine ambulante Behandlung begannen. Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulantien gewannen in der Behandlung quantitativ an Bedeutung. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder nun auch – unabhängig von den konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, kann derzeit noch nicht gesagt werden. In den Jahren 2013 bis 2016 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt bzw. verläuft seither nicht eindeutig. Positiv hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 60 Prozent liegende In-Treatment-Rate von Personen mit Opioid-Problematik.

Neue Entwicklungen

Die Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung sind zunehmend auf integrierte Konzepte ausgerichtet, die regionale Vernetzung steht durchwegs im Vordergrund neuer Entwicklungen. In allen Bereichen wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet – z. B. um die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung auch langfristig abzusichern, Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen oder passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können. Eine Studie zur Zufriedenheit von Opioidabhängigen mit der Substitutionsbehandlung in Oberösterreich bestätigt, dass diese im Großen und Ganzen gut funktioniert. Verbesserungsvorschläge wurden v. a. hinsichtlich einer intravenösen Einnahmemöglichkeit bzw. Vereinfachungen der Mitgabe, aber auch in Bezug auf den Aufwand für die Klientinnen/Klienten und den Umgang mit ihnen geäußert.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht-/Drogenstrategien** der neun Bundesländer, der österreichischen Suchtpräventionsstrategie sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt (vgl. auch Kapitel 1 und 2). Die Suchtgiftverordnung – BGBl II 1997/374 – definiert den Rahmen für die Substitutionsbehandlung, die Weiterbildungsverordnung – BGBl II 2006/449 – die Voraussetzungen für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 5.2.4 und 5.2.5). Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sind auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und die Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

Die bestehenden Sucht-/Drogenstrategien betonen großteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums an Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (inklusive vielfältiger Methoden). Nur interdisziplinäre Teams können auf die unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen sowie die individuellen Problematiken und Bedürfnisse eingehen. Ein entsprechend breites Handlungsspektrum soll abstinenzorientierte, substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Nachsorge und Integration suchtkranker Personen beinhalten. Dazu sind einrichtungsübergreifende Vernetzung und Kooperation sowie multiprofessionelle Teams notwendig. Sowohl die *Suchtstrategie NÖ* als auch die *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* stellen die Förderung der Lebensqualität unabhängig vom aktuellen Drogenkonsum- bzw. Abhängigkeitsstatus als höchstprior dar. Die *Suchtstrategie NÖ* beschreibt Abstinenz als mögliches Ziel nach einer Stabilisierung, wobei betont wird, dass die Entscheidung bei den Betroffenen liegt. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie weist auf die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen hin. Immer mehr Strategien verfolgen integrierte Konzepte (vgl. auch Abschnitt 5.4), die auf eine suchtübergreifende Ausrichtung bzw. überhaupt eine stärkere Verankerung im allgemeinen Gesundheitswesen bzw. speziell im Bereich Psychiatrie abzielen.

Hinsichtlich konkreter Maßnahmen gibt es recht unterschiedliche Pläne. Einige Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer betonen beispielsweise die Notwendigkeit einer getrennten Versorgung von jugendlichen und erwachsenen Suchtkranken. In manchen Strategien werden getrennte Angebote für Konsumierende verschiedener Substanzen geplant (z. B. in Vorarlberg für ältere Kokain-Konsumierende), andere legen den Fokus auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Vernetzung spezialisierter Einrichtungen mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem (z. B. Wien, Salzburg). Der Abklärung und langfristigen Begleitung/Behandlung sowie der Reintegration wird im ambulanten Setting ein hoher Stellenwert eingeräumt. In Niederösterreich ist daher ein Ausbau des ambulanten Angebots vorgesehen, was Ambulanzen mit multiprofessionellen Teams als sogenannte Kompetenzzentren einschließt. Das Burgenland beschränkt sich auf ambulante Behandlung und Betreuung, stationäre Plätze (abgesehen von Entzugsbehandlungen) sollen aufgrund der geringen Fallzahlen v. a. in den angrenzenden Bundesländern mitfinanziert werden. Auch andere Bundesländer betonen die Notwendigkeit, Angebote über Bundesländergrenzen hinweg zu nutzen. In vielen Bundesländern sind der gezielte Abbau von Unterversorgung und die Verbesserung bzw. Optimierung bestimmter Behandlungsformen oder Maßnahmenbereiche (z. B. die Versorgung in Krisensituationen, mit Wohnstrukturen und Arbeitsplätzen) ein Thema. In Vorarlberg liegt der Fokus auf sofortiger therapeutischer Hilfe (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*). Angebote für Angehörige werden auch in mehreren Bundesländern explizit erwähnt, mehrsprachige Angebote der Suchtberatung sind erst seit Kurzem ein Thema (z. B. in Niederösterreich).

Die **Koordination der Umsetzung** von Suchtberatung und -behandlung entsprechend den Drogen- bzw. Suchtstrategien/-plänen liegt im Wesentlichen auf Ebene der Bundesländer bzw. bei den Sucht-/Drogenkoordinationen (vgl. Kapitel 1). Auf Bundesebene werden in diesem Zusammenhang folgende Aktivitäten gesetzt:

- » Kundmachung und Kofinanzierung von Einrichtungen der Suchthilfe, die gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach § 11 SMG, vgl. Kapitel 2) durchführen wollen, durch das BMGF (entsprechend § 15 und 16 SMG)
- » Finanzierung von *Therapie statt Strafe* durch das BMJ (vgl. Kapitel 1)

- » Führen eines Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen durch das BMGF (§ 24 und § 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)
- » Bereitstellen von Suchtgiftvignetten für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2) und einer Datenbank zum Erfassen der Ärztinnen und Ärzte, die zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen gemäß Weiterbildungsverordnung *orale Substitution* berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

In § 15 SMG ist die oben genannte Kundmachung von Einrichtungen der Suchthilfe unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und in ausreichender Zahl mittels Bundesgesetzblatt vorgeschrieben. Darin festgehalten sind auch die Vorgaben, die diese Einrichtungen zu erfüllen haben, sowie das Prozedere der Kundmachung und der Dokumentation der Tätigkeiten. Hinsichtlich der Finanzierung der Tätigkeit von Suchthilfe-Einrichtungen in Form von Zuschüssen durch den Bund ist in § 16 SMG eine Kann-Bestimmung enthalten. Davon ausgenommen sind jedenfalls jene Maßnahmen der Krankenbehandlung, für die ein Sozialversicherungsträger, eine Krankenfürsorgeanstalt oder ein Sozialhilfeträger aufzukommen hat. Die Zuschüsse des Bundes sind von Zuschüssen aus Mitteln anderer Gebietskörperschaften abhängig.

Schließlich gibt es auf Bundesebene noch den Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung, der den/die Bundesminister/in für Gesundheit in diesen Angelegenheiten berät (§ 23k SV). Auf Landesebene ist laut § 23i SV eine Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung einzusetzen.

Eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden bzw. die Amtsärztinnen und -ärzte; diese kontrollieren in der Substitutionsbehandlung die ausgestellten Dauerverschreibungen auf Verordnungskonformität von Indikationsstellung und Behandlung und müssen bei Bedenken Rücksprache halten bzw. womöglich auch die Vidierung⁸¹ (vgl. Abschnitt 5.2.5) verweigern. Die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt muss der Gesundheitsbehörde alle erforderlichen Auskünfte erteilen und – falls gefordert – auch den Behandlungsvertrag vorlegen. Im Fall von Einzelverschreibungen müssen diese von den Apotheken unmittelbar nach Abgabe dem/der zuständigen Amtsarzt/-ärztin zur Kontrolle übermittelt werden. Die Amtsärzte/-ärztinnen prüfen auch die Qualifikation der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, geben Suchtgiftvignetten ab, kontrollieren die patientenunabhängige Dokumentation der Suchtgiftverschreibungen und stellen Bescheinigungen für das Mitnehmen suchthaltiger Arzneimittel sowie psychotroper Stoffe auf Reisen aus (§ 24 SV).

Abgesehen von der Substitutionsbehandlung spielen Amtsärztinnen und -ärzte auch hinsichtlich gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 SMG eine wichtige Rolle (vgl. auch Kapitel 2). Sie müssen entscheiden, welche Personen zu einer Begutachtung eingeladen werden, müssen diese auch durchführen und entsprechende Einschätzungen hinsichtlich des Drogenkonsums der be-

81

Vidierung: Beglaubigung der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung inklusive Prüfung, ob alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden

gutachteten Personen treffen. Des Weiteren müssen sie entscheiden, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist und welcher Art diese sein sollte. In der Folge sollten sie die begutachteten Personen auch dazu motivieren, diese gesundheitsbezogene Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Bei Bedarf können die Amtsärztinnen und -ärzte auch eine Bestätigung darüber einfordern.

Die Österreichische Ärztekammer wiederum ist zuständig für ein ausreichendes Weiterbildungsangebot betreffend die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Abschnitt 5.2.5) sowie für die Eintragung in die bzw. Streichung aus der Liste der zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen berechtigten Ärztinnen und Ärzte.

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMGF bzw. der Finanzierung von *Therapie statt Strafe* durch das BMJ werden die Kosten für Suchtbehandlung vor allem von den Bundesländern getragen (vgl. Kapitel 1), und zwar zunehmend über Objekt- und Subjektförderungen. Einerseits werden Einrichtungen finanziell gefördert, andererseits werden klientenbezogene Maßnahmen finanziert. Die Mittel kommen je nach Bundesland aus verschiedenen Sektoren (Gesundheit bzw. Soziales), in Wien ist dafür eine Bewilligung durch das Institut für Suchtdiagnostik (ISD) erforderlich. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Sozialversicherung, vor allem bei Entzugsbehandlung, Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen und teilweise auch bezüglich der Übernahme von stationärer Behandlung. Für die Klienten/Klientinnen selbst fallen in der Regel keine Kosten an, selbst von den Rezeptgebühren sind viele befreit. Allerdings fehlt eine österreichweit einheitliche und nachvollziehbare Regelung der Kostenübernahme durch die verantwortlichen Institutionen und Sektoren. In den letzten Jahren konnten in den Bundesländern vermehrt Vereinbarungen mit der Sozialversicherung getroffen und eine eigene Leistungsposition „Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen“ geschaffen werden (vgl. Weigl et al. 2015). Dadurch ist es möglich geworden, die Substitutionsbehandlung mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse abzurechnen. Dies ist für viele Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung und trägt viel zur Sicherstellung der Versorgung bei.

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich steht Personen mit Suchterkrankung das gesamte Gesundheitssystem zur Verfügung und wird von diesen auch genutzt. Zusätzlich gibt es jedoch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen (vgl. Tabelle 5.1). Spezifische Angebote zur ambulanten Suchtbehandlung sind einerseits bei Einrichtungen angesiedelt, die entweder ausschließlich auf das Thema Sucht spezialisiert (z. B. Verein Dialog) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum an psychosozialen Dienstleistungen anbietet (z. B. Psychosozialer Dienst Burgenland). Andererseits spielen aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner/innen, Psychiater/innen), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ambulanzen von (psychiatrischen) Krankenhäusern eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung.

Während im niedergelassenen Bereich neben allgemeiner medizinischer Versorgung v. a. Substitutionsbehandlungen opioidabhängiger Personen durchgeführt werden und – in einem wesentlich geringeren Ausmaß – psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung geleistet wird, bieten spezialisierte Einrichtungen wie Drogen-/Suchtberatungsstellen meist ein umfassendes Maßnahmen-spektrum an (vgl. Abschnitt 5.2.4). Ambulante Behandlung in Krankenhäusern bieten in erster Linie Spezialambulanzen (Sucht-/Drogenambulanz). Dieses Angebot umfasst häufig ein breiteres Spektrum an Betreuungs- und Behandlungsmaßnahmen (z. B. ambulanten Entzug und Substitutionsbehandlung), jedoch weniger Beratungsangebote. Niederschwellige Angebote sind in erster Linie bei den auf Sucht spezialisierten Einrichtungen zu finden, Notfälle werden üblicherweise in den Notfallambulanzen der Krankenanstalten behandelt (vgl. Kapitel 6).

Spezialisierte Einrichtungen haben häufig die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH oder eines Vereins. Es gibt aber auch private Einrichtungen mit dem Status einer GmbH oder Stiftung. Krankenhäuser sind meist öffentliche Einrichtungen, die dennoch die Rechtsform einer GmbH haben können.

Nutzung der ambulanten Einrichtungen

Im Jahr 2016 waren in den DOKLI-Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.5) insgesamt 10.331 Personen in längerfristiger ambulanter Behandlung. 18.222 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 18.222 Personen wurden 700⁸² in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 892 der 18.222 Personen waren stationär aufgenommen, werden also ebenfalls dem stationären Sektor zugezählt. Geht man in DOKLI von einer Mehrfachzählung von 22 Prozent außerhalb Wiens (in Wien können Doppelzählungen mit Hilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden) und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) aus und berücksichtigt man eine durchschnittliche Überschneidung von Substitutionsregister und DOKLI bei Opioidabhängigen von 70 Prozent⁸³, kommt man zu folgenden Zahlen:

- » 9.295 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2016 eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung in einer nach § 15 kundgemachten Einrichtung oder eine Substitutionsbehandlung in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen.
- » 12.827 Personen nahmen im Jahr 2016 eine Opioid-Substitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis in Anspruch.

82

Diese Zahl weicht von der in Kapitel 8 referierten Zahl ab. Dies liegt an den verschiedenen Datenquellen (Substitutionsregister vs. Meldung des BMJ).

83

70 Prozent der im DOKLI-System aufscheinenden Personen mit Leitdroge Opioid sind auch im Substitutionsregister mit einer laufenden Behandlung eingetragen.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich. Es wird deutlich, dass sich die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum entwickelt hat (vgl. Abschnitt 5.2.4).

Stationäre Einrichtungen

Auch für stationärer Behandlung gilt, dass grundsätzlich das gesamte Gesundheitssystem für Personen mit Suchterkrankung zur Verfügung steht und von diesen genutzt wird. Zusätzlich gibt es jedoch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. Stationäre Suchtbehandlung wird in Einrichtungen angeboten, die entweder ausschließlich auf das Thema Sucht spezialisiert (z. B. der Grüne Kreis) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum an medizinischen oder psychiatrischen Behandlungen anbietet (z. B. Sucht- oder psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern). Aber auch jene Träger, die sich vor allem dem Thema Sucht widmen, können eine breite Palette von Maßnahmen abdecken, im Extremfall von der Suchtprävention über Beratung, ambulante und stationäre Entgiftung und Therapie sowie Krisenintervention bis zu Reintegration – und dies für verschiedene Suchtformen (z. B. Stiftung Maria Ebene).

Stationär behandelt wird an Krankenhäusern vorrangig in Form von Notfallbehandlung und Entzugsbehandlung, es gibt aber auch sogenannte Sonderkrankenanstalten, die stationäre Entwöhnungsbehandlung anbieten. Darüber hinaus erfolgt stationäre Entwöhnungsbehandlung v. a. in spezialisierten Therapie-Einrichtungen.

Stationäre Einrichtungen haben häufig die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH oder eines Vereins. Es gibt aber auch (Sonder-)Krankenanstalten mit der Rechtsform einer GmbH sowie Stiftungen, die ebenfalls gemeinnützig sein können. Ob eine Einrichtung den Status einer (Sonder-)Krankenanstalt erhält, hängt von verschiedensten Faktoren ab, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Weitere Details zur Organisation (inklusive Finanzierung) stationärer Suchtbehandlung sind in GÖG/ÖBIG 2012 nachzulesen. Erwähnt werden sollte hier, dass in Haft aufgrund des Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzips bei Krankheit die gleiche Behandlung möglich sein sollte wie in Freiheit; das gilt auch für die Suchtbehandlung (vgl. auch Kapitel 8).

Nutzung der stationären Einrichtungen

Im Jahr 2016 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 1.256 Personen in stationärer Behandlung. 18.222 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 18.222 Personen wurden 700 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 435 waren stationär aufgenommen und sind bereits in den oben genannten 1.256 Personen enthalten. Geht man in DOKLI von einer Mehrfachzählung von 22 Prozent außerhalb Wiens (in Wien können Doppelzählungen mit Hilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden) und einer Abdeckung von 93 Prozent außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Abdeckung 100 %) aus, so ergeben sich folgende Zahlen:

- » 1.298 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2016 eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder eine stationäre Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen.
- » 700 Personen nahmen in Haft eine Substitutionsbehandlung in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich.

5.2.3 Schlüsseldaten

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben

Während sich die Angaben in den vorangegangenen Kapiteln auf alle Personen beziehen, die sich wegen Drogenabhängigkeit in Behandlung befinden (unabhängig davon, wann sie mit ihrer Behandlung begonnen haben), folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2016 eine solche Behandlung begonnen haben. In der nachfolgenden Darstellung wurden die gleichen Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und Abdeckungsgrad in DOKLI bzw. Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister durchgeführt wie in Abschnitt 5.2.2.

Insgesamt haben im Jahr 2016 in Österreich etwa 3.800 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.21).

Tabelle 5.1:
Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben

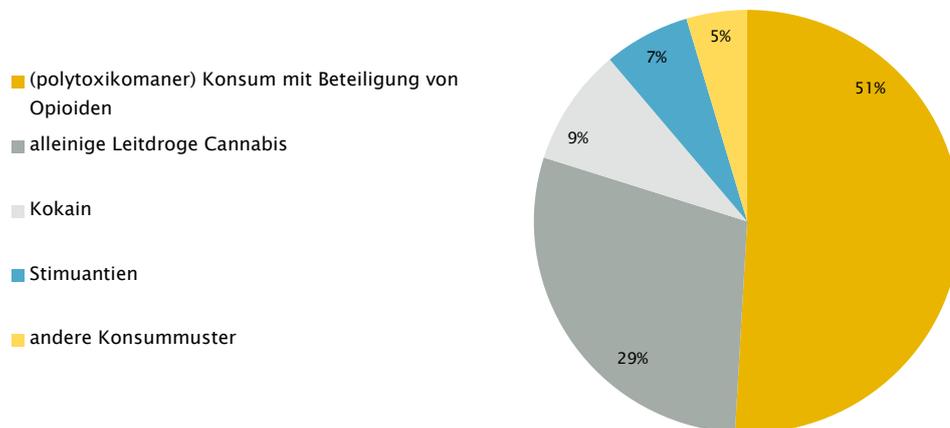
Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	2.398
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	472
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	824
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	99
Suchtbehandlungen insgesamt	3.793

Quelle: DOKLI, eSuchtmittel

Abbildung 5.1 zeigt, dass rund die Hälfte der geschätzten 3.800 Personen, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster. Fast ein Drittel hat die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der Klientel die Leitdroge dar.

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenkonsummuster im Behandlungsbereich insgesamt

Jenen etwa 3.800 Personen, die im Jahr 2016 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen etwa 20.300 Personen gegenüber, die bereits im Vorjahr oder in den Vorjahren eine Behandlung begonnen haben, die bis 2016 (oder länger) andauert. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 24.120 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2016

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	9.295
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.827
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.298
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	700
Suchtbehandlungen insgesamt	24.120

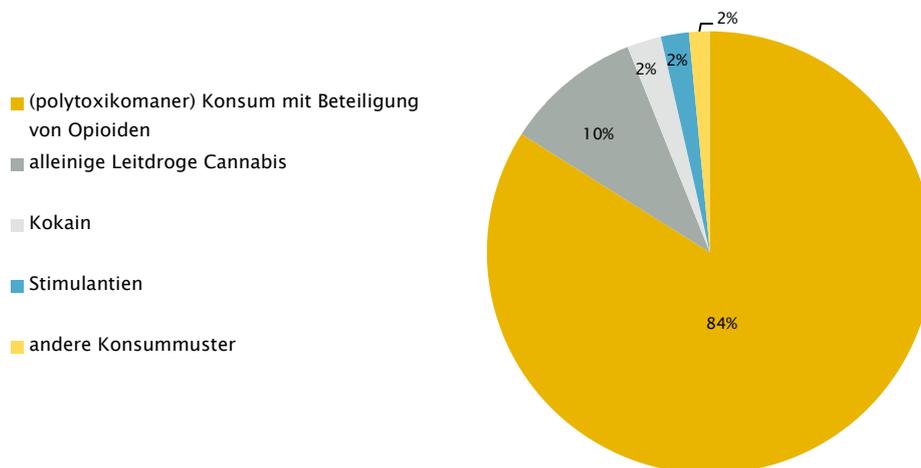
Quelle: DOKLI, eSuchtmittel

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 20.250 Personen – wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil mit Opioidproblematik an allen behandelten Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die

vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.2:

Konsummuster von allen Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2016



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis; diese machen etwa 2.400 Personen aus. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Charakteristika von behandelten Personen

Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klienten-Dokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten. Die wenigen vorhandenen Daten zu Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.4 dargestellt.

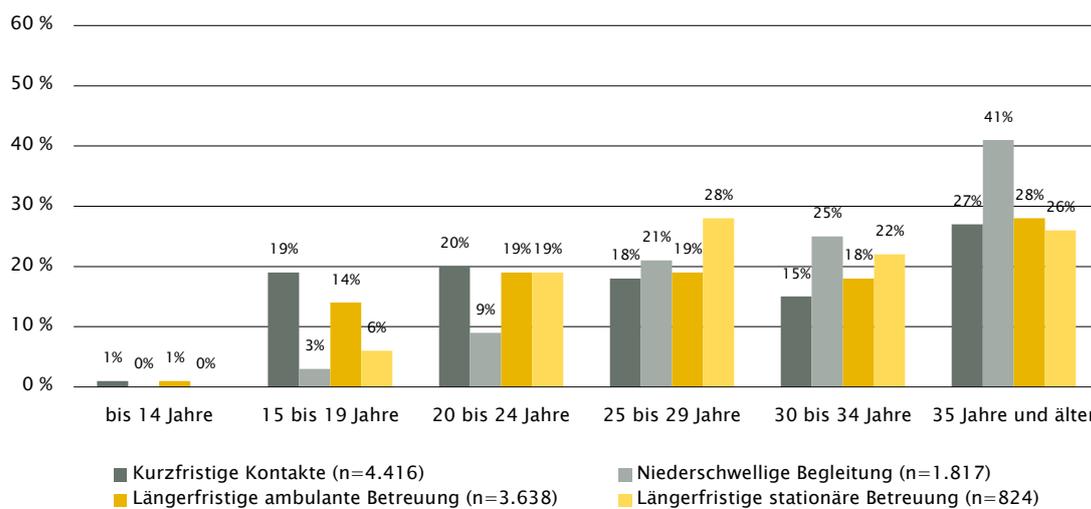
Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.638 Personen vor, die im Jahr 2016 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.512 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 824 Personen begonnen, bei 402 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 1.808 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 4.425 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** im Jahr 2016 hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen sechs (in langfristiger stationärer Betreuung) und 19 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen sechs (in langfristiger stationärer Betreuung) und 19 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 30 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 47 Prozent (in langfristiger stationärer Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Anteil der Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahr 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 20 und 24 Prozent (vgl. Tabelle A5. 1).

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI als Leitdroge und Begleitdroge erfasst⁸⁴. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen. Abbildung 5.4 zeigt die Leitdrogen mit Mehrfachnennungen für das Jahr 2016. Personen, die mehr

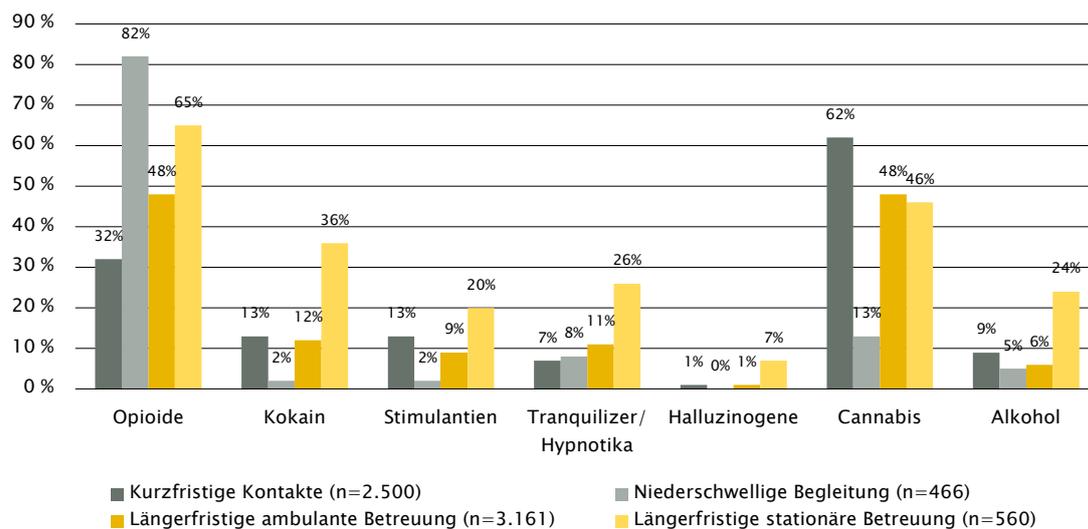
84

Unter **Leitdroge** ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht ausschließlich auf rechtliche Probleme. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Leitdrogen angegeben werden.

Unter **Begleitdrogen** sind jene Drogen zu verstehen, die die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die ihr/ihm ebenfalls Probleme bereiten. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegt. Ausschließlich rechtliche Problematik ist anzukreuzen, wenn kein behandlungsrelevanter Konsum vorliegt, aber eine rechtliche Weisung besteht (GÖG/ÖBIG 2013a).

als eine Leitdroge nennen, werden auch mehrfach in der Grafik berücksichtigt. Deswegen ergibt die Summe über die Leitdrogen mehr als 100 Prozent (vgl. auch Tabelle A5. 2).

Abbildung 5.4:
Leitdroge(n) der Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

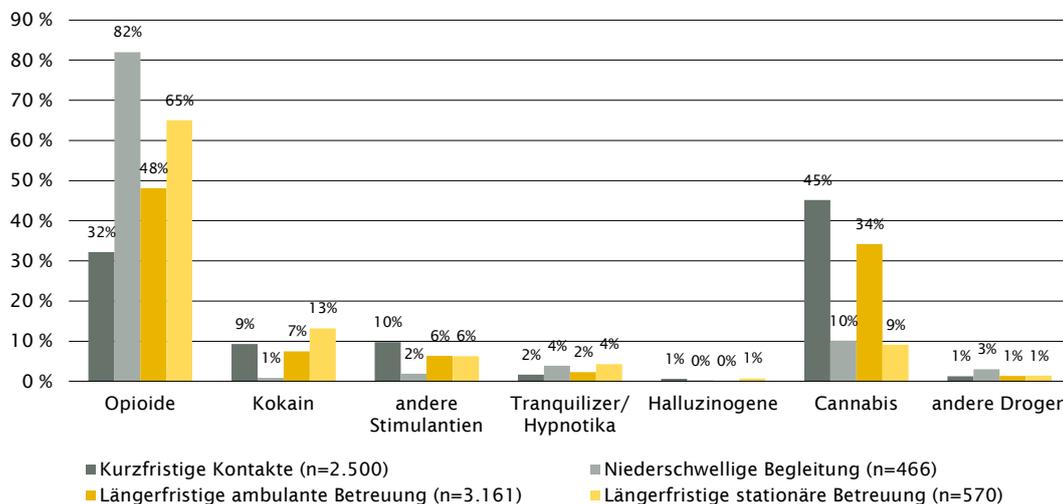
Eine andere Darstellungsform von Konsummustern ist die sogenannte „hierarchische Leitdrogendefinition“⁸⁵. In dieser Form werden die österreichischen Daten auch an die EMCDDA übermittelt. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.5).

85

Im von der EMCDDA definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „treatment demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach ihrer Leitdroge aufgeschlüsselt. Es wird davon ausgegangen, dass jede Klientin und jeder Klient nur eine Leitdroge konsumiert. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EMCDDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge eine „Leitdrogenhierarchie“ konstruiert. Hat beispielsweise eine Person sowohl Opiode als auch Cannabis als Leitdrogen angegeben, werden Opiode als Leitdroge ausgewiesen. Folgende Hierarchie wird dafür herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis. Diese Definition entspricht am ehesten der (logischen) Vorgabe, nur eine Leitdroge zuzulassen (z. B. wird bei Vorliegen von Opioid- und von Cannabis-Problemkonsum in der Regel der Opioidkonsum als Hauptproblem angegeben, wenn nur eine Leitdroge ausgewiesen werden kann).

Abbildung 5.5:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition (Betreuungsbeginn im Jahr 2016), nach Art der Betreuung



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

In beiden Darstellungsformen überwiegen zwei Gruppen: Personen mit Leitdroge Opioid und Personen mit Leitdroge Cannabis. In der hierarchischen Leitdrogendarstellung ist die Gruppe mit Leitdroge Cannabis wesentlich kleiner als in der Darstellung mit Mehrfachnennung, d. h., es gibt viele Personen, die neben der Leitdroge Opioid auch noch die Leitdroge Cannabis angeben. Weiters muss bei der Interpretation der Zahlen zu Cannabis bedacht werden, dass der Anteil von Personen mit behördlicher Therapieauflage (gesundheitsbezogene Maßnahmen gemäß § 11 SMG) in der Gruppe mit alleiniger Leitdroge Cannabis sehr hoch ist (siehe auch GÖG/ÖBIG 2013b).

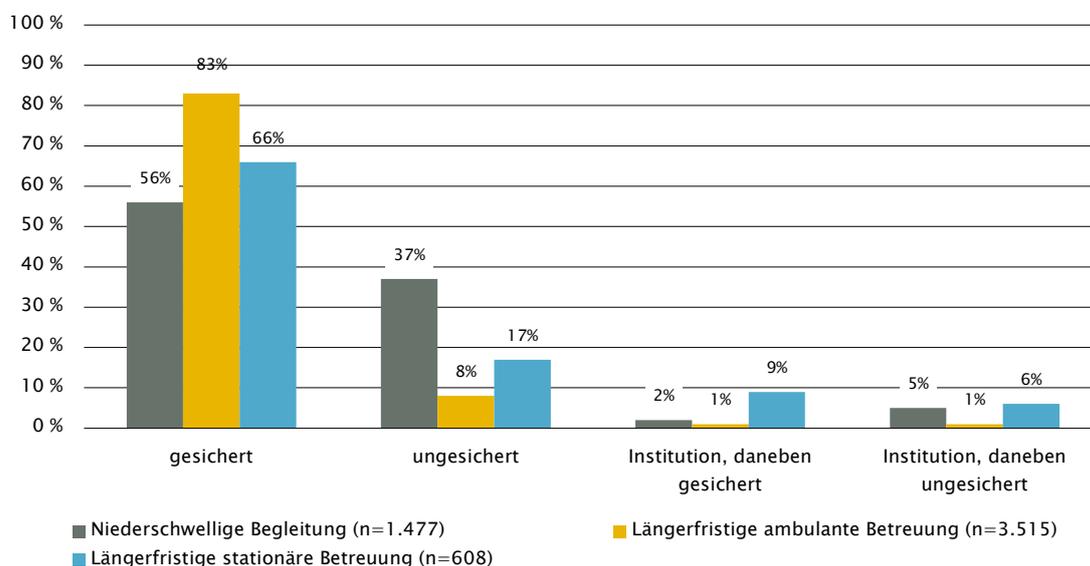
Im Gegensatz zu anderen EU-Ländern dominieren Opiate demnach im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge. Kokain und andere Stimulantien als Leitdroge spielen hingegen nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5).

34 Prozent der längerfristig ambulant und 53 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (kurzfristige Kontakte: 25 %, niederschwellige Betreuung: 71 % - vgl. Tabelle A5. 3).

Soziale Situation: Während Obdachlosigkeit für den Großteil der längerfristig Betreuten kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, ist die Klientel im niederschweligen Betreuungsbereich mit großen Problemen hinsichtlich der Wohnsituation konfrontiert (vgl. Abbildung 5.6 und Tabelle A5. 4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Abbildung 5.6:

Personen, die sich 2016 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten sowohl im längerfristig ambulanten als auch im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle A5. 5).

Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 29 %, längerfristig stationäre Betreuung: 10 %, niederschwellige Begleitung: 10 % - vgl. Tabelle A5. 6).

Migrationshintergrund: In DOKLI wird als Hinweis auf einen allfälligen Migrationshintergrund lediglich die Staatsbürgerschaft erfasst und dies auch nur bei längerfristiger Betreuung und Behandlung. Damit kann jedoch nur ein eingeschränktes Bild der Klientel gegeben werden, die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nimmt. Der Großteil der Klienten/Klientinnen, die im Jahr 2016 eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hatte die österreichische Staatsbürgerschaft (84 %; vgl. Tabelle A5. 7). Nur ein kleiner Teil hatte die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes bzw. eines Nicht-EU-Landes, keine Person ist staatenlos. Der Anteil der Klienten/Klientinnen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft entspricht somit in etwa dem Anteil in der österreichischen Gesamtbevölkerung. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob mit dieser Inanspruchnahmerate auch der Bedarf annähernd abgedeckt ist - was Berichte aus der Praxis eher bezweifeln lassen (vgl. Abschnitt 5.4) -, bedarf es jedoch weiterer Forschung.

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Einrichtungen für Betreuung bei Drogenabhängigkeit geben der Suchthilfekompass⁸⁶ sowie regionale Informationsschienen. Der Großteil der spezialisierten ambulanten Einrichtungen bietet Beratung, Betreuung und Behandlung – und damit das gesamte Spektrum an gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach § 11 SMG (vgl. Kapitel 2) – unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen; häufig werden auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nicht substanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Abgesehen von den spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung von Drogenabhängigen, dies gilt insbesondere für die Substitutionsbehandlung (vgl. Abschnitt 5.2.3).

Zum Spektrum an verfügbaren spezialisierten ambulanten Angeboten gehören Sucht-/Drogenberatung (inklusive Rechtsberatung) sowie ambulante Entzugsbehandlung, psychosoziale Betreuung und Behandlung (z. B. Soziotherapie, Lebenskompetenztraining, verhaltens- oder kognitivtherapeutische Interventionen – inklusive Abklärung von psychischen Grunderkrankungen). Weitere wichtige Dienstleistungen ambulanter Einrichtungen sind die Vermittlung zu stationären Angeboten sowie eine entsprechende Vor- und Nachbetreuung; dazu gehört nicht nur die Suche nach einem Behandlungsplatz, sondern auch die Unterstützung bei der Regelung der Kostenübernahme sowie die Betreuung während allfälliger Wartezeiten. In der Regel werden zusätzlich auch Maßnahmen zur Förderung der Reintegration (inklusive Maßnahmen zur Arbeitsplatzhaltung oder Schulung) sowie spezifische Leistungen für Angehörige von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen angeboten.

Ambulante Einrichtungen stehen – mit Ausnahme der Angebote in Wien – eher der Bevölkerung aus dem jeweiligen Bundesland zur Verfügung. Um z. B. in Niederösterreich eine entsprechende wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, wurden nicht nur die ambulanten Einrichtungen über Jahre hinweg ausgebaut, sondern auch zusätzliche Formen ambulanter Unterstützung etabliert. So bietet z. B. das ambulante Betreuungszentrum des *Grünen Kreises* in Wiener Neustadt zusätzlich mobile ambulante Vorbetreuung in ganz Niederösterreich an; AMS-Geschäftsstellen werden für Beratung, Begleitung und Weitervermittlung durch Mitarbeiter/innen des *Grünen Kreises* genutzt (Hörhan, p. M.). In speziellen Fällen wird auch die Inanspruchnahme des *Vereins Dialog* in Wien genehmigt.

Spezifische Angebote im ambulanten Bereich sind z. B. die Kokainsprechstunden an der Drogenambulanz Innsbruck, die auch eine spezifische medizinisch-therapeutische Behandlung bieten, oder *Beyond the line* sowie die spezifischen Öffnungszeiten (Sprechstunden) des Vereins *Dialog*

86

In diesem werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at/presentation>).

für Kokain- bzw. Crystal Meth-Konsumierende. *Checkit!* bietet Konsumreduktionsgruppen an, die sich früher eher an Cannabis-Konsumierende gerichtet haben, mittlerweile aber auch für Amphetamin-, Ecstasy-, MMC-, Kokain-Konsumierende u. a. angeboten werden⁸⁷.

Das Ziel spezifischer Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen mit einem unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrad, andererseits die Reduktion von Hürden, eine Beratung, Betreuung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Der *Verein Dialog* hat aus diesen Gründen seinen offenen Betrieb in der Integrativen Suchtberatung Gudrunstraße (ISG) für Personen, die mit einem Terminsetting nicht klar kommen, geteilt und bietet nun getrennte Zeiten für Jugendliche und Erwachsene an (Verein Dialog 2015).

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung von drogenabhängigen Frauen relevant. Spezifische Angebote für Frauen sind jedoch nicht überall verfügbar. Beispielsweise bieten der *Verein Dialog* eigene Zeiten für Frauen (*Frauensache*) und *Clean Bregenz* eine eigene Frauengruppe an.

Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die in mehreren Bundesländern zur Verbesserung der Versorgung von substanzabhängigen Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern umgesetzt werden (z. B. *DESK* in Niederösterreich⁸⁸; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011). Im Sinne eines vernetzten Handelns sind hier Suchthilfe, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendhilfe involviert. Einzelne Bestandteile von *DESK* sind Informationsbroschüren für die betroffenen Frauen, das Helfersystem, Fortbildungsmaßnahmen für relevante Berufsgruppen und die Abstimmung von regionalen Vorgehensweisen. Diese Maßnahmen zielen sowohl darauf ab, die gesundheitliche Situation der substanzabhängigen Mütter zu verbessern, als auch auf Verbesserung ihrer Lebenssituation und damit auf suchtvorbeugende Wirkung auf die betroffenen Kinder.

Darüber hinaus gibt es etliche ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind – z. B. die sechs in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, – und allgemeine ambulante Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereitstellen (z. B. *Verein Dialog*).

Hervorzuheben sind auch diverse Maßnahmen, die speziell darauf ausgerichtet sind, Suchtkranke aus verschiedenen Einrichtungen zu passenden Angeboten zu vermitteln (z. B. Verbindungsdienste, vgl. Kapitel 6).

In manchen Einrichtungen bestehen Wartelisten, die sich allerdings laufend ändern und von verschiedensten Faktoren wie der regionalen Verfügbarkeit und dem aktuellen Andrang abhängen. In manchen Einrichtungen wird bei großem Andrang nach dem Schweregrad bzw. der Dringlichkeit

87

Mehr Information unter <http://www.checkyourdrugs.at/beratung-2/homebase/> (4. 8. 2016)

88

Mehr Information unter <http://www.suchtpraevention-noe.at/index.php?nav=1615> (4. 8. 2016)

gereiht. Die breite bzw. nicht substanzspezifische Ausrichtung der ambulanten Einrichtungen erleichtert es nicht nur, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden, sondern auch, auf neue Entwicklungen mit Anpassungen zu reagieren. Schwieriger ist es jedoch für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separierte Angebote benötigen.

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass⁸⁹ und andere regionale Informationsschienen (z. B. eine Liste für die Steiermark⁹⁰ sowie eine Liste stationärer Behandlungseinrichtungen auf der Website des Verein b.a.s.⁹¹) sowie die Karte A5. 1. Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an.

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls auch thematisiert und berücksichtigt, wenn sie Teil des polytoxikomanen Konsums sind. Doch es gibt auch verstärkt Konzepte zur gemeinsamen Behandlung verschiedener Suchtformen innerhalb einer stationären Einrichtung (vgl. auch Abschnitt 5.4). Beispielsweise steht die Abteilung für Abhängigkeitserkrankung des Landeskrankenhauses Amstetten-Mauer für den körperlichen Entzug sowohl von illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen, die abstinentenorientierten Tiroler Einrichtungen Hall in Tirol und Emmaus behandeln sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioid-Abhängigkeit, das Zentrum für Suchtmedizin des LKH Graz Süd-West, das seinen Schwerpunkt auf stoffgebundene Abhängigkeiten gelegt hat, integriert zusätzlich auch Personen mit Medikamentenabhängigkeit.

Das Ziel eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks verfolgen die meisten stationären Einrichtungen damit, dass sie auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen anbieten. Diese stehen grundsätzlich Personen aus ganz Österreich und auch aus dem Ausland offen. Zur Verfügbarkeit und den Charakteristika spezialisierter stationärer Einrichtungen sei auf GÖG/ÖBIG 2012 verwiesen. Darin sind Kapazitäten, therapeutische Ansätze und die im Allgemeinen an einer ganzheitlichen Behandlung orientierte Angebotspalette der Einrichtungen ausführlich beschrieben.

Hinsichtlich spezifischer Zielgruppen ist v. a. der Verein *Grüner Kreis* zu nennen, der eigene Häuser für Jugendliche, Frauen, Eltern mit Kindern und Personen in Substitutionsbehandlung betreibt.

89

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen aufgelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at/presentation>).

90

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (4. 8. 2016)

91

http://www.suchtfragen.at/media/pdf/2014-10_stationaere_therapieeinrichtungen_fuer_menschen_in_abhaengigkeit_von_illegalisierten_drogen.pdf (4. 8. 2016)

Für substanzabhängige Schwangere und Mütter mit Kleinkindern gibt es auch im stationären Bereich bereichsübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und Neugeborenen. Dazu gehören Angebote in Wien im Rahmen des multiprofessionellen, interdisziplinären Betreuungsmodells von AKH und Neuropsychiatrischer Abteilung für Kinder und Jugendliche des Krankenhauses Rosenhügel und weiterer Einrichtungen (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011).

Auch im stationären Bereich bestehen Wartelisten, die zum Teil starken Schwankungen unterworfen sind (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Auch hier gilt, dass die meisten Einrichtungen ein breites und substanzunspezifisches Angebot bieten, was es leichter macht, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden. Schwieriger ist die Angebotssuche für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separate Angebote benötigen.

Evaluation von Suchtbehandlung

Hinsichtlich der Evaluationen von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen kann nur auf einzelne Studien verwiesen werden, die die Einrichtungen in Auftrag geben oder selbst durchführen. Manche führen regelmäßig Katamnesestudien durch (z. B. die Therapiestation *Carina*), andere lassen einzelne Angebote einmalig evaluieren (z. B. das Jugendangebot des *Vereins Dialog*). Evaluations- und Katamneseberichte der Therapiestation *Carina* wurden bereits in früheren Berichten zur Drogensituation beschrieben, auf den aktuellsten wird im Folgenden kurz eingegangen.

Aktuell liegen Daten der Therapiestation *Carina* zur Befragung nach der Patientenzufriedenheit aus dem Jahr 2016 vor (Stiftung Maria Ebene 2017a). Demnach sind die Befragten überwiegend zufrieden bis eher zufrieden mit den verschiedenen Behandlungsangeboten sowie mit Behandlungskompetenz und Behandlungsbeziehung. Eine gewisse Unzufriedenheit wurde hinsichtlich der Arbeits- und Beschäftigungsstruktur im Haus (26 % sind unzufrieden oder eher unzufrieden) sowie der Angebote zur Freizeitgestaltung (20 %) geäußert. Bei den Fragen zum Behandlungsmanagement und -zugang bzw. zur Behandlungswirksamkeit überwiegen zwar auch die positiven Antworten, es gibt aber doch auch (eher) Unzufriedene. Diese bemängeln z. B. die Wartezeit auf den Behandlungsplatz (23 %) und die Hausordnung (30 %), sind aber anscheinend auch weniger von der Wirksamkeit der Behandlung bezüglich der Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (20 %), der Bewältigung ihrer Lebensprobleme (16 %) oder der Abstinenzfähigkeit (16 %) überzeugt. Positives Feedback bezog sich auf das sehr persönliche Beziehungsangebot, das soziotherapeutische Team, die Einzel- und Gruppenpsychiatrie und dabei insbesondere die Konfrontations- bzw. Hausgemeinschaftsgruppe, das pädagogische Reiten und diverse Freizeitangebote. Kritik wurde v. a. hinsichtlich des Verhältnisses zwischen Arbeitsstruktur und therapeutischen Angeboten geäußert sowie zu manchen Therapieelementen, der Notwendigkeit, Anträge zu schreiben, den häufigen Wechseln von Praktikantinnen und Praktikanten, den Wartezeiten und der Hausordnung. Die Daten zeigen, dass 82 Prozent der im Jahr 2016 abgeschlossenen Behandlungen erfolgreich beendet wurden und die durchschnittliche Behandlungsdauer regulär abgeschlossener Therapien im Jahr 2016 4,5 Monate betragen hat.

Weniger Daten liegen zur Therapiestation *Lukasfeld* vor. Von insgesamt 158 neu aufgenommenen Personen blieben 80 nur zur körperlichen Entgiftung (Stiftung Maria Ebene 2017b). Diese konnten zu 78 Prozent erfolgreich abschließen. Von den 78 Personen, die anschließend zur Entwöhnung blieben, konnten 40 Prozent diese regulär abschließen, während etwa 22 Prozent wegen Regelverstößen entlassen wurden und weitere 36 Prozent die Behandlung von sich aus abbrachen.

Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung werden immer wieder Studien durchgeführt (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Auch von der GÖG werden regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durchgeführt, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation (z. B. Analysen zu Haltequoten oder zu Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen in Weigl et al. 2015 und 2016) dargestellt sind.

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die die Selbstständigkeit der Menschen und ihre soziale Integration aufrechterhalten oder helfen sollen, diese wieder zu erreichen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. Maßnahmen im Freizeitbereich haben einerseits das Ziel, gewisse Fähigkeiten zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen von sozialen Kontakten genutzt werden können. Der psychosoziale Dienst Niederösterreich bietet beispielsweise sogenannte "Clubs" an, die von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen betreut werden und gemeinsame Freizeitaktivitäten ermöglichen (Hörhan, p. M.). Neben den arbeitsmarktintegrativen Angeboten der Suchthilfeeinrichtungen und spezifischen sozialökonomischen Betrieben (z. B. *fix & fertig* in Wien⁹²), die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. Um dies zu fördern, werden in den Bundesländern v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/innen umgesetzt.

Für Personen mit Suchtproblematik werden spezielle Maßnahmen – inklusive trainingsorientierte Gruppen und Kursangebote zur Rückführung in die Arbeitsfähigkeit – angeboten (z. B. *Standfest* vom *Verein Dialog* in Wien). In Wien wurde im Jahr 2007 ein Konzept entwickelt, das den Fokus auf die bedarfsgerechte Betreuung von Wiener Suchtkranken in Kombination mit der zielgruppenspezifischen Differenzierung der einzelnen Maßnahmenträger zur Vermeidung von Doppelgleisigkeit legt (SDW 2015). Im Rahmen einer suchtspezifischen Diagnostik durch das *Institut für Suchtdiagnostik* wird unter Verwendung von medizinischen, sozialarbeiterischen und psychologischen Komponenten festgestellt, ob die jeweils diagnostizierte Person arbeitsfähig ist oder nicht. Im Jahr 2016 wurden 702 Personen zur suchtspezifischen Diagnostik an das *ISD* zugewiesen, seit

92

Mehr Information unter <http://www.suchthilfe.at/> (4. 8. 2016)

2008 waren es insgesamt rund 7.000 Personen (SDW 2017). Zur Förderung der Beschäftigung von Suchtkranken gibt es seit 2016 eine neue Struktur (FöBeS; vgl. Abschnitt 5.4).

Aktuelle Daten liegen aus Vorarlberg vor: 30 Prozent der Klientinnen und Klienten der Therapiestation Carina, die im Jahr 2016 ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, konnten in eine reguläre Erwerbstätigkeit vermittelt werden (Stiftung Maria Ebene 2017a). 24 Prozent haben mit einer Ausbildung begonnen oder diese fortgesetzt, 20 Prozent waren arbeitssuchend und 11 Prozent in Qualifizierungsmaßnahmen des AMS. Die anderen Klientinnen und Klienten erhielten entweder Rehabilitationsgeld (9 %) oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (6 %).

Umsetzung der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

Organisation und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Personen hängt stark von regionalen Strategien ab (zentrale versus dezentrale Versorgung). Spezialisierte ambulante Einrichtungen und Ambulanzen von Krankenhäusern bieten zwar auch Opioid-Substitutionsbehandlung an – wobei hier meistens sowohl Indikationsstellung und Einstellung als auch Weiterbehandlung möglich sind –, die wichtigste Rolle spielt aber der niedergelassene Bereich. Wer Substitutionsbehandlung und unter welchen Voraussetzungen durchführen darf, ist in der Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/374) bzw. der Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl. II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5).

Einen Überblick über die Anzahl bzw. die Verteilung von jenen Ärztinnen und Ärzten, die in den einzelnen Bundesländern zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifiziert sind, gibt [Tabelle 1](#). Österreichweit sind laut BMGF 675 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer p. M.). Von diesen haben 566 (84 %) am Stichtag 31. 12. 2016 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Wiener Ärztinnen/Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam sind. In [Tabelle 2](#) wird die Anzahl der pro Bundesland am 31. 12. 2016 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt.

Tabelle 5.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Anzahl Personen in Substitutionsbehandlung und Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen/Ärzte pro Bundesland (31. 12. 2016)

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte laut LISA*	Versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	266	20	63
Kärnten	823	24	21
Niederösterreich	2.370	84	238
Oberösterreich	1.833	76	76
Salzburg	467	12	31
Steiermark	1.274	46	60
Tirol	1.093	35	41
Vorarlberg	570	13	14
Wien	7.846	386	284
Österreich	16.542	675**	566***

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil in der LISA insgesamt 60 Ärztinnen/Ärzte in zwei Bundesländern Praxisadressen haben.

*** Die Gesamtzahl der Ärztinnen/Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil einige Ärztinnen/Ärzte Klientel aus mehreren Bundesländern betreuen.

Quellen: eSuchtmittel und LISA; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

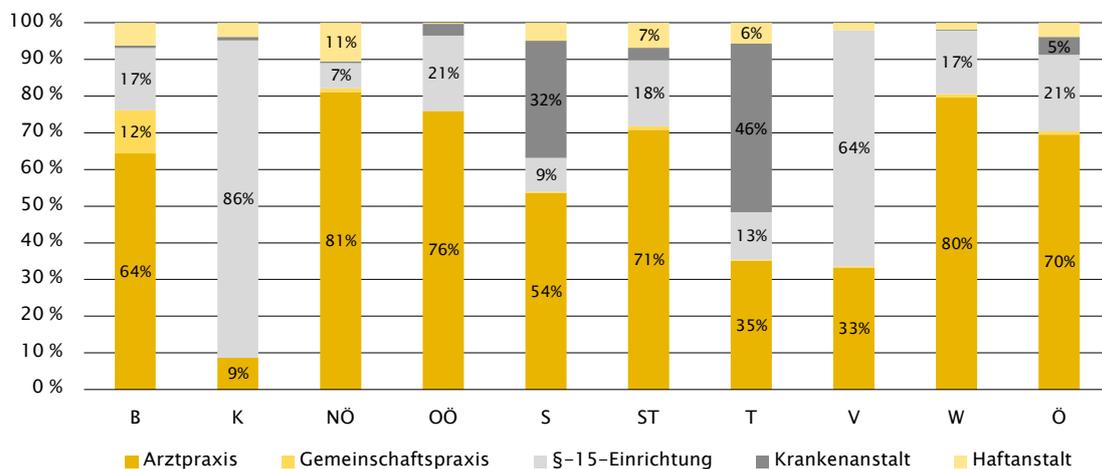
Aus dieser Tabelle nicht eindeutig ablesbar ist die Tatsache, dass nicht alle zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifizierten Ärztinnen/Ärzte diese Behandlung auch tatsächlich durchführen. Je nach Region ist die Versorgungssituation besser oder fragiler. Seit nunmehr etlichen Jahren wird mit unterschiedlichen Maßnahmen versucht, (drohenden) Versorgungsgapen zu begegnen (vgl. Abschnitt 5.4).

Neben einer ausreichenden Anzahl an tatsächlich substituierenden Ärztinnen/Ärzte ist aber auch deren Verteilung innerhalb der Bundesländer wichtig, um eine wohnortnahe Versorgung und damit den Zugang zur Substitutionsbehandlung möglichst allen Personen zu ermöglichen, die sie benötigen. Dies ist insbesondere für jene Personen wichtig, die berufstätig oder aus verschiedenen Gründen nicht mobil sind.

Abbildung 5.7 zeigt, in welchen Versorgungsstrukturen die Substitutionsbehandlung in Österreich durchgeführt wird. Hier spiegeln sich organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern wider. So setzen z. B. Kärnten und Vorarlberg sehr stark auf §15-Einrichtungen.

Abbildung 5.7:

Versorgungspraxis der Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2016



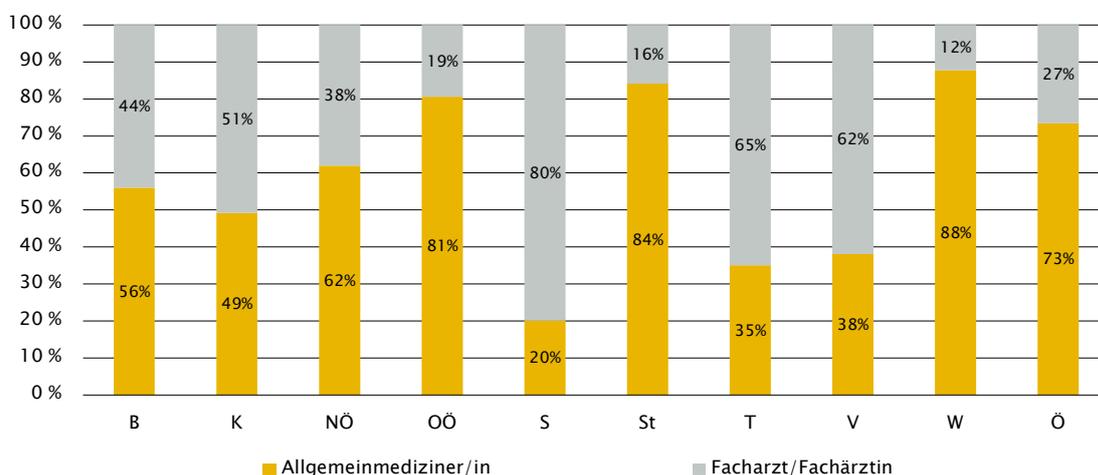
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.8 zeigt, dass in Österreich insgesamt die Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Die Verteilung ist jedoch in den Bundesländern unterschiedlich: Während in Salzburg 80 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen und Fachärzten behandelt werden, werden in Wien, Oberösterreich und der Steiermark über 80 Prozent von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreut.

Abbildung 5.8:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern (31. 12. 2016)



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2016 waren insgesamt 18.222 Personen in Substitutionsbehandlung gemeldet, davon 1.073 zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 3.1 zeigt die Verteilung der Personen in Substitutionsbehandlung über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen zur Substitutionsbehandlung in Haft sind in bzw. in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.4:

Anzahl der dem BMGF für das Jahr 2016 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Fortgesetzte Behandlung	262	820	2.485	1.916	482	1.349	1130	645	8.060	17.149
Erstbehandlung	27	88	198	191	50	61	83	35	340	1.073
Gesamt	289	908	2.683	2.107	532	1.410	1.213	680	8.400	18.222

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Fortgesetzte Behandlung ist eine Behandlung, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurde, oder eine wiederholte Behandlung einer Person, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung war.

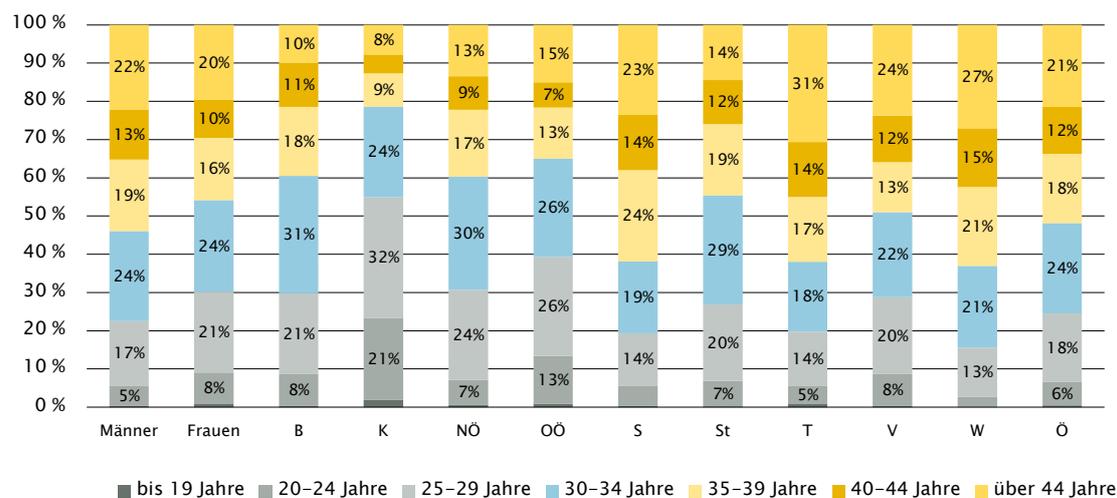
Erstbehandlung bedeutet, dass die Person bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: BMGF; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 18.222 insgesamt im Jahr 2016 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 74 Prozent männlich und 26 Prozent weiblich. Die Geschlechterverteilung der 1.073 im Jahr 2016 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (81 % Männer, 19 % Frauen).

Abbildung 5.9:
Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland, 2016



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.9 zeigt die Altersstruktur der 2016 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind 6 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt. 18 Prozent gehören der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre an, 42 Prozent sind im Alter von 30 bis 39 Jahren und 34 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten über die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol und Wien weniger als ein Fünftel.

Weitere Aspekte zur Organisation und Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung

Die zu Redaktionsschluss noch geltende Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/374; vgl. auch Kapitel 2 und Abschnitt 5.4) definiert neben den bereits genannten Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung noch weitere Rahmenbedingungen⁹³. Dazu gehören die Ziele dieser Behandlungsform (Überbrückungs-, Reduktions- oder Erhaltungstherapie), aber auch die Voraussetzungen, wann eine Substitutionsbehandlung begonnen werden darf und welche Fachmeinung für eine Indikationsstellung eingeholt werden muss (§ 23 a, b und d SV). Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können, stehen mehrere Arzneimittel mit verschiedenen Wirkstoffen zur Verfügung. Dazu gehören laut § 23c SV Methadon und Buprenorphin als Mittel der ersten Wahl, andere Substitutionsmittel dürfen nur bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel verschrieben werden. In § 23e SV ist prinzipiell die täglich kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels vorgesehen, es werden aber auch Ausnahmen definiert. Bei Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel ist laut § 23f mit dem einstellenden Arzt Rücksprache zu halten. Eine detaillierte Beschreibung dieser Rahmenbedingungen ist in GÖG/ÖBIG 2013c zu finden.

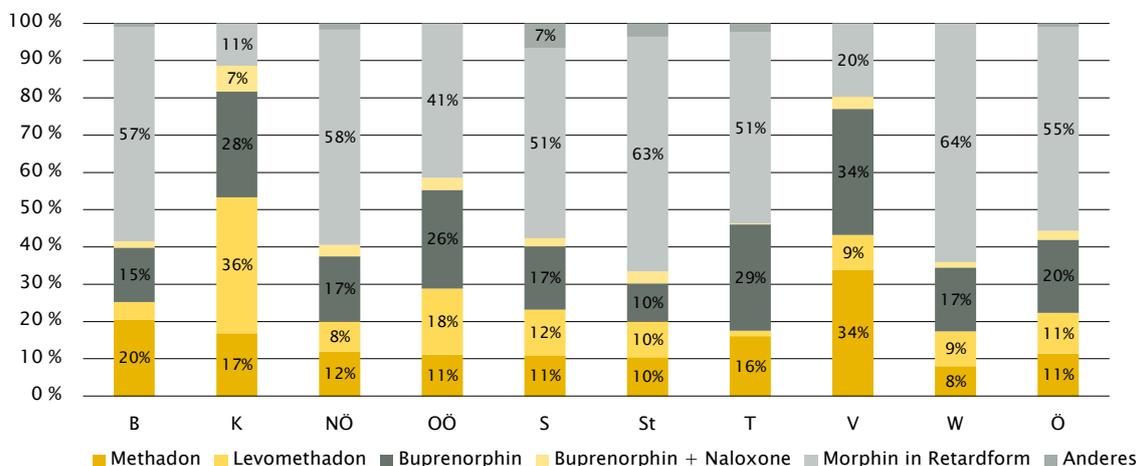
Abbildung 5.10 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (55 %), gefolgt von Buprenorphin (20 %) und Methadon (11 %) bzw. Levomethadon (11 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haft eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt in Haft eine wesentlich größere Rolle (über 38 %) als außerhalb.

93

Dies wird sich ändern, wenn die bereits beschlossene Novellierung des SMG und der dazugehörigen Verordnungen in Kraft tritt (vgl. Abschnitt 5.4).

Abbildung 5.10:

Personen in Substitutionsbehandlung, nach Substitutionsmittel und Bundesland, 2016



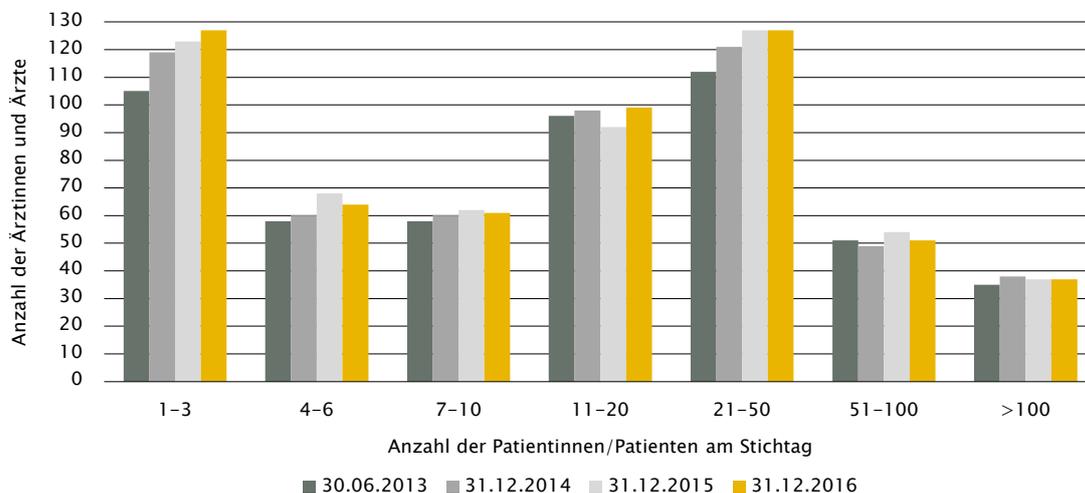
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich
 Die Angaben beziehen sich auf 18.089 der insgesamt 18.222 Personen, da bei 133 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Mittel ein.

Quelle: BMGF; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.11 zeigt nicht nur die starke Streuung der Betreuungszahlen pro Ärztin/Arzt, sondern auch die Entwicklung in den letzten fünf Jahren. Während im Jahr 2016 191 Ärztinnen/Ärzte (34 %) jeweils bis zu sechs Patientinnen/Patienten betreuen, sind bei 88 (15 %) Ärztinnen/Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 5.11:

Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt, 2013–2016

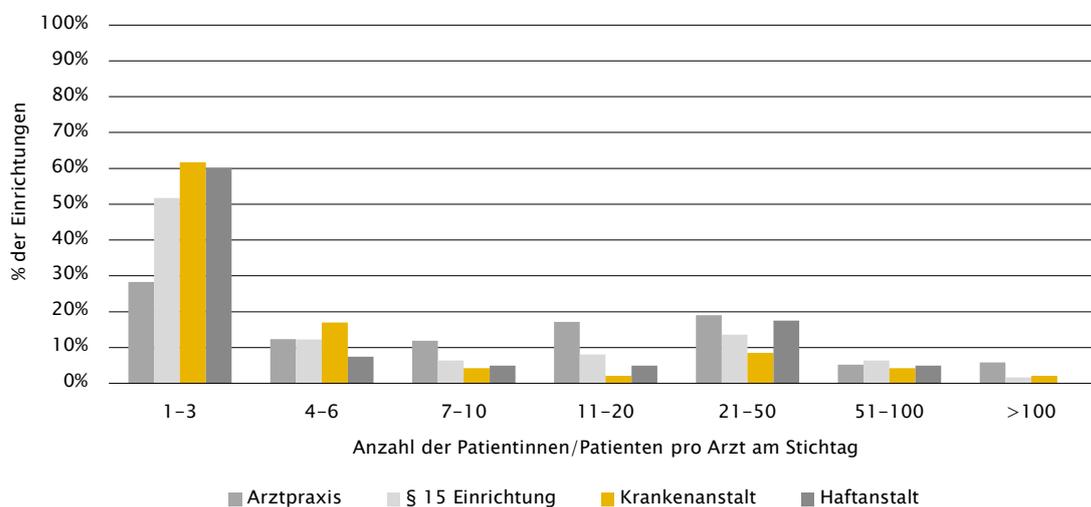


Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Wird die Anzahl der Patientinnen und Patienten pro Arzt/Ärztin nach Einrichtungsform betrachtet (Abbildung 5.12), so zeigt sich, dass in 28 Prozent der Arztpraxen und in über 50 Prozent der §15-Einrichtungen ein bis drei Patientinnen/Patienten auf einen Arzt bzw. eine Ärztin kommen. Auf der anderen Seite gibt es auch einige Schwerpunktpraxen (30 % der Arztpraxen), in denen mehr als 21 Patientinnen und Patienten auf einen Arzt / eine Ärztin entfallen. Befinden sich diese Schwerpunktpraxen im ländlichen Bereich, so spielen sie eine besonders wichtige Rolle in der regionalen Versorgung. Umso mehr muss darauf geachtet werden, dass langfristig Kontinuität sichergestellt werden kann. Bei jenen Ärztinnen/Ärzten, die nur 1–3 Patientinnen/Patienten behandeln und nicht Teil einer spezialisierten Einrichtung sind, sondern in einer (Einzel-)Praxis arbeiten, ist hingegen auf eine gute Unterstützung im Sinne von Erfahrungsaustausch zu achten.

Abbildung 5.12:

Anzahl der Substitutionspatientinnen/-patienten pro Arzt/Ärztinnen nach Einrichtungsform, in Prozent, 2016



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.5 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung erfolgt in der Suchtbehandlung auf verschiedensten Ebenen und Wegen, die vorliegende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Gesetzliche Vorgaben finden sich in SMG (BGBl. I 1997/112), SV (BGBl. II 1997/374) und in der *Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung* (BGBl. II 2006/449). Dazu gehören auch die Vorgaben hinsichtlich Behandlungs- und Betreuungskonzept sowie hinsichtlich materieller, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen und Dokumentation für §15-SMG-Einrichtungen und deren Überprüfung durch das BMGF. Das BMGF hat ein bundesweites Substitutionsregister zu führen, u. a. um Mehrfachbehandlungen mit Substitutionsmitteln zu verhindern (vgl. Kapitel 2). Hinsichtlich der Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte bestehen ebenfalls genaue gesetzliche Vorgaben (vgl. Kapitel 2), die von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit den Ärztekammern der Bundesländer umzusetzen sind.

Zusätzlich gibt es Überprüfungen hinsichtlich baulicher, technischer, sicherheitstechnischer und bauhygienischer Beschaffenheit jener Einrichtungen, die als Sozialhilfe-Einrichtung der entsprechenden Aufsicht der Landesregierungen unterliegen, und eine sanitäre Aufsicht (Überprüfung pflege-/einrichtungshygienischer, personeller, pflegfachlicher und organisatorischer Erfordernisse) nach dem Krankenanstaltengesetz durch die Bezirksverwaltungsbehörden.

Zu erwähnen sind auch Qualitätsstandards bzw. Leitlinien wie das "Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG" (vgl. Kapitel 2), die neue Leitlinie „Qualitätsstandards für die Opioidsubstitutionstherapie“ (vgl. Abschnitt 5.4) die „Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2012), die "Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ" und die "Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ" oder die "Checkliste Substitution" in der Steiermark. Darüber hinaus liegen auch Konsenspapiere (z. B. der ÖGABS zur "Substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger" oder der ÖGPB "Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen") und Positionspapiere (z. B. das „Positionspapier des ANS-Ost zur Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung“) vor, die ebenfalls einen Beitrag zu einer standardisierten Vorgangsweise leisten sollen.

Speziell für die Substitutionsbehandlung ist die Kontrolle durch Amtsärztinnen und -ärzte laut § 23g SV anzuführen (vgl. Abschnitt 5.2.1).

Relevant für Qualitätssicherung sind auch verschiedene Gremien: Dazu gehören beispielsweise der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* (angesiedelt am BMGF) sowie die Sachverständigenkommissionen der Bundesländer, aber auch die regionalen Qualitätszirkel für Ärztinnen und Ärzte. Weitere (regionale) Vernetzungsgremien dienen im Wesentlichen dem fachlichen Austausch.

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen (z. B. für Amtsärztinnen und -ärzte oder für die Mitarbeiter/innen von Suchthilfe-Einrichtungen im Rahmen der ÖAKDA oder – auf regionaler Ebene – die *Mariatroster Suchtgespräche* sowie die *Interdisziplinäre Fortbildung Obersteiermark*) und jährliche Fachtagungen (z. B. das Substitutionsforum in Mondsee der ÖGABS und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee⁹⁴ oder – auf regionaler Ebene – die Tiroler Suchttagung) veranstaltet.

Schließlich ist auch auf Evaluationsstudien hinzuweisen (vgl. Abschnitt 5.2.4), die von einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden und deren Ergebnisse der Weiterentwicklung der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote dienen.

5.3 Trends

Bei Betrachtung der Zeitreihen für den ambulanten Bereich und Cannabis bzw. Opioiden als Leitdroge gemäß der hierarchischen Leitdrogendefinition in den DOKLI-Daten zeigt sich, dass bis zum Jahr 2013 der Opioid-Konsum abnahm und der Cannabis-Konsum zunahm. Dieser Sachverhalt ist

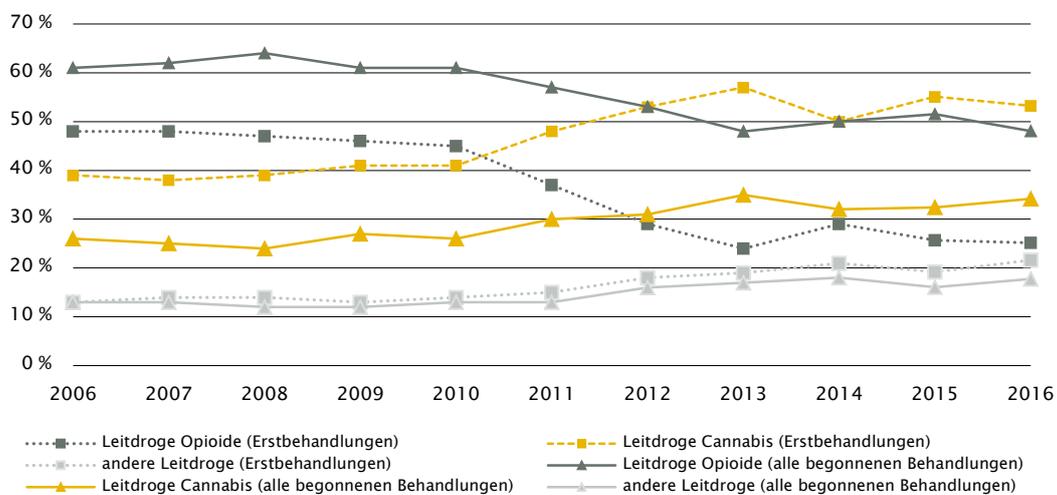
94

Veranstalter waren im Jahr 2015 die *Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft (MAW)*, die Johannes Kepler Universität, Cocoon, die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK), der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP).

in Bezug auf Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als in Bezug auf alle erfassten Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.13). In den Jahren 2013 bis 2016 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt bzw. verläuft seither nicht eindeutig. Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Drogen als Leitdrogen bis 2014 leicht gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulantien (Erstbehandlungen: Kokain 10 %, Stimulantien 9 %; bei neuen Betreuungen: Kokain 8 %, Stimulantien 6 %).

Abbildung 5.13:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioiden und Cannabis (hierarchische Definition), 2007–2016



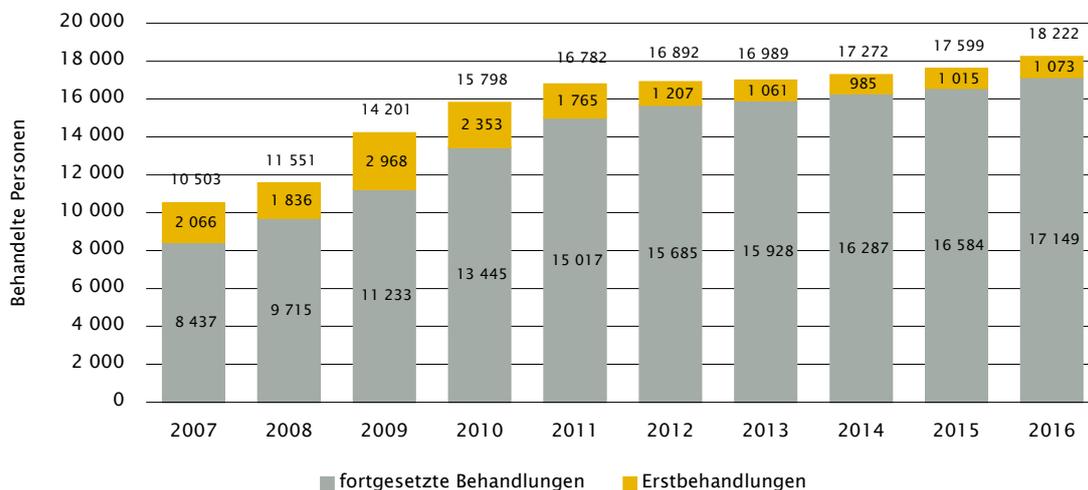
Quelle: GÖG, DOKLI-Auswertungen 2007 bis 2016

Es ist aber zu beachten, dass der weitaus größte Teil der Personen in Substitutionsbehandlung (Opioidproblematik) nicht in DOKLI aufscheint.

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abbildung 5.14).

Abbildung 5.14:

Jährliche Meldungen von Personen aktuell in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2006–2016



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 entsprechende Person bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.

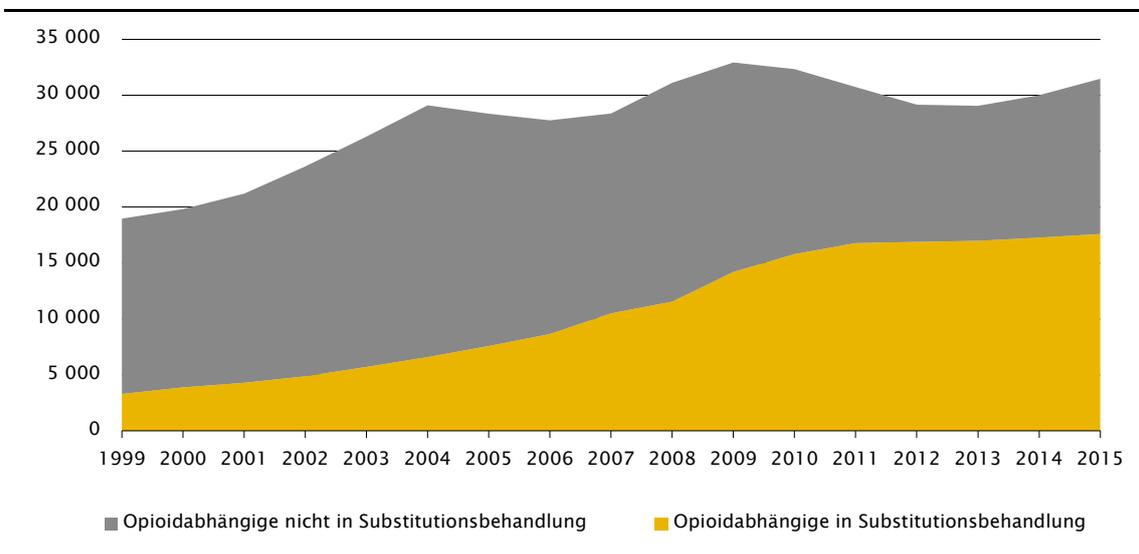
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Das Abflachen des Anstiegs der in oraler Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen dürfte durch einen Sättigungseffekt (des bestehenden Systems) zu erklären sein – der Großteil der Personen, für die Substitutionsbehandlung in Frage kommt, ist bereits in Behandlung. Unklar bleibt, ob sich mit weiteren Veränderungen in der Substitutionsbehandlung, wie z. B. einer weiteren Diversifizierung der einsetzbaren Substitutionsmittel (z. B. andere Applikationsform) oder strukturellen Verbesserungen, die Anzahl der Substitutionsbehandlungen wieder weiter steigern ließe.

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zur aktuellen Prävalenzschätzung aus 2016, so zeigt sich, dass die In-Treatment-Rate über die Jahre massiv gestiegen ist (Weigl et al. 2016). Während sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Drogenproblemen (Opioiden) seit 1999 lediglich um 50 Prozent erhöht hat, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht. Insgesamt werden von den geschätzten 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 53 und 61 Prozent durch Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.15) bzw. zwischen 60 und 68 Prozent durch drogenspezifische Behandlung erreicht (Busch et al. 2016). Dies kann in jedem Fall als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.15:

Opioidabhängige Personen, nach Integration in Substitutionsbehandlung, 1999–2015



Quelle: eSuchtmittel, Prävalenzschätzung 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.4 Neue Entwicklungen

Hinsichtlich der **Grundlagen bzw. Qualitätssicherung** drogenbezogener Behandlung kann von Aktivitäten auf Bundesebene berichtet werden. Durch die geplanten Gesetzesänderungen, die zu Redaktionsschluss noch nicht erlassen waren (vgl. Kapitel 2), werden die Details der medizinischen Behandlung aus der Suchtgiftverordnung herausgenommen. Stattdessen wird auf eine medizinische Leitlinie verwiesen, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde. Diese Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*⁹⁵ wurde in einem mehrjährigen Prozess, ausgehend von einem „Expertinnen-/Expertenforum zur Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung“ im März 2013, vorbereitet. Fachleute aus verschiedenen relevanten medizinischen Bereichen (inklusive Amtsärzte/-ärztinnen), aus dem psychosozialen Bereich und der Rechtswissenschaft waren in die Erarbeitung von Empfehlungen für eine qualitätsgesicherte Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen involviert. In den Arbeitsgruppen wurden für die Ableitung von evidenzbasierten Empfehlungen die verfügbare Literatur sowie eigene Erfahrungen herangezogen (ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP 2017). In der Leitlinie wird zunächst auf die ärztliche Haltung und ethische Grundlagen sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen einer Opioidsubstitutionstherapie (OST)

95

Die Leitlinie steht z. B. unter <http://oegabs.at/de/Leitlinien> (Zugriff am 28. 6. 2017) zum Download bereit.

dargestellt und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters ist ein Ausblick zur möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie und die gleichzeitig beschlossenen Novellen 2017 können dazu beitragen, dass OST zukünftig wie andere medikamentöse Behandlungen bewertet wird. Damit ist nicht nur ein weiterer wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung von Opioidabhängigen getan. In der Folge kann sich diese Veränderung auch positiv auf die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern auswirken, in diesem Feld tätig zu werden.

Darüber hinaus ist auch die Evaluation und Überarbeitung des Handbuchs zur Vollziehung des § 12 SMG (vgl. Kapitel 2) zu erwähnen. Auf regionaler Ebene sind z. B. Aktivitäten aus Wien zu berichten: Im Jahr 2016 wurde u. a. eine Broschüre mit Empfehlungen zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen erstellt (vgl. Kapitel 6), auch Mindeststandards für stationäre Therapiemodule wurden überarbeitet (SDW 2017). Der Verbindungsdienst KONNEX, dessen Aufgabe die Unterstützung des allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereiches im Umgang mit Suchtkranken durch individuelle Fachberatung und praxisnahe Wissensvermittlung ist, hat im Jahr 2016 eine Befragung zur Zufriedenheit mit seinem Angebot durchgeführt: Demnach wird diese Form der Unterstützung von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich als sehr hilfreich empfunden, der Großteil würde das Angebot weiterempfehlen. Weitere Themen, an denen die SDW arbeitet, sind der Versicherungsschutz nach einer Haftentlassung sowie eine Standortbestimmung zum Thema Cannabis. Der Verein Dialog hat im Jahr 2016 als „eine der ersten Einrichtungen im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich“ eine Zertifizierung nach ISO 9001:2015 erhalten (Verein Dialog 2017).

Hinsichtlich der Schaffung und Umsetzung **integrierter Konzepte** für die Suchthilfe ist z. B. der neue Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020 (vgl. auch Kapitel 1) relevant. Dieser zielt auf die Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen ab (Land Salzburg 2016). Für die einzelnen Handlungsfelder der spezialisierten Versorgung werden im Rahmenplan verschiedene Module mit Leistungsumfang und Zugangsmöglichkeiten definiert. Für das Handlungsfeld Beratung sind dies die Module Suchtberatung und Fallbegleitung. Für das Modul Suchtberatung als zentrale Anlaufstelle müssen gewisse grundlegende suchtmmedizinische Leistungen unmittelbar verfügbar sein, ebenso wichtig ist jedoch die Steuerung der Patientenströme in der Maßnahmenplanung. Das Modul Fallbegleitung beinhaltet die längerfristige Koordination und Begleitung über den gesamten Behandlungsverlauf. Für das Handlungsfeld Therapie und Rehabilitation sind Module für ambulante oder stationäre Versorgung vorgesehen, die jeweils spezifische standardisierte Kombinationen aus verschiedenen Interventionen beinhalten. Als Spezialmodule des ambulanten Moduls sind die Substitutionsbehandlung und die Behandlung von (noch) nicht abhängigen (hoch)risikant Konsumierenden vorgesehen. Während für ambulante Angebote als Ziel auch Konsumkontrolle und nachhaltige Konsumreduktion angegeben wird, bleiben stationäre Angebote auf Abstinenz ausgerichtet. Das Handlungsfeld Nachbetreuung mit den Modulen Wohnbetreuung und Nachsorge ergänzt das Angebot.

Der neue Regionale Strukturplan Gesundheit 2025 für die Steiermark (Gesundheitsfonds Steiermark 2017) zielt auf eine möglichst flächendeckend verfügbare ambulante Versorgung ab, die gut

mit der stationären Versorgung gekoppelt ist und eine wohnortnahe ineinandergreifende Versorgung ohne Brüche gewährleisten kann. Es wird explizit festgehalten, dass dazu ein stabiles Netz von Einrichtungen für die Opioidsubstitutionstherapie notwendig ist. Um dies sicherzustellen, braucht es ein ambulantes Angebot außerhalb von Graz, das u. a. psychosoziale Beratungsstellen bzw. sozialpsychiatrische Ambulanzen einbezieht. Für den stationären Bereich ist u. a. vorgesehen, dass bis zu sechs systematisierte Betten der neu eingerichteten alltagspsychiatrischen Abteilung des LKH Hochsteiermark, Bruck an der Mur, auch für Detoxikation genutzt werden können.

In diesem Zusammenhang soll auch auf das Wiener Projekt *Alkohol 2020* bzw. seit Mai 2017 *Alkohol. Leben können.* verwiesen werden, das als Maßnahme im Landeszielsteuerungsvertrag Gesundheit (vgl. Kapitel 1) enthalten ist und im Jahr 2016 ausgebaut wurde. Dieses Projekt machte auch Veränderungen in jenen Einrichtungen der Suchthilfe notwendig, die bisher nur Drogenklientinnen/-klienten betreut bzw. behandelt haben und nun auch Alkoholabhängige zu ihrer Klientel zählen. Die Erfahrungen des Vereins *Dialog* beispielsweise zeigen, dass diese Erweiterung nicht nur neue Kooperationen und die Ausrichtung auf eine neue, heterogene Klientengruppe erfordert, sondern auch ein Umdenken in der eigenen Arbeit und Haltung (Verein Dialog 2017). Die heterogener werdende Klientel ist nicht nur durch unterschiedlichste Lebenssituationen und Erfahrungen mit der Suchthilfe gekennzeichnet, sondern hat auch unterschiedliche Anliegen, Meinungen und Vorurteile. Dies führt unter Umständen zu Dynamiken im Wartebereich, die abgefangen werden müssen und gezieltes Wartebereichsmanagement umso wichtiger machen. Im *Schweizer Haus Hadersdorf* gibt es aufgrund von *Alkohol. Leben können.* nun ambulante Behandlung sowohl für Abhängige von illegalen Drogen als auch für Alkoholabhängige. Allerdings stehen getrennte Bereiche zur Verfügung, Freizeitangebote und der Garten können jedoch von beiden Gruppen gemeinsam genutzt werden (Gegenhuber p.M.).

In Vorarlberg baut die Stiftung Maria Ebene ihre Angebote für verschiedene Suchtformen aus und setzt auf eine breite Palette von Maßnahmen in verschiedener Intensität (Stiftung Maria Ebene 2017b). So werden unter dem Titel *Wieder frei atmen!* in Kooperation mit anderen Krankenhäusern Beratungen und Unterstützung für Raucher/innen, ambulante Rauchergruppen sowie Einzeltherapie ermöglicht. Am Krankenhaus Maria Ebene wird auch eine stationäre Behandlung über drei Wochen angeboten. Der Einsatz von Medikamenten zum Rauchstopp sowie Akupunktur und Ernährungsberatung nach dem Rauchstopp runden das Angebot ab. Von den beiden Therapiestationen werden die Angebote weiterentwickelt. Während in der Therapiestation Carina v. a. die Reittherapie ausgebaut wurde, steht in der Therapiestation Lukasfeld die bessere Berücksichtigung der individuellen Situation der Klientinnen und Klienten durch individuelle Therapiepläne im Vordergrund. Seit 2016 wird in Lukasfeld auch therapeutisches Klettern angeboten.

Suchtmittelkonsumierende **Personen mit Migrationshintergrund** und insbesondere Asylwerber/innen sind seit 2015 auch in der Suchthilfe verstärkt ein Thema. Im Jahr 2016 wurden z. B. von der Suchtberatung Tirol Workshops mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) durchgeführt (Suchtberatung Tirol 2017). Diese setzten Dolmetscher/innen ein und beinhalteten neben den klassischen Themen auch den Umgang mit Drogen in den Herkunftsländern. Unterstützung braucht es aber auch für die Mitarbeiter/innen der UMF-Einrichtungen, die Regeln und Konsequenzen definieren müssen. Dies zeigte sich deutlich in der REITOX Academy des österreichischen

REITOX Focal Point im Dezember 2016 (vgl. Kapitel 4). Die Suchtberatung Tirol kann seit Kurzem ein Onlinesystem für das Dolmetschen nutzen und somit Beratungen für Betroffene anbieten, für die die deutsche Sprache eine Hürde darstellt. Sprachkompetenzen innerhalb der Suchthilfe sowie Unterschiede zwischen verschiedenen Herkunftsländern sind auch Thema in der SDW (SDW 2017). Beim Verein Dialog konnte im Jahr 2016 das Videodolmetschen als Regelangebot übernommen werden (Verein Dialog 2017).

Hinsichtlich der **Versorgung** opioidabhängiger Personen mit **Opioid-Substitutionsbehandlung** ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der Substitutionsbehandlung (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema (vgl. auch Abschnitt 5.2.3). In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern (vgl. auch Berichte aus den Vorjahren). In Tirol wird z. B. bereits seit 2015 vom Verein Suchtberatung einmal pro Woche eine Drogensprechstunde in Imst abgehalten, die den wohnortnahen Zugang zur Substitutionsbehandlung ermöglicht (Suchtberatung Tirol 2017). In enger Kooperation mit der Drogenfachstation B3 des LKH Hall kann somit sowohl Einstellung als auch Weiterbehandlung sowie psychosoziale Betreuung geleistet werden. Diese Kooperation ermöglicht zudem gute Übergänge bei stationären Aufnahmen bzw. zur Nachbetreuung. Dennoch reicht das Angebot anscheinend nicht aus, den Bedarf im Oberland abzudecken, lange Wartezeiten werden berichtet. Die Drogenambulanz Klagenfurt macht gute Erfahrungen mit einer Abendordination, die v. a. berufstätigen Klienten und Klientinnen eine Substitutionsbehandlung ermöglicht (Prehslauer p.M.). Auch im Burgenland besteht mit den Abendambulanzen in Mattersburg und Oberpullendorf ein ähnliches Angebot (Schmidl-Mohl p.M.), außerdem wurde dort die Substitutionsbehandlung an den Einrichtungen des PSD so organisiert, dass die Chefärztin des PSD schwierige Fälle an allen Standorten betreut.

Eine Masterarbeit (Schwarzenbrunner 2017) untersuchte die Zufriedenheit von Substitutionspatientinnen und -patienten in Oberösterreich und kommt zum Schluss, dass der Großteil mit der bestehenden Behandlung grundsätzlich zufrieden ist (80 % Zustimmung). Allerdings wird darauf hingewiesen, dass die Behandlungszufriedenheit im Vergleich zu einer ähnlichen Befragung im Jahr 2006 zurückgegangen ist, während sowohl die Zufriedenheit mit dem verwendeten Medikament (93 % Zustimmung) als auch die positiven Erfahrungen mit den betreuenden Personen bzw. Institutionen gestiegen sind. Die meisten Befragten sind auch mit der oralen Verabreichung (86 %) und der aktuellen Dosierung (84 %) zufrieden, wobei Methadon bezüglich der Dosierung am schlechtesten abschneidet (71 % Zustimmung). Wenige berichten von starken Nebenwirkungen (10 %), wobei auch hier Methadon bzw. insbesondere Levomethadon schlechter abschneidet. Die meisten Befragten sind auch mit der Beziehung zur Familie sowie der Wohnsituation zufrieden (80 %), deutlich geringer ist die Zufriedenheit mit dem psychischen Wohlbefinden und der Ausbildungs- bzw. Arbeitssituation. Positive Veränderungen durch die Substitutionsbehandlung werden hinsichtlich der finanziellen, psychischen und körperlichen Situation berichtet, negative Veränderungen betreffen v. a. die Beziehung zu Freunden und Bekannten, die Freizeitgestaltung sowie die Partnerschaft. Als Gründe für den Beginn einer Substitutionsbehandlung werden am häufigsten der Ausstieg aus der Illegalität, finanzielle Schwierigkeiten sowie gesundheitliche Gründe genannt. Zugang zur und Kontrolle der Substitutionsbehandlung werden mehrheitlich als angemessen empfunden. Zum Konsum vor und während der Substitutionsbehandlung liegen keine plausiblen Ergebnisse vor, was mit dem Setting der Befragung begründet wird. Positive Erfahrungen werden

v. a. im Umgang mit Ärztinnen und Ärzten sowie Beratungsstellen berichtet. Als positive Erfahrungen wurden des Weiteren die positiven Veränderungen durch die Substitutionsbehandlung genannt sowie die Entkriminalisierung. Negative Erfahrungen bezogen sich meist auf den organisatorischen Ablauf und den Umgang mit Substitutionspatienten/-patientinnen. Verbesserungsvorschläge betrafen v. a. eine intravenöse Einnahmemöglichkeit (z. B. Heroinabgabe) bzw. Vereinfachungen des Mitgebens, aber auch den Aufwand für und den Umgang mit Klientinnen/Klienten.

Die Bedeutung von Beschäftigung, Kooperationen zwischen Suchthilfe und Arbeitswelt sowie Möglichkeiten zur Verbesserung der Angebote zur **sozialen Reintegration** waren Themen bei der Tiroler Suchttagung 2016⁹⁶. In Wien wurde für die Zielgruppe Suchtkranke mit Schwerpunkt Alkoholsucht eine neue Struktur zur Förderung der Beschäftigungsmöglichkeit geschaffen (Projekt FöBeS), welche die Möglichkeit der Verschränkung medizinischer und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen bietet (SDW 2017). Eine zentrale Anlaufstelle übernimmt eine ganzheitlich umfassende Abklärung der Suchterkrankung, erstellt einen individuellen Maßnahmenplan und vermittelt je nach Bedarf sowohl in medizinische Angebote als auch zu passenden Angeboten, die die soziale Reintegration fördern. Diese Angebote reichen von einer Tagesstruktur und dem Training von sozialen Schlüsselkompetenzen, niederschweligen Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitstraining bis zu individueller Bewerbungsunterstützung und Vermittlung in den Arbeitsmarkt. Der Zugang zu FöBeS erfolgt über das Projekt *Alkohol. Leben können*. Im Jahr 2016 wurden 839 Personen nach Erstellung eines Maßnahmenplans in weiterführende Maßnahmen vermittelt, für 287 Personen wurde parallel ein medizinischer Maßnahmenplan erstellt. In diesem Zusammenhang wurden z. B. vom Verein Dialog für den Standort *Sucht und Beschäftigung* neue Workshops konzipiert, die zur Stabilisierung und zum Aufbau von Beschäftigungsfähigkeit beitragen sollen (Verein Dialog 2017).

Weitere Veränderungen in der Versorgung mit Suchtberatung und -behandlung:

- » Das Angebot der Drogenberatung Salzburg Stadt in Form einer Sprechstelle in Hallein musste eingestellt werden, da der Raum nicht mehr zur Verfügung steht (Schabus-Eder p. M.).
- » In der Steiermark wurde das Konzept der Suchtberatung in der Arztpraxis in einer Gemeinde umgesetzt und hat großen Anklang gefunden (b.a.s. 2016). Laut Monitoringbericht II/2016 (Bachner et al. 2017) zur Zielsteuerung Gesundheit wurden auch 12 neue Tagesklinikplätze im Zentrum für Suchtmedizin des LKH Graz Süd-West, Standort Süd, eingerichtet.
- » In NÖ wurden entsprechend der *Suchtstrategie NÖ* die Jugendsuchtberatungen durch eine neue Beratungsstelle in Wieselburg ausgebaut, die Beratungsstellen der PSZ GmbH werden derzeit als Ambulanzen adaptiert, weitere Möglichkeiten für Teilentzüge werden geschaffen (Hörhan p. M.).
- » Von der Suchtberatung Tirol wurde ab Jänner 2017 das Beratungsangebot am Standort Reutte zeitlich erweitert (Suchtberatung Tirol 2017). Um der Unterversorgung hinsichtlich

96

Zu finden unter <http://www.kontaktco.at/suchttagung/> (Zugriff am 4. 7. 2017).

Jugendlicher in Tirol – abgesehen von Innsbruck – zu begegnen, wurde ein Konzept zur Verbesserung der Kooperation mit der außerschulischen Jugendarbeit und anderen Bereichen erstellt.

- » In den letzten Jahren haben immer mehr Suchtberatungsstellen das Programm KISS (Kontrolle im selbstbestimmten Substanzkonsum) in ihr Tätigkeitsspektrum aufgenommen, z. B. die Drogenarbeit Z6. Dieses zieloffene verhaltenstherapeutische Selbstmanagementprogramm soll bei der Reduktion des eigenen Konsums legaler und illegaler Suchtmittel unterstützen und wird sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting umgesetzt (Z6/Drogenarbeit 2017). Über einen Zeitraum von vier bis fünf Monaten werden 12 einstündige strukturierte Sitzungen abgehalten.

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Klientel der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Weitere Erläuterungen, auch zur Coverage, sind in Anzenberger et al. (2017) zu finden.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2016 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach 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 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMGF wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den

Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel*/waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und häufig nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010). Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013b und GÖG/ÖBIG 2011).

Studien

Die Methode zur **Schätzung der Prävalenz des risikoreichen Opioid-Konsums** wird in Kapitel 3 beschrieben.

Für die **Erhebung der Patientenzufriedenheit** der Therapiestation *Carina* wird bei Therapieabschluss ein Fragebogen verwendet, der sich am *Wiener Patientenzufriedenheitsinventar* (WPI), der *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS) und dem *Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit* (ZUF-8) orientiert (Stiftung Maria Ebene 2017a) und im Jahr 2016 adaptiert wurde. Die Rückmeldungen der Patientinnen und Patienten werden zeitnah in das medizinische Dokumentationssystem eingegeben und kurz nach Therapieabschluss ausgewertet.

Für die **Masterarbeit von Schwarzenbrunner** wurden 860 Fragebögen ausgewertet, die im Jahr 2014 an alle damals in Oberösterreich in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (insgesamt 1.430) während der Vidierung einer Substitutionsverschreibung ausgegeben wurden (Schwarzenbrunner 2017). Die Fragebögen wurden anonym in verschlossenen Kuverts eingesammelt und an die Abteilung Gesundheit des Landes Oberösterreich übermittelt.

5.6 Bibliographie

b.a.s. (2016). Infomail vom 23.12.2016. b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz.

Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2017). Epidemiologiebericht Sucht 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Bachner, F., Bobek, J., Habimana, K., Ostermann, H. (2017). Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoringbericht II/2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E., (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016). Epidemiologiebericht Sucht 2016. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

- Gesundheitsfonds Steiermark (2016). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG–St 2025). Version 1.0. Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.). Graz
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen–Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013a): DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013c). Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen. Aktuelle Rahmenbedingungen und Studienergebnisse. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- IFES (2012). BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg.
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid–Substitutionstherapie. Wien.
- Schwarzenbrunner, T. (2017). Zufriedenheit von Substitutionspatient/innen mit der Behandlung in OÖ. Unveröffentlichte Masterthesis.
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht– und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SDW (2017). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2017“. Sucht– und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Springer, A., Uhl, A., Strizek, J. (2008): Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31, 2, 5–18

Stiftung Maria Ebene (2017a). Patientenbericht 2016. Stiftung Maria Ebene, Therapiestation Carina. Feldkirch.

Stiftung Maria Ebene (2017b). Jahresbericht 2016. Stiftung Maria Ebene. Frastanz.

Suchtberatung Tirol (2017). Jahresbericht 2016. Suchtberatung Tirol. Innsbruck

Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. Verein Dialog. Wien.

Verein Dialog (2017). Jahresbericht 2016. Verein Dialog. Wien.

Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Horvath, I., Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Z6/Drogenarbeit (2017). Tätigkeitsbericht 2016. Drogenarbeit Z6. Innsbruck.

5.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

BGBI I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).

BGBI. II 1997/374. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV).

BGBI. II 2006/449. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen über die Weiterbildung zum/zur mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinreichend vertrauten Arzt/Ärztin für den Bereich der oralen Substitutionsbehandlung von opioidabhängigen Suchtkranken (Weiterbildungsverordnung orale Substitution).

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Gegenhuber, Barbara	Schweizer Haus Hadersdorf
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Prehslauer, Brigitte	Drogenkoordinatorin Kärnten
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg
Schmidl-Mohl, Brigitte	PSD Burgenland

5.9 Anhang

Tabelle A5. 1:

Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakt			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	3	1	0	0	0	1	2	1	0	0	0
15 bis 19	17	24	19	3	5	3	14	15	14	5	8	6
20 bis 24	21	16	20	8	14	9	19	19	19	19	17	19
25 bis 29	18	17	18	20	24	21	19	20	19	28	26	28
30 bis 34	15	16	15	26	21	25	17	20	18	22	22	22
35 bis 39	11	11	11	18	17	18	12	9	11	12	13	12
40 bis 44	7	4	7	11	8	11	7	5	7	7	7	7
45 bis 49	5	4	4	7	8	7	5	4	5	4	4	4
50 bis 54	3	3	3	3	2	3	4	3	3	1	3	2
55 bis 59	1	1	1	2	0	1	1	2	1	0	1	0
60 bis 64	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1
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	3.539	877	4.416	1.383	434	1.817	2.850	788	3.638	652	172	824
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen 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“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Quellen: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2016;
Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 2:

Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Geschlecht (in Prozent)

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Opioide gesamt	31	38	32	84	74	82	46	58	48	65	66	65
Heroin	23	29	24	67	55	64	39	46	40	48	54	50
Methadon	3	4	3	11	10	11	4	5	5	6	5	5
Buprenorphin	4	4	4	11	4	9	6	6	6	4	2	3
Morphin in Retardform	9	14	10	26	30	27	14	20	15	28	24	27
Anderes Opioid	2	2	2	0	0	0	2	2	2	1	2	1
Kokaingruppe	14	8	13	2	2	2	14	7	12	36	36	36
Kokain	14	8	13	2	2	2	14	7	12	36	36	36
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
Anderes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien gesamt	12	15	13	3	1	2	9	10	9	21	18	20
Amphetamin (z. B. Speed)	9	11	9	2	1	2	7	7	7	18	14	17
MDMA (Ecstasy) und Derivate	4	6	4	1	1	1	4	3	4	8	7	8
Anderes Stimulanzium	3	3	3	0	0	0	2	3	2	1	2	2
Tranquilizer/Hypnotika gesamt	6	8	7	8	10	8	10	14	11	26	27	26
Benzodiazepine	6	8	7	8	10	8	10	14	11	26	27	26
Barbiturate	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0
Anderer Hypnotika bzw. Tranquilizer	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene gesamt	1	1	1	1	0	0	1	1	1	8	6	7
LSD	1	1	1	0	0	0	1	1	1	7	6	7
Anderes Halluzinogen	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1
Cannabis	65	52	62	11	19	13	51	39	48	47	40	46
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Alkohol	10	8	9	2	13	5	6	6	6	24	26	24
Anderer Drogen	1	0	1	3	2	2	1	1	1	3	5	4
Leitdroge (Nennungen)	3.089	720	3.809	516	169	685	3.963	1.068	5.031	1.134	313	1.447
Leitdroge angegeben (Personen)	2.025	475	2.500	353	113	466	2.494	667	3.161	436	124	560
Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	230	72	302	43	16	59	77	23	100	17	2	19
Keine Leitdroge angegeben (Personen)	1.261	317	1.578	983	305	1.288	255	91	346	4	3	7
Missing	23	13	36	4	0	4	24	7	31	195	43	238

m = männlich, w = weiblich;

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

In allen Tabellenzeilen mit Ausnahme der Zeilen „Leitdroge (Nennungen)“, „Leitdroge angegeben (Personen)“, „Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)“, „keine Leitdroge angegeben (Personen)“ und „Missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“ beziehen.

„Missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde. Oberkategorien sind fett gedruckt.

Quelle: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 3:

Personen, die im Jahr 2016 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	76	71	75	30	27	29	68	61	66	48	44	47
Ja	24	29	25	70	73	71	32	39	34	52	56	53
Gültige Angaben	3.231	770	4.001	1.133	364	1.497	2.734	768	3.502	446	131	577
Unbekannt	280	94	374	227	62	289	94	14	108	21	9	30
Missing	28	13	41	23	8	31	22	6	28	185	32	217

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen 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“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Quellen: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 4:

Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht (in Prozent)

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Gesichert (z. B. eigene Wohnung)	-	-	-	55	58	56	83	83	83	64	71	66
Ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	38	34	37	8	9	8	17	15	17
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	2	2	2	1	1	1	10	7	9
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	5	5	5	1	1	1	6	4	6
Betreutes Wohnen, daneben ge- sicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	0	0	1	2	1	0	2	1
Betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	0	0	0	3	4	3	1	0	1
Haft	-	-	-	0	0	0	4	1	3	1	0	1
Gültige Angaben	-	-	-	1.120	357	1.477	2.743	772	3.515	470	138	608
Unbekannt	-	-	-	229	63	292	59	6	65	3	1	4
Missing	-	-	-	28	11	39	48	10	58	179	33	212

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen 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“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Die Variable „aktuelle Wohnsituation“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A5. 5:

Über 20-Jährige, die im Jahr 2016 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
keine	-	-	-	-	-	-	2	2	2	4	3	4
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	2	1
Pflichtschule	-	-	-	-	-	-	43	52	45	41	47	43
Lehrabschlussprüfung	-	-	-	-	-	-	42	31	39	40	26	37
Berufsbildende mittlere Schule	-	-	-	-	-	-	3	6	4	4	6	5
AHS, BHS	-	-	-	-	-	-	6	8	7	6	12	8
Studium, Fachhochschule, Kolleg	-	-	-	-	-	-	2	2	2	3	3	3
Gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.271	625	2.896	446	125	571
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	90	19	109	5	3	8
Missing	-	-	-	-	-	-	68	8	76	168	31	199

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ ist ein Prozentsatz angegeben, der sich auf den Anteil an „gültigen Angaben“ bezieht. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „Missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit = Alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2016

Tabelle A5. 6:

Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (in Prozent)

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
erwerbstätig	-	-	-	11	7	10	31	22	29	9	13	10
arbeitslos	-	-	-	49	45	48	38	32	37	58	43	55
Bedarfsorientierte Mindestsicherung	-	-	-	17	24	19	11	18	13	10	11	10
Kind, Schüler/in, Student/in (= sog. "erhaltene Person")	-	-	-	1	3	1	4	6	4	0	1	0
Präsenz- oder Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	6	10	7	5	13	7	5	17	7
Haushalt, Umschulung, Sonstiges	-	-	-	13	12	13	12	12	12	4	7	5
Nicht erwerbstätig und Sonstiges unbekannt	-	-	-	25	23	25	15	18	16	29	29	29
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	1.158	369	1.527	2.703	765	3.468	515	139	654
Unbekannt	-	-	-	192	54	246	75	11	86	17	9	26
Missing	-	-	-	27	8	35	72	12	84	120	24	144

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen 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“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Die Variable „Lebensunterhalt“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 7:

Personen, die im Jahr 2016 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)

Staatsbürgerschaft	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Be- gleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Österreich	-	-	-	-	-	-	82	92	84	83	88	84
Anderes EU-Land	-	-	-	-	-	-	5	5	5	5	6	6
Nicht EU-Land	-	-	-	-	-	-	13	4	11	11	5	10
Staatenlos	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	-	-	-	2.756	766	3.522	462	139	601
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	42	11	53	1	0	1
Missing	-	-	-	-	-	-	52	11	63	189	33	222

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen 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“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

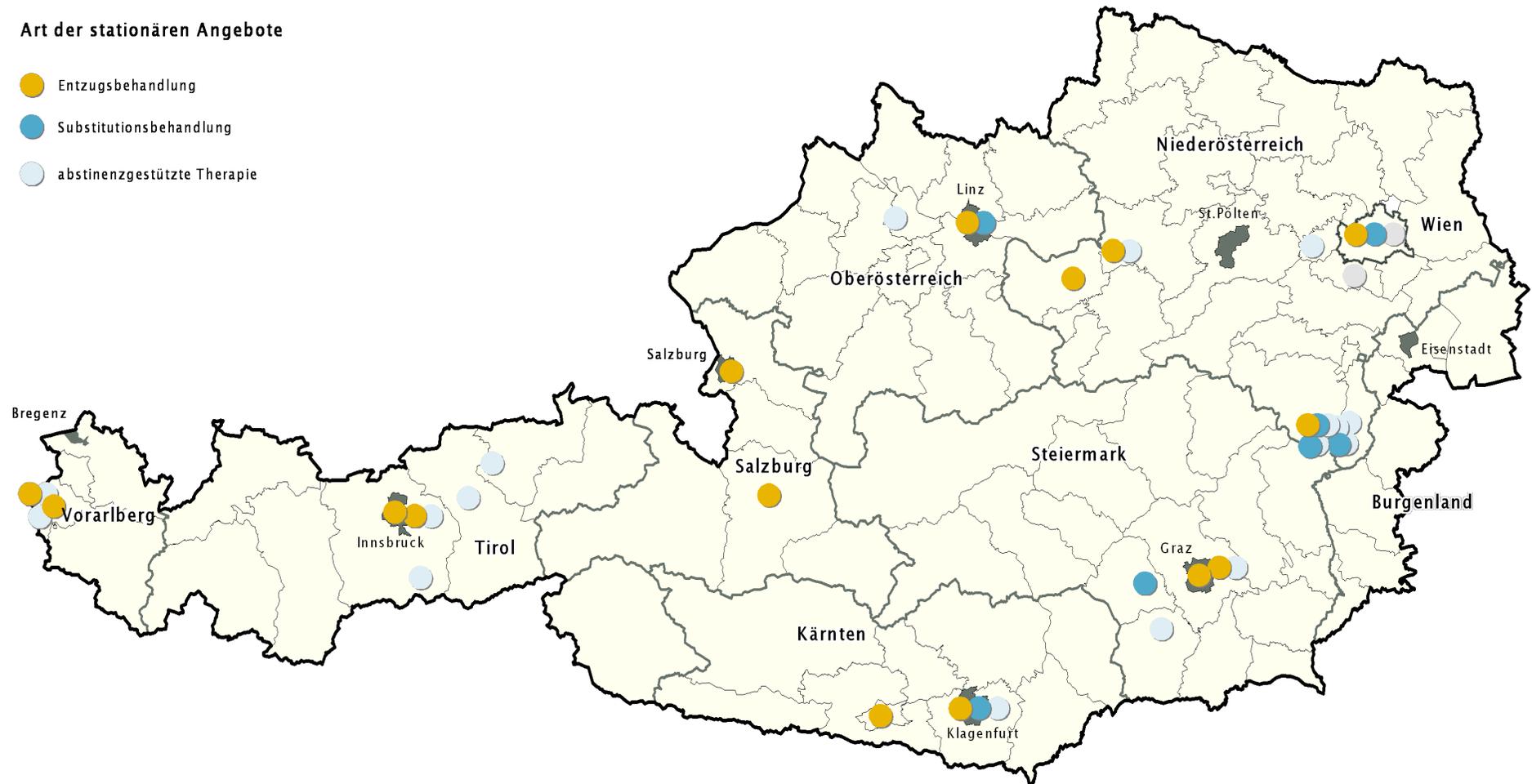
Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Die Variable „Staatsbürgerschaft“ wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quellen: Anzenberger et al. 2017, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG

Karte A5. 1:

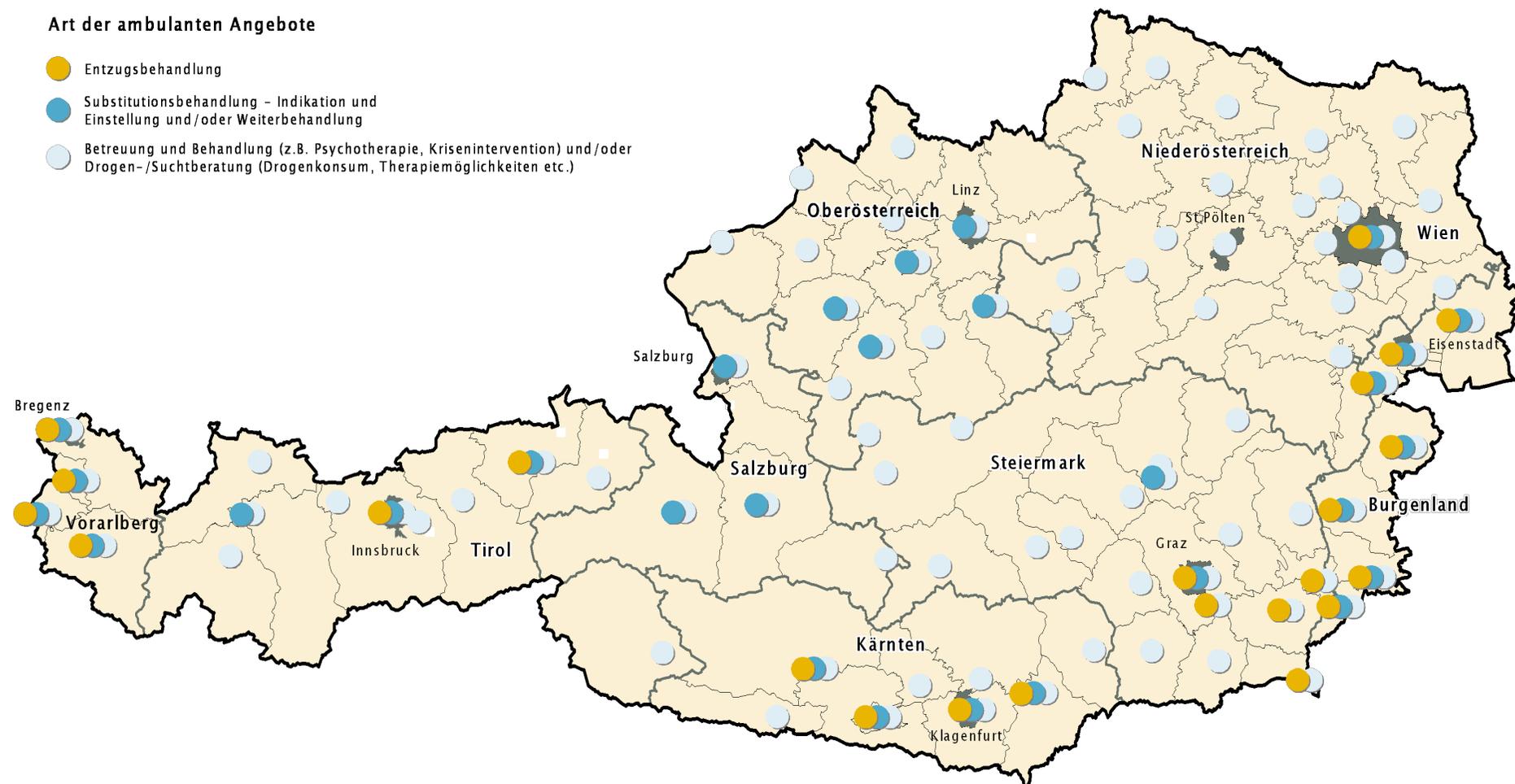
Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2017



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

Karte A5. 2:

Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2017



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

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	179
6.1	Zusammenfassung.....	179
6.2	Aktuelle Situation.....	180
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	180
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	184
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	184
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	189
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	190
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	196
6.2.7	Qualitätssicherung	197
6.3	Neue Entwicklungen.....	197
6.4	Zusätzliche Information	199
6.5	Quellen und Methodik.....	199
6.6	Bibliographie	203
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	205
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	205
6.9	Anhang.....	206

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation und Trends bezüglich gesundheitlicher Folgen

Insgesamt wurden für das Jahr 2016 auf Basis der Obduktionsbefunde 146 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 19 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2016 von 165 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2015: 153 Fälle).

Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle war im Jahr 2016 im Vergleich zu den Jahren 2013, 2014 und 2015 höher. Der Anteil der unter 25-Jährigen an den Drogentoten (15 % aller Drogentoten) sank gegenüber den letzten Jahren geringfügig (2015: 21 %, 2014: 19 %, 2013: 18 %) und ist deutlich geringer als in den Jahren 2005 bis 2008 (rund 40 %) bzw. 2009 bis 2011 (26 bis 30 %). Dieser geringere Anteil dürfte in erster Linie auf eine rückläufige Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioid-Konsum zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 3).

Bezüglich Infektionsraten ist anzumerken, dass diese sowohl innerhalb als auch zwischen den verfügbaren Datenquellen stark variieren. Dennoch zeigt sich deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i.v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt. Der Anteil an Hepatitis-C-infizierten Personen an jenen mit i.v. Drogenkonsum befindet sich seit Jahren auf hohem Niveau (2016 je nach Datenquelle bis zu 83 %). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2016: 0 % bis 4 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei intravenös Konsumierenden ist seit Jahren annähernd gleichbleibend (2016: 12 % bis 29 %).

Aktuelle Situation und Trends bezüglich Maßnahmen der Schadensminimierung

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die neun Strategien der Bundesländer für deren jeweilige Sucht- und Drogenpolitik.

Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei der Spritzentausch und -verkauf, der in sieben von neun Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme) und sozialarbeiterische Betreuung oder fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Substitutionsbehandlung kann als (höhereschwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden, entsprechende Leitlinien finden sich in Kapitel 5.

Neue Entwicklungen

Die Behandlungsmöglichkeiten von HCV-infizierten Drogenkonsumierenden werden vorangetrieben: Die Behandlung wird sowohl in Kliniken in Wien, Graz und Innsbruck – meist in Kooperation mit niederschweligen Einrichtungen – angeboten wie auch direkt im niederschweligen Setting im *ambulatorium suchthilfe wien* als *directly observed therapy* in Kombination mit einer Substitutionsbehandlung. In Kooperation mit einzelnen Apotheken gibt es für erkrankte Personen in Substitutionsbehandlung zudem die Möglichkeit, die Hepatitis-C-Behandlungsmedikation zusammen mit der Substitutionsmedikation regelmäßig in der Apotheke zu erhalten.

Auch die Bedingungen für die Kostenübernahme durch die Krankenkassen für die Behandlung mit neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten werden kontinuierlich gelockert. Der Fibrosegrad, ab dem erstattet wird, wird immer weiter gesenkt. Nach wie vor gibt es allerdings eine Gruppe von Erkrankten, für die die Kosten nicht übernommen werden.

Für das Jahr 2016 gibt es nun schon das zweite Mal Daten zu Koinfektionen mit Syphilis aus einer niedrigschweligen Einrichtung (*ambulatorium suchthilfe wien*) (vgl. Abschnitt 6.2.3).

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Insgesamt wurden für das Jahr 2016 auf Basis von Obduktionsbefunden 146 tödliche Überdosierungen festgestellt (bei 140 davon liegt eine toxikologische Analyse vor). Weitere 19 Todesfälle – allerdings nicht obduzierter Personen – gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)⁹⁷. In Summe wird daher von 165 auf Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (= direkt drogenbezogene Todesfälle) im Jahr 2016 ausgegangen (vgl. Tabelle A6. 1).

Der gruppierte Median⁹⁸ des Sterbealters betrug im Jahre 2016 34,1 Jahre und ist damit etwas höher als im Jahr davor (2015: 32,9 Jahre, 2014: 34,8 Jahre, 2013: 32,0 Jahre). Der Anteil der Frauen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen liegt mit 23 Prozent geringfügig über dem

97

In diesen Fällen wurde keine 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 drogenbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). Diese Fälle werden (dem europäischen Standard entsprechend) den drogenbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf drogenbezogene Überdosierung obduziert).

98

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

langjährigen Durchschnitt, jedoch unter dem Wert des Vorjahres (25,5 %) (vgl. Tabelle A6. 4). In acht Fällen ist von einem Suizid auszugehen (entsprechende Angaben im Obduktionsgutachten, z. B. Abschiedsbrief).

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf Fälle mit aussagekräftiger toxikologischer Analyse (140 Fälle). Bei fünf Prozent wurden ausschließlich Opiate festgestellt. 86 Prozent der Fälle ergaben Mischintoxikationen mit Opiaten (d. h. Opiate in Kombination mit Alkohol, Psychopharmaka oder anderen Suchtgiften). Wie schon in den Vorjahren überwiegen Mischintoxikationen, bei denen Opiate eine Rolle spielen (vgl. Abbildung 6.2). Polytoxikomane Konsummuster inklusive Opiat-Konsum mit einander teilweise potenzierender Wirkung der unterschiedlichen Substanzen sind schwer kontrollierbar und nach wie vor stark verbreitet – sie stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (vgl. Tabelle A6. 1).

Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin und Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper differenziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der typische Marker von 6-MAM festgestellt. In Österreich wird auf diesen Abbaustoff nicht einheitlich getestet bzw. unterscheidet sich die Testung bei gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen⁹⁹. In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung auf den heroinspezifischen Marker durchgeführt und im Gutachten angeführt wurde. 18 Todesfälle unter Beteiligung von Heroin stellen daher eine Mindestzahl dar (reine Heroin-Intoxikation: 1 Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 76 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich vier auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Bei insgesamt 32 Verstorbenen wurde Kokain nachgewiesen, bei sechs dieser Fälle war Kokain das einzige illegale der nachgewiesenen Suchtmittel.

Bei 20 Todesfällen wurden **Amphetamine** (inkl. Ecstasy, Methamphetamin, cathinonhaltige NPS) nachgewiesen (14 %). Bei 13 dieser Fälle wurden mehrere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen, bei vier Fällen mehrere Suchtgifte (ohne Opiate). Prozentuell gesehen entspricht dies im Vergleich zum Vorjahr (11 %) einem leichten Anstieg. **MDMA** (bzw. MDA oder MDE) wurde in insgesamt zehn Fällen nachgewiesen, in zwei Fällen war es das einzige illegale Suchtmittel. Auch hier kam es im Vergleich zu den Vorjahren zu einem Anstieg auf sehr niedrigem Niveau (2015: dreimal Monointoxikation, viermal Mischintoxikation; 2014: zweimal Monointoxikation, einmal Mischintoxikation, 2013: viermal Mischintoxikation, 2012: einmal Monointoxikation, viermal Mischintoxikation, 2011: viermal Mischintoxikation). In sieben dieser zehn Fälle war die nachgewiesene Menge

99

Laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn das Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird.

toxisch bis letal. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen. In fünf Fällen wurde neben anderen Suchtgiften auch **Methamphetamin** gefunden (2015: drei Fälle; 2014: vier Fälle; 2013: ein Fall; 2012: zwei Fälle).

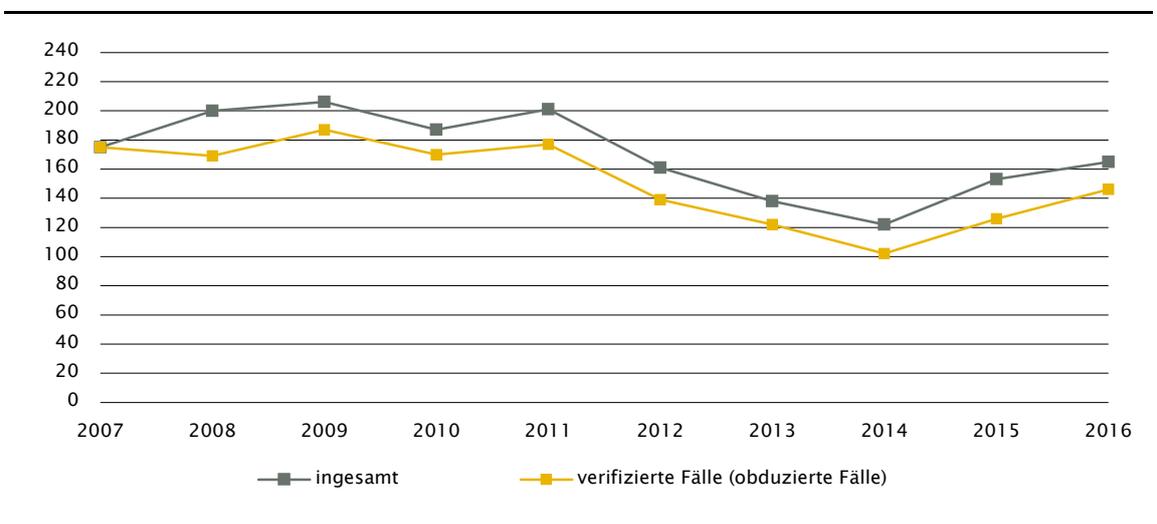
Bei zwei Todesfällen durch eine Überdosierung waren Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) beteiligt. NPS spielen im Rahmen tödlich verlaufender Intoxikationen also nach wie vor kaum eine Rolle. In einem Fall wurde GHB nachgewiesen.

Auf Stimulantien (z. B. MDMA) wird in Österreich nicht einheitlich getestet. In der Statistik können also nur jene Fälle ausgewiesen werden, bei denen es eine Testung gab, die auch im Gutachten angeführt wurde.

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Seit dem Jahr 2015 ist wieder ein Anstieg zu verzeichnen. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6. 2 und Tabelle A6. 3 im Anhang A).

Abbildung 6.1:
Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2007–2016

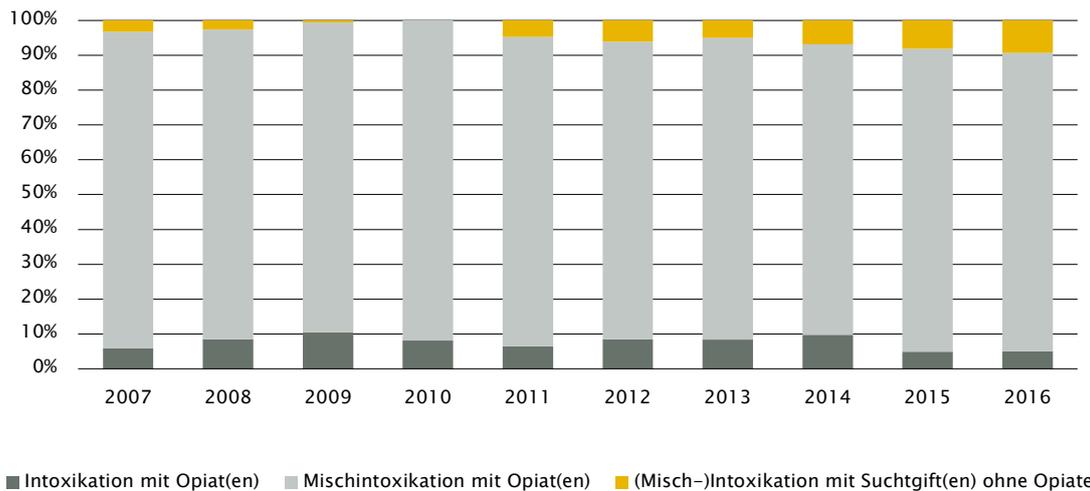


Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der unter 25-Jährigen an den 165 Personen, die im Jahr 2016 einen direkt drogenbezogenen Tod gestorben sind, ist auf 15 Prozent gesunken und entspricht dem niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre (vgl. Kapitel 3) und Tabelle A6. 4). Der Frauenanteil (23 %) liegt etwas über dem langjährigen Schnitt (vgl. Tabelle A6. 4).

In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Opiat-Intoxikationen stets über 90 Prozent (vgl. Abbildung 6.2), (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften ohne Opiate spielen nur eine untergeordnete Rolle.

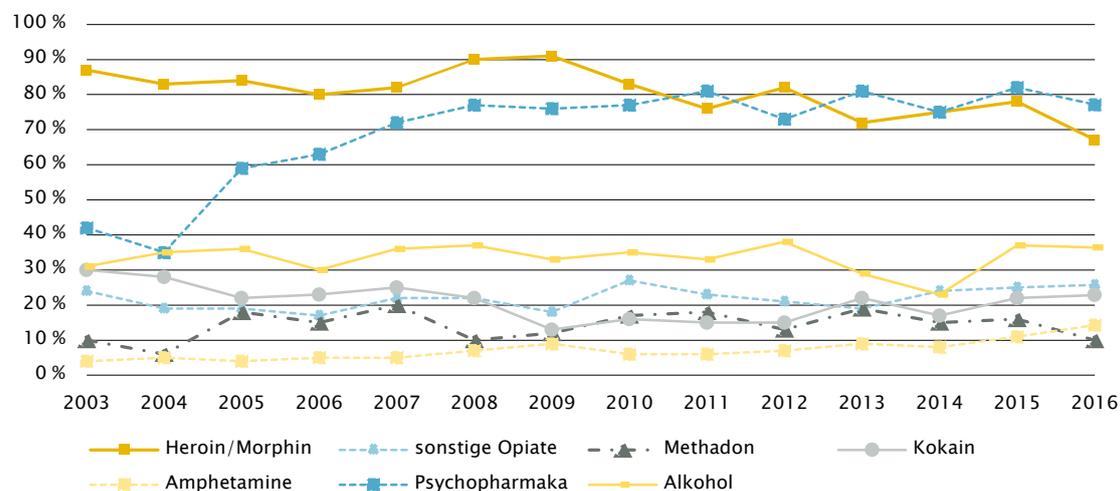
Abbildung 6.2:
 Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2007–2016



Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der verifizierten drogenbezogenen Todesfälle (mit Toxikologie), bei denen Stimulanzien nachgewiesen wurden, ist über Jahre hinweg relativ stabil und beträgt im Jahr 2016 für Kokain 23 Prozent und für Amphetamine 14 Prozent (vgl. Abbildung 6.3 und Tabelle Tabelle A6. 5).

Abbildung 6.3:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2007–2016



Die Kategorie Amphetamine inkludiert Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone).

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnungen und Darstellung: GÖG

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine systematische routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen und aktuell auch keine anekdotischen Berichte zu Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen neben den T-Diagnosen des ICD-10¹⁰⁰ vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrundeliegender Suchterkrankung in der Praxis auch F10-F19-Diagnosen vergeben werden, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen.

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Wichtigste drogenbezogene Infektionskrankheiten bei i.v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht Tabelle 6.1 dargestellt sind. Da die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind genaue Prävalenzen und

100

T36-T50 Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (v. a. T40, T42, T43 und T50)

Trends schwer auszumachen. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich aber dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2016 streute die Prävalenzrate für Hepatitis B in den verfügbaren Datenquellen von 12 Prozent bis 29 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Legende von Tabelle 6.1).

In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte aus den vorhandenen Datenquellen liegen seit dem Jahr 2009 zwischen 0 und 36 Prozent.

Die Hepatitis-C-Prävalenz wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte HCV-Infektion. Zur Feststellung einer akuten oder chronischen HCV-Infektion muss ein positiver HCV-Antikörpernachweis durch eine Bestätigungsuntersuchung verifiziert werden. Dazu dient die HCV-PCR (Polymerase-Kettenreaktion), die zum Nachweis von viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2016 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei 14 bis 83 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. *Kontaktladen, Graz*: 40 %; *ambulatorium suchthilfe wien*: 73 %).

Tabelle 6.1:
Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2016

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
<i>Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg</i>	29 % (24/84) ¹	60 % (50/84)	0 % (0/84)
<i>ambulatorium suchthilfe wien</i>	22 % (44/204) ²	83 % (203/244)	0 % (0/258)
<i>Kontaktladen³, Graz</i>	12 % (10/81) ⁴	68 % (55/81)	0 % (0/81)
DOKLI ⁵	– (0/1)	47 % (15/32)	0 % (0/30)
Drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2016	nicht erfasst	14 % (19/140) ⁶ 38 % (19/50) ⁶	1 % (2/140) ⁶ 4 % (2/50) ⁶

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 sicher Kontakt mit Hepatitis B hatten.

³ Vormalig in den Berichten zur Drogensituation als *Caritas Marienambulanz* bezeichnet.

⁴ 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.

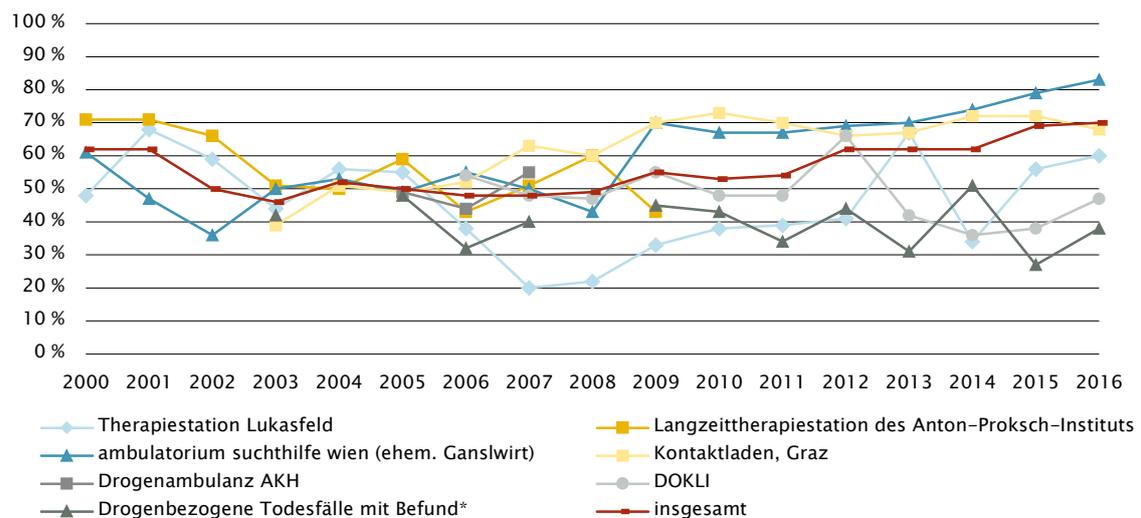
⁵ Die Angaben zu getesteten Personen in DOKLI erfolgen nur sporadisch und auf freiwilliger Basis, daher sind sie nicht als repräsentativ zu bezeichnen (siehe auch Abschnitt 6.5).

⁶ Nur in 50 von 140 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen mit Toxikologie 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

In den letzten Jahren hatte sich die HCV-Ab-Prävalenz bei über 50 Prozent eingependelt. Im Jahr 2014 lag sie je nach Datenquelle bei 20 bis 74 Prozent, im Jahr 2015 bei 12 bis 79 Prozent. Abbildung 6.4 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Abbildung 6.4:
HCV-Infektionsraten in Österreich, 2000-2016



* Grundgesamtheit 2016: 50 Gutachten mit Erwähnung von HCV

Quelle: DOKLI bzw. Schmutterer/Busch 2016; Erhebung, Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV-Prävalenzrate lag 2016 in der Gruppe der Personen mit intravenösem (i.v.) Konsum zwischen 0 und 4 Prozent.

Anfang der 1990er Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i.v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau, wobei die höchsten Werte jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden werden. Hier wurden auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. 2013 und 2014: 4–11 %; 2015: 4–9 %; vgl. Weigl et al. 2014, Weigl et al. 2015 und Weigl et al. 2016).

Prävalenzen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten (HIV, HCV) außerhalb des Routine-Monitorings

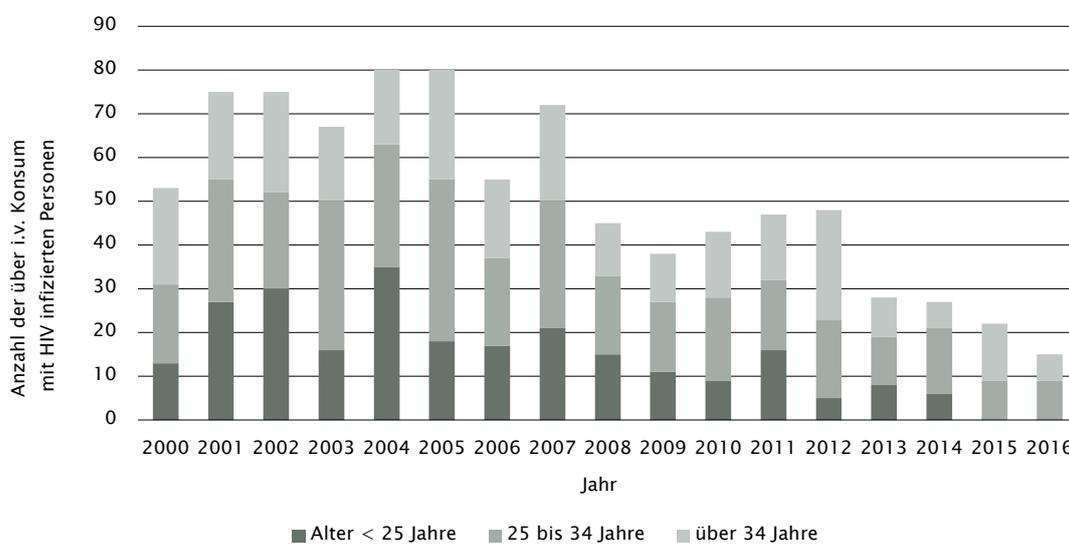
Im Jahr 2016 wurden 15 Personen, die sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert hatten, in die österreichische HIV-Kohortenstudie aufgenommen. Insgesamt wurden im Jahr 2016 255 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie eingeschlossen. Bei 55 Prozent wird der Ansteckungsweg MSM vermutet, bei 27 Prozent heterosexuelle Handlungen und bei sechs Prozent

i.v. Drogenkonsum. Bei zwölf Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt, bei 0,4 Prozent fand eine vertikale¹⁰¹ Übertragung statt. (AHIVCOS und Zangerle p.M.)

Die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) aufgenommen wurden, war in den letzten zehn Jahren rückläufig. Zudem fällt auf, dass seit dem Jahr 2015 keine Person unter 25 Jahren mehr neu aufgenommen wurde (siehe Abbildung 6.5).

Abbildung 6.5:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr¹⁰², 2000–2016



Quellen: AHIVCOS und Zangerle, p. M.; Berechnung und Darstellung: GÖG

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion Hepatitis C Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Ansteckungsweg mit Hepatitis C aktuell der intravenöse Drogenkonsum ist. Der früher häufigste Ansteckungsweg über erhaltene Blutprodukte findet sich heute vor allem bei älteren Personen mit eher weit fortgeschrittener Erkrankung. Bei jüngeren und damit eher kürzlich erkrankten Personen dominiert eindeutig der Ansteckungsweg über intravenösen Drogenkonsum. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in

101

Vertikale Übertragung bezeichnet in diesem Zusammenhang die Übertragung von der Mutter auf das Kind (während der Schwangerschaft, bei oder nach (Stillen) der Geburt).

102

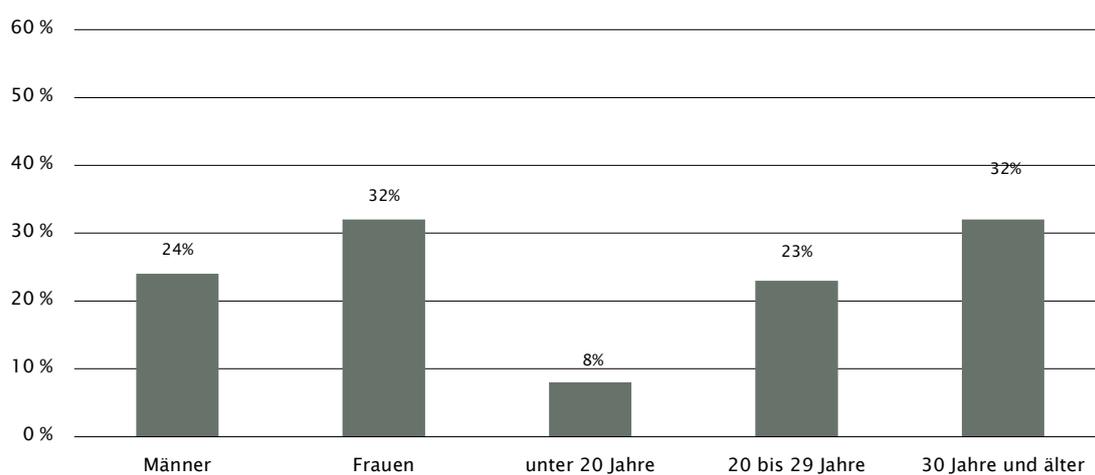
Die Daten unterscheiden sich geringfügig von jenen, die in den Berichten zur Drogensituation der Vorjahre dargestellt wurden. Grund dafür ist eine Neuauswertung im Jahr 2016, bei der auch jene Patientinnen und Patienten gezählt wurden, bei denen ein Ansteckungsweg über i.v. Drogenkonsum nahe liegt (z. B. Methadon + HCV = i.v. Konsum; Opiatabhängigkeit + HCV = i.v. Konsum).

vielen dokumentierten Fälle nicht bekannt ist oder nicht angegeben wird (aCtion Hepatitis C Datenbank, 2012).

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle Sharing)

Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten zum *Needle Sharing* (gemeinsamen Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹⁰³. Im Jahr 2016 geben im ambulanten Bereich 26 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 33 Prozent. Allerdings liegt das *Needle Sharing* bei den meisten Personen länger als ein Jahr zurück (ambulanter Bereich: 81 %; stationärer Bereich: 94 %). Frauen geben *Needle Sharing* etwas öfter an als Männer. Bezüglich Alter zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit von *Needle Sharing* mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:
Needle Sharing (jemals) bei Personen, die im Jahr 2016 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 735)



Quelle: DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG

Weitere drogenbezogene Infektionskrankheiten (TBC, Syphilis)

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen hinsichtlich Tuberkulose (TBC) und Syphilis vor. Von insgesamt 26 anamnestisch erhobenen Angaben zum aktuellen TBC-Status im DOKLI-Datensatz wurde im Berichtsjahr keine Person TBC-positiv dokumentiert. Vier weitere Personen im DOKLI-Datensatz wurden im Berichtsjahr auf TBC getestet, jeweils mit negativem Ergebnis.

103

In der Wiener DOKU-Neu wird diese Variable nicht erhoben.

Bei vier Prozent (10/269) der im Jahr 2016 im *ambulatorium suchthilfe wien* auf Syphilis getesteten Personen lag ein positives TPHA¹⁰⁴-Testergebnis vor.¹⁰⁵

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen somatischen Krankheiten assoziiert, welche Ursache, Begleitscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Von den Patientinnen und Patienten der Einrichtungen der Stiftung Maria Ebene¹⁰⁶ leiden beispielsweise etwa die Hälfte zusätzlich an internistischen Krankheiten, ca. 40 Prozent an orthopädischen Leiden, 35 Prozent an psychiatrischen Erkrankungen und über zehn Prozent an Erkrankungen der Haut. Dazu kommen eine Reihe von sozialen Problemen, wie Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte oder Vereinsamung (Stiftung Maria Ebene 2015).

Psychiatrische Komorbidität von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen betreffen in erster Linie Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Die niederschwellige medizinische Einrichtung I.K.A. (Graz) berichtet im Jahr 2016 von 231 Patienten/Patientinnen mit insgesamt 283 psychiatrischen Komorbiditätsdiagnosen (89 Personen ohne Komorbiditätsdiagnosen und 2 ohne Angabe) (I.K.A. 2017).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Schulden“ und „Wohnen/Schlafplatz“ die „Gesundheit“ als dritter großer Problembereich thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht (SHW 2017a). Bei *change* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Jahr 2016 wurde hier in insgesamt 1.230 Beratungsgesprächen in 23 Prozent der Fälle die psychische Gesundheit und in 22 Prozent der Fälle die physische Gesundheit der Klientinnen und Klienten thematisiert (SHW 2017a).

Jährlich analysiert wird die körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen) bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, basierend auf den Befunden der gerichtsmedizinischen Gutachten (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe). Diese Untersuchungen zeigen im Jahr 2016 wie in den Vorjahren ausgeprägte körperliche Organschädigungen der Drogenkonsumierenden (Anzenberger et al. 2017a). Die meisten indirekt

104

Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay

105

In allen zehn Fällen, in denen ein positives TPHA-Testergebnis vorlag, war der VDRL-Test nicht reaktiv und der TP-IgM-AK ELISA-Test negativ. In fünf Fällen konnte eine Syphilis-Behandlung bestätigt werden. In den restlichen fünf Fällen ist der Behandlungsstatus unbekannt.

106

In diesen werden sowohl Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige als auch Spielsüchtige und Personen mit Essstörungen behandelt.

drogenbezogenen Toten¹⁰⁷ (65 Personen) erlagen Krankheiten (49 Personen) wie z. B. Myokarditis oder Leberzirrhose, größtenteils bedingt durch eine Hepatitis-C-Infektion. Eine Person verstarb an AIDS. Von weiteren 12 Personen sind andere Todesursachen bekannt (z. B. Suizid oder Unfall).

Genauere Aussagen über die bundesweite Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden.

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Die im Jahr 2016 veröffentlichte österreichische Suchtpräventionsstrategie beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2016; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) enthalten Hinweise darauf, dass im Sinne einer Diversifikation der Angebote auch Schadensminimierung als ein zentraler Bestandteil gesehen wird. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung von Hochrisikokonsumierenden verstanden. Auch die Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden (vgl. Kapitel 5).

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich auf Länderebene und beschreibt eine Vielzahl an Interventionen, die vorwiegend von Einrichtungen angeboten werden, die auf die Arbeit mit Suchtkranken spezialisiert sind. Zumeist sind es voneinander unabhängige Trägerorganisationen, die eine oder mehrere Einrichtungen führen und mit den jeweiligen Drogen- bzw. Suchtkoordinatoren/-kordinatorinnen kooperieren. Finanziert werden die schadensminimierenden Maßnahmen jeweils durch verschiedene Ressortbudgets auf Länderebene (vgl. Kapitel 1).

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es in sieben von neun Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt. In Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg gibt es szenebedingt zusätzlich Angebote in Kleinstädten. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Schadensminimierende Ansätze werden in Niederösterreich durch die Suchtberatungen und im Burgenland durch den Psychosozialen Dienst abgedeckt.

107

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

Generell kann gesagt werden, dass schadensminimierende Interventionen schwerpunktmäßig im Bereich der Prävention von drogenrelevanten Infektionskrankheiten liegen; dazu gehören vor allem Spritzentausch, HIV- bzw. Hepatitis-Tests, HAV/HBV-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie Notfallprophylaxe. Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote (Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spritzentausch wird in wenigen Fällen zudem von nicht suchtspezifischen Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe oder von Privat Anbietern (z. B. Spritzenautomat im Eigentum einer Apotheke) angeboten. 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 (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion zu höherschwelligen medizinischen Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Dieses Angebot wird mit Ausnahme von Niederösterreich und Burgenland in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 16 Angebote in 13 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Einige Einrichtung bieten nicht nur Spritzentausch an, sondern zusätzlich eine Spritzenabgabe über Automaten. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. SHW 2017a). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 21 Automaten in 17 Städten zu kaufen. Die Abgabe von sterilen Spritzen erfolgt in der Steiermark, Vorarlberg und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen in Drogeneinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2016 waren es über 6.000.000 (vgl. Tabelle A6. 6). Darüber hinaus wurden über Spritzenautomaten um die 147.000 Spritzensets und im Rahmen des aufsuchenden Drogen-Streetworks über 167.000 Spritzen abgegeben¹⁰⁸. An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze/n und Nadel/n unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert. Dazu können beispielsweise Stericups oder Löffel, destilliertes Wasser und Mikrofilter gehören, ebenso Pflaster und Alkoholtupfer zur Wundversorgung. Kondome, Safer-Use-Informationen bzw. Informationen bezüglich Drogennotfällen sind in manchen Sets enthalten. Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf ist es in Österreich möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken käuflich zu erwerben. Konkrete Verkaufszahlen liegen nicht vor.

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzentauschs auch Einzelberatungen sowie vereinzelt Trainings zu Safer Use / Safer Injecting angeboten. Konkrete Daten über die Anzahl der Trainings bzw. Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Bereich des *Peer Involvements*

108

Die Zahlen beziehen sich auf Gesamtösterreich. Die Anzahl der vom Drogen-Streetwork in Vorarlberg abgegebenen Spritzen ist hier nicht inkludiert. Diese Zahl ist bei den von den Einrichtungen abgegebenen miteingerechnet.

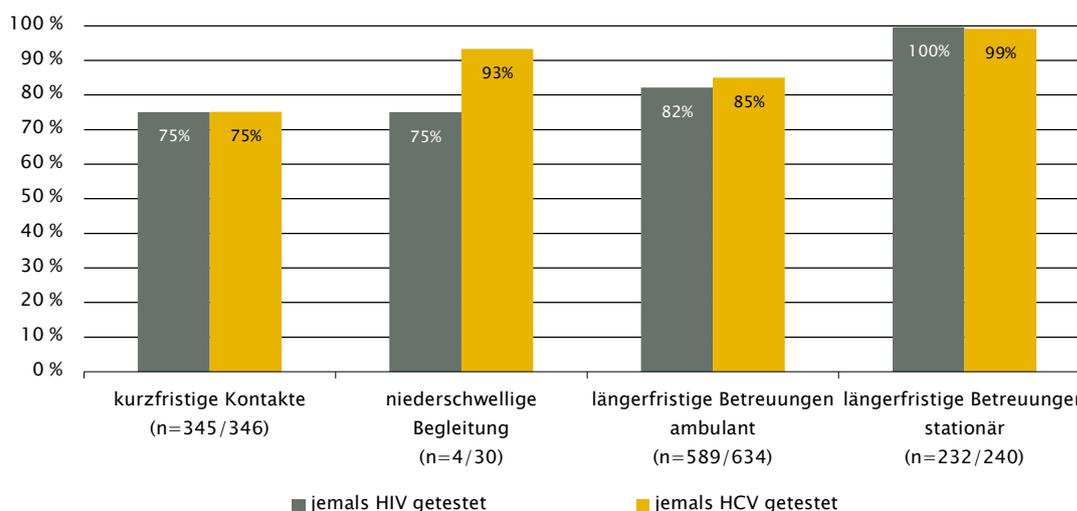
und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung (health education approach) finden in Österreich wenig Beachtung.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV- bzw. Hepatitis-Statusbestimmungen**, die von zwölf niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten werden.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über vorangegangene Stuserhebung (HIV und HCV) bei i.v. Drogenkonsumierenden¹⁰⁹. In Abbildung 6.7 wird die hohe Testhäufigkeit sowohl hinsichtlich HIV also auch HCV über die verschiedenen Betreuungsarten hinweg ersichtlich. Vor allem im stationären Betreuungssetting geben die meisten Personen an, sich dem letzten Test (HIV und HCV) innerhalb der letzten zwölf Monate unterzogen zu haben (Anzenberger et al. 2017b).

Abbildung 6.7:

HIV- bzw. HCV-Testprävalenz von Personen, die im Jahr 2016 eine Betreuung begonnen haben und angeben, bereits intravenös Drogen konsumiert zu haben, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2016; Darstellung: GÖG

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zehn niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *ambulatoriums suchthilfe wien* erhielten im Berichtsjahr 90 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. 47 Personen davon haben den Impfprozess erfolgreich abgeschlossen (SHW 2017a).

109

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings werden weder Testergebnis noch Testzeitpunkt abgefragt.

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 278 Personen vor, zum HBV-Impfstatus von 276 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2016 bei HAV 32 Prozent und bei HBV 33 Prozent¹¹⁰. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte TBC-Impfrate basiert auf den Angaben von 232 Personen. Fünf Prozent der Befragten gaben an, gegen TBC geimpft zu sein. Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen.

Der **Behandlung von Hepatitis C** bei Drogenkonsumierenden kommt in Österreich zunehmend Bedeutung zu. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die versuchen, durch Hepatitis-Ambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig zu halten. Die Behandlungskosten mit modernen DAA¹¹¹ werden zurzeit je nach Genotyp unabhängig vom Fibrosegrad (bei Typ 1 und 4) oder ab einer nachgewiesenen mittelgradigen Fibrose (F2) (bei Typ 2 und 3) von den Krankenkassen übernommen (vgl. HVB 2017). Aus epidemiologischer Sicht wäre hingegen eine möglichst gleichzeitige Behandlung aller Patientinnen und Patienten sinnvoll mit dem Ziel, die Weiterverbreitung von HCV über das Benutzen gemeinsamer Spritzutensilien beim intravenösen Drogenkonsum zu verhindern (Haltmayer bzw. Zangerle p. M.). Damit könnte eine Eliminierung von HCV in dieser Patientengruppe erreicht werden.

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem Verein Dialog, dem Wilhelminenspital der Stadt Wien, 4. Medizinische Abteilung sowie einzelnen Apotheken in Wien und Niederösterreich, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA auszeichnet. Zielgruppe dieser Kooperation sind Patientinnen/Patienten mit aktuellem oder früherem i.v. Drogenkonsum, einer chronischen Hepatitis C sowie einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Die hohe Adherence zur täglichen Einnahme des Substitutionsmittels garantiert dabei die Regelmäßigkeit, die für eine erfolgreiche Hepatitis-C-Therapie notwendig ist. Bis 31. 12. 2016 konnten 78 Patientinnen/Patienten in Behandlung genommen werden, davon haben 65 Personen die Behandlung und das 12-Wochen-Follow-up beendet. Bei allen diesen Patientinnen und Patienten konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (SVR12-Rate: 100 %) (SHW 2017a).

Auf Bundesebene stellt das **Reduzieren drogenbezogener Todesfälle** und Notfälle nach wie vor ein wichtiges Thema dar. Schadensminimierung und Überlebenshilfe ist zudem ein wesentliches Interventionsfeld in der nationalen Suchtpräventionsstrategie (vgl. Kapitel 1, BMG 2016).

Konkrete Initiativen zur Prävention von Überdosierungen und Umgang mit Notfällen sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungs-

110

Die Hepatitis-B-Impfung ist seit 1998 im Kinderimpfplan enthalten.

111

Direct Acting Antiviral Agents

leistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumierende wie auch für Mitarbeiter/innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Webseiten verfügbar.¹¹²

Naloxon ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört zur Standardausrüstung von Notärzten und Rettungswägen. Es wird jedoch nicht direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. In der Steiermark laufen derzeit erste Überlegungen zum Aufbau eines take-home Naloxon-Programmes (Caritas Diözese Graz-Seckau 2017a).

Drug Checking ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting**, wird aber ausschließlich in Wien (*checkit!*) und Tirol (*Z6 Drogenarbeit*) umgesetzt (vgl. SHW 2017b und Z6/Drogenarbeit 2017). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse zu besonderen Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3 und 7) an das Österreichische Informations- und Frühwarnsystem. Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse siehe Kapitel 7. In Tirol war die Z6-Drogenarbeit im Jahr 2016 in Innsbruck auf 17 und in den Tiroler Gemeinden auf neun Veranstaltungen präsent. Insgesamt wurden 286 Substanzproben zur Testung abgegeben (2015: 124 Substanzproben), von denen 135 als hoch riskant eingestuft wurden. Vor dem Inhalt von 222 Proben musste gewarnt werden, 143 Proben waren verunreinigt¹¹³. 56 Proben waren sowohl verunreinigt als auch hoch dosiert. Durch die Anschaffung einer Analysewaage konnte das Annahmeverfahren für Ecstasy-Tabellen optimiert werden, was zu einer deutlichen Zunahme an abgegebenen Ecstasy-Tabellen geführt hat (2016: 51 Stück; 2015: 20 Stück) (vgl. Z6 / Drogenarbeit 2017). Vor 73 Prozent der 51 als Ecstasy abgegebenen Tabletten musste aufgrund einer (extrem) hohen Dosierung (über 100 mg) gewarnt werden.

Die Wiener Einrichtung *checkit!* hat im Berichtsjahr 2016 1.219 Proben zur Analyse auf 18 Eventbetreuungstagen (14 Veranstaltungen) entgegengenommen (2015: 1.041 Proben). Bei 15 Prozent dieser Proben wurde wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe/Substanzkombinationen explizit eine Warnung ausgesprochen. 51 Prozent der analysierten Proben enthielten ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff. Mehr als die Hälfte (56 %) der analysierten Proben wiesen einen hohen Wirkstoffgehalt auf, vor allem jene Proben, die den erwarteten Inhaltsstoff beihalteten. Von den 328 als „Ecstasy“ gekauften und zur Testung abgegebenen Tabletten enthielt fast ein Fünftel (19 %) einen aufgrund der hohen Dosierung gesundheitlich besonders bedenklichen Inhalt. Acht Prozent der als „Speed“ gekauften Proben (n = 289) wurde als gesundheitlich bedenklich eingestuft. In den als Kokain abgegebene Proben (n = 211) wurden häufig mehr als

112

Z. B. <http://www.drogenarbeitz6.at/substanzen/erste-hilfe.html>; <http://doit.at/ueberdosis-notfaelle.html>; <http://checkit.wien/infos/gesundheitsstipps/ueberdosierung-notfalle/> (Zugriff jeweils am 14. 7. 2016)

113

„Das bedeutet, dass zusätzlich zum deklarierten Wirkstoff **mindestens ein** die Wirkung beeinflussendes bzw. gesundheitsschädigendes Streckmittel in der Substanz analysiert wurde oder der deklarierte Wirkstoff gar nicht enthalten war.“ (Z6/Drogenarbeit 2017)

zwei unerwartete Inhaltsstoffe gefunden; darunter war meist das Arzneimittel Levamisol. 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. 19 Prozent der als Kokain zur Analyse gebrachten Proben wurden als gesundheitlich bedenklich eingestuft (SHW 2017b).

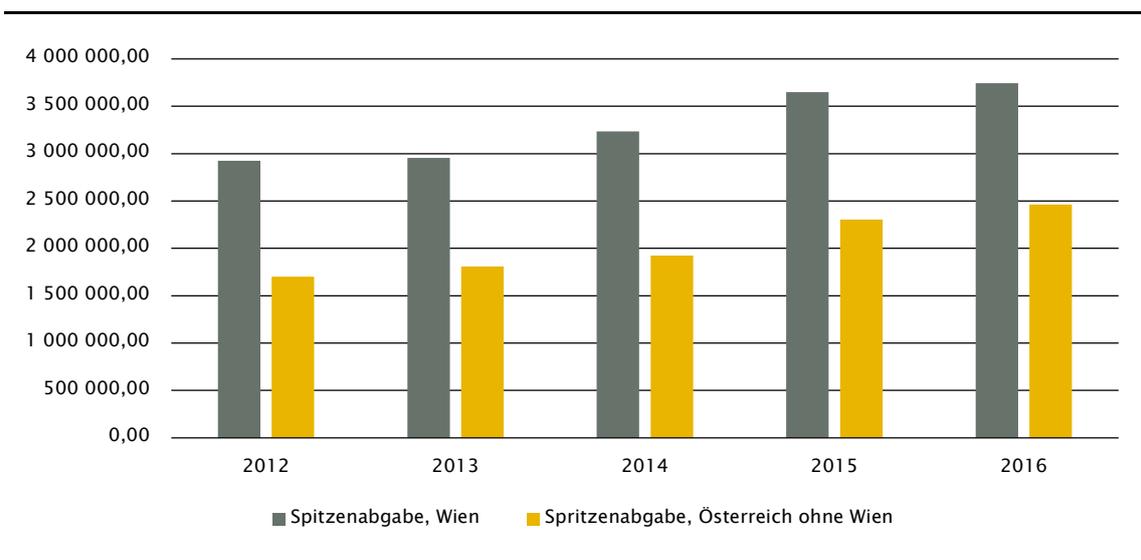
Drogenkonsumräume existieren in Österreich nicht.

Die Leitlinie für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug sieht im Rahmen der Vorbereitung auf die Haftentlassung eine Zusammenarbeit mit lokalen Suchthilfeeinrichtungen vor. Diese Kooperation zielt auf einen verbesserten Übergang zwischen Haft und adäquater Betreuung nach der Entlassung ab und wird bereits in einigen Justizanstalten umgesetzt (BMJ 2015; vgl. Kapitel 8).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzenaustauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets ist in den letzten fünf Jahren österreichweit kontinuierlich gestiegen, nämlich von 4.625.121 abgegebenen Spritzen im Jahr 2012 auf 6.205.356 im Jahr 2016 (vgl. Abbildung 6.8 bzw. Tabelle A6. 6).

Abbildung 6.8:

Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Restösterreich, 2012–2016



Quelle: ST10, Syringe availability

6.2.6 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Versorgungsangebote hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität sind weiterhin Bestandteil in vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (vgl. Weigl et al. 2014). In diesem Kontext wird der Umgang mit hochriskant konsumierenden Jugendlichen in Fachkreisen laufend thematisiert. Die Behandlung von Klientinnen und Klienten mit psychotischem Krankheitsbild stellt die Einrichtungen der Suchthilfe vor besondere Herausforderungen, da diese Klientel neben einer suchtmmedizinischen Betreuung auch eine psychiatrische Behandlung benötigt. Die Integration von Menschen mit Suchterkrankungen in die medizinische Regelversorgung wird zunehmend Thema, wobei in diesem Zusammenhang von einem umfassenden Suchtbegriff ausgegangen wird. Die Planung der ambulanten psychiatrischen und sozialpsychiatrischen Versorgungsstrukturen in der Steiermark berücksichtigt beispielsweise die spezifische Versorgung für Suchtpatienten/-patientinnen in einem eigenen Kapitel (Joanneum Reserach o. J.). Auch der *Rahmenplan 2016 – 2020* der Suchthilfe im Land Salzburg sieht sich als Modell für eine integrierte Versorgung im Sinne eines substanzübergreifenden Versorgungsmodells, das Leistungen so weit wie möglich über das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem bereitstellt und Leistungen der medizinischen Behandlung und der psychosozialen Versorgung bestmöglich aufeinander abstimmt. Die niederschwellige Anbindung wird als ein zentrales Handlungsfeld definiert (Land Salzburg 2016).

Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich sind psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrale Themen der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *jedmayer* bietet seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an. Zielgruppe sind suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2016 wurden 118 Therapiemodule begonnen, wobei bei 49 Modulen der medizinische Teil inklusive Substitutionsbehandlung vom *ambulatorium suchthilfe wien* abgedeckt wurde (SHW 2017a; vgl. Weigl et al. 2016).

Im Rahmen der niederschweligen medizinischen Grundversorgung des *ambulatoriums suchthilfe wien* erfolgten im Berichtsjahr 15.104 ärztliche Konsultationen (SHW 2017a). Das Ärzteteam der niederschweligen Einrichtung *Kontaktladen* in Graz berichtet von insgesamt 652 Kontakten im Jahr 2016 (davon 516 Männer). Der Schwerpunkt lag auf einer allgemeinmedizinischen Behandlung, der Therapie von drogenassoziierten Erkrankungen wie Paravasaten oder Hauteiterungen wie auch auf der Testung und Beratung bei Infektionskrankheiten, u. a. in Bezug auf Risikovermeidung, Safer Use, Hygiene (Caritas Diözese Graz-Seckau 2017a).

In Wien übernimmt der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT* die Beratung und Betreuung von suchtkranken Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern und deren Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2016 wurden von *CONTACT* Leistungen für 733 Klientinnen und Klienten mit illegalem Substanzkonsum erbracht. Im Rahmen des Projekts

Alkohol. Leben können. ist der Spitalsverbindungsdienst seit Oktober 2014 in einzelnen Spitälern auch für alkoholranke Menschen zuständig (SDW 2017).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung für schadensminimierende Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung anwendbar, z. B. die Förderrichtlinien der SDW oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. *ambulatorium suchthilfe wien*), – die entsprechenden Qualitätskriterien. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben. Für Wien wurde eine Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie* erstellt, die spezifisch auch auf die Therapie psychischer/psychiatrischer wie auch somatischer Komorbidität Bezug nimmt (vgl. ÖGABS et al. 2017 bzw. Kapitel 5).

Neben der in der Steiermark bestehenden *Benzodiazepin-Richtlinie* und der vom BMGF herausgegebenen *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* (vgl. Weigl et al. 2016) wurde nun auch von der Sucht- und Drogenkoordination Wien eine Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen erstellt. Diese zielt darauf ab, das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs zu erhöhen und verschreibenden Ärzten eine fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe im Umgang mit diesem Medikament zu bieten. Die Broschüre beschreibt Wirkungsweisen, unterschiedliche Indikationsbereiche und die Behandlung der Abhängigkeit von Benzodiazepinen (vgl. SDW 2016; Kapitel 5).

6.3 Neue Entwicklungen

Im Vergleich zum Vorjahr ist die absolute Zahl direkt drogenbezogener Todesfälle von 153 auf 165 Fälle wieder leicht angestiegen. Der Anteil der unter 25-Jährigen an direkt drogenbezogenen Todesfällen ist auf 15 Prozent gesunken und entspricht dem niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre.

Der Anteil von Stimulantien an Intoxikationen ist über die letzten 10 Jahre auf relativ niedrigem Niveau stabil. Dennoch hat sich der Anteil seit dem Vorjahr minimal erhöht: Amphetamine (inkl. MDMA, Methamphetamin, cathinonhaltige NPS) wurden in 14 Prozent der Fälle nachgewiesen (zum Vergleich: im Vorjahr 11 %). MDMA ist von fünf Prozent im Jahr 2015 auf sieben Prozent im Jahr 2016 gestiegen. Die Beteiligung von Kokain ist annähernd gleich geblieben: 23 Prozent im Vergleich zu 22 Prozent im Vorjahr (vgl. Abbildung 6.3).

Der Anteil an Opioid(misch)intoxikationen beträgt im Jahr 2016 wie im Vorjahr etwas über 90 Prozent (91 %). Allerdings wurden sowohl Methadon mit zehn Prozent (2015: 16 %) als auch Morphin/Heroin mit 67 Prozent (2015: 78 %) seltener nachgewiesen als im Vorjahr.

Um unter Drogenkonsumierenden verstärkt auf das Thema Hepatitis C und vor allem die Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam zu machen, startete die niederschwellige Einrichtung *Kontaktladen* (Graz) im Jahr 2016 die Kampagne *Hepatitis C – Gib dem Virus kein Gesicht*. Im Zuge dieses Arbeitsschwerpunkts wurden u. a. Plakate an öffentlichen Toilettenanlagen der Stadt Graz angebracht, um Drogenkonsumierende zu erreichen, die noch keinen Zugang zur Einrichtung gefunden haben. Weiters wurden Safer-Use-Packungen, stichfeste Plastikboxen zur Aufbewahrung gebrauchter Spritzensets etc. ausgegeben und zwei Broschüren zum Thema Hepatitis C bzw. Safer Use veröffentlicht, die in Druckversion wie auch als Download zur Verfügung stehen (vgl. Caritas der Diözese Graz-Seckau 2016, 2017b).¹¹⁴ Im Jahr 2016 konnten insgesamt 37 Personen in eine weiterführende Behandlung der HCV am LKH Hörgas-Enzenbach vermittelt werden (Caritas Diözese Graz-Seckau 2017a).

In die in Wien bestehende Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem Verein Dialog und dem Wilhelminenspital der Stadt Wien, 4. Medizinische Abteilung, wurden ausgewählte Apotheken integriert, die einer weiteren Gruppe von Substitutionspatienten/-patientinnen einen betreuten Zugang zum Angebot ermöglichen (SHW 2017a).

In Feldkirchen (Kärnten) wurde im Berichtszeitraum ein regionales, interdisziplinäres Versorgungsnetzwerk für Personen mit problematischem Substanzkonsum aufgebaut. Das vorerst auf ein Jahr beschränkte Pilotprojekt *Suchthilfe-Netz-Feldkirchen* umfasst die sozialarbeiterische Betreuung der Klientel und die Stabilisierung der Lebenssituation (u. a. Wohnen, Finanzen); vor allem aber sollte das fehlende medizinische Versorgungsangebot in Feldkirchen stundenweise vor Ort zur Verfügung gestellt werden. Das Projekt wurde gut angenommen und wird verlängert. Das medizinische Versorgungsangebot vor Ort konnte aus Ressourcengründen nicht umgesetzt werden, eine Anbindung an die nächstgelegene Drogenambulanz wurde eingerichtet (Drobesch-Binter p. M.)

Im Berichtszeitraum haben sich in den Einrichtungen folgende Änderungen im Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben:

In Oberösterreich wurde im Sommer 2017 eine zusätzliche niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle in Steyr eröffnet. Sie bietet neben basalen Angeboten wie Waschmöglichkeiten, Essen und Trinken auch einen Spritzentausch, psychosoziale Beratung und medizinische Grundversorgung. Auch aufsuchende Sozialarbeit im Sinne der Szenepresenz ist in das Angebot integriert (Schwarzenbrunner p. M.)

Der von der Suchtkoordination des Landes Steiermark beauftragte und von der Suchtmedizinischen Ambulanz Hochsteiermark und der Suchtberatung Obersteiermark entwickelte Fortbildungslehrgang *Sozialpsychiatrie und Sucht* wurde mit Januar 2017 bereits zum zweiten Mal gestartet (vgl. Weigl et al. 2016, Ederer p. M.)

114

<https://www.caritas-steiermark.at/fileadmin/storage/steiermark/documents/Hilfe-und-Angebote/Menschen-In-Not/Gesundheit/Sucht/Kontaktladen/Aktuelles/hepatitis-c/20170314-HepCBroschuere-kontaktladen-c-caritas.pdf> (11. 7. 2017)

6.4 Zusätzliche Information

Die Verbesserung der Lebensqualität von suchtkranken Menschen war Thema der 5. Studientage der *caritas akademie* der Caritas Diözese Graz–Seckau mit dem Titel *Das gute Leben – komplexe Suchtarbeit*, die in Zusammenarbeit mit der niederschweligen Einrichtung I.K.A. Graz veranstaltet wurden.¹¹⁵

Die im Jahr 2012 in Österreich gestartete elektronische Unfalldatenerfassung zeigt, dass Alkohol, Drogen und Medikamente nur in 3,8 Prozent der tödlichen Verkehrsunfälle die vermutliche Hauptunfallursache sind. Die wesentlichen Hauptunfallursachen sind lt. dieser Statistik Unachtsamkeit/Ablenkung (30,6 %) und nicht angepasste Geschwindigkeit (24,1 %), gefolgt von Vorrangverletzungen gegenüber Fußgängern/Fußgängerinnen (11,3 %), Überholen (8 %) und anderen Gründen (BMVIT 2016).

6.5 Quellen und Methodik

Sämtliche beschriebene Quellen sind in der Bibliographie in Abschnitt **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** aufgelistet.

Quellen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu **drogenbezogenen Todesfällen** gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend werden dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen einschließlich chemisch-toxikologischer Analyse herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nicht verifizierte Fälle). Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine extra angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfälle vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 SMG) versterben. In die jährliche Statistik ebenfalls einbezogen, jedoch gesondert ausgewiesen werden die tödlichen Überdosierungen von NPS.

115

<https://www.caritas-steiermark.at/studientage/> (10. 7. 2017)

Die gesammelten Daten werden in ein Online-Register eingespeist und jährlich ausgewertet. In der Arbeitsgruppe¹¹⁶ zu drogenbezogenen Todesfällen im November 2016 wurden Überdosierungen von verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Hintergrund der Diskussion: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mit Hilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise). Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2016 wurden acht Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen, da es bei diesen keinerlei Hinweise auf „Szenezugehörigkeit“ gab. Zwei Personen, die 2016 an einer Suchtmittelintoxikation verstarben, hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und waren nicht in Österreich gemeldet. Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. In einem weiteren Verdachtsfall handelte es sich um eine Fülleiche, bei der die Feststellung der Todesursache nicht möglich war.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung von **drogenbezogenen Notfällen**. Daten zur Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *checkit!* und *Z6/Drogenarbeit* beschrieben (vgl. auch Abschnitt 3.6).

Die Datenlage zu **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i.v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nicht repräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die beiden wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus drei Drogenhilfe-Einrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* aus Vorarlberg und *Kontaktladen* aus Graz) 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 unab-

116

In dieser Arbeitsgruppe diskutieren jährlich Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, BMGF, BMJ, BMI, gerichtsmedizinische Institute) aktuelle Themen zu den drogenbezogenen Todesfällen.

hängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nicht repräsentativ zu bezeichnen. Dieser Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und TBC finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems zu drogenassoziierten Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- als auch Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten zur Durchimpfungsrates stammen aus DOKLI. U. a. weil es sich dabei um freiwillige Angaben handelt, sind die Daten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Daten zum allgemeinen Impfschutz hinsichtlich Hepatitis A und B können dem *Gesundheitsbericht Österreich 2009* (GÖG/ÖBIG 2009) entnommen werden. Diese beziehen sich allerdings auf das Jahr 2007 und sind daher nur eingeschränkt zu verwenden.

Die *aCtion Hepatitis C Datenbank* wurde 2004 ins Leben gerufen, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden Fälle von chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen wie zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypen-Verteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, da die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten lieferten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie zur aktuellen Datenlage zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gebracht. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i.v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Leider ist der Trend feststellbar, dass diese Datenquellen in den letzten Jahren zunehmend unergiebig werden. Mittels *Standard Table 10* werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe gesammelt (vgl. Tabelle A6.6).

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von acht Behandlungszentren ein. Die österreichische HIV-Kohortenstudie 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. Im Jahr 2016 kam noch das Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien dazu. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 7. 2016 wurden insgesamt 8.914 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 76 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der undiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben. Weitere verhaltensbezogene Daten zu i.v. Drogenkonsumierenden werden in der Studie nicht erfasst (AHIVCOS 2016).

6.6 Bibliographie

- aCtion Hepatitis C Datenbank (2012). Auswertung vom 12. Dezember 2012. Durchgeführt von Tschapeller, B. für Joanneum Research, Graz. Übermittelt von Bauer, B., LKH Hörgas/Enzenbach.
- AHIVCOS (2016). HIV/AIDS in Austria – 30th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck.
- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2017a). Epidemiologiebericht Sucht 2017. Wien.
- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2017b). Epidemiologiebericht Sucht 2017. Annex. Wien.
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien.
- BMG (2016). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMVIT (2016). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2011 – 2020, 2. Auflage. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016a). Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Wien.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016b). Epidemiologiebericht Sucht 2016. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Annex. Wien.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2016). Hepatitis C – Schützen, Testen, Behandeln, Heilen. Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Graz.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2017a). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2016. Graz.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2017b). Safer Use – Schützen, Testen, Behandeln, Heilen. Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Graz.
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

- GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- HVB (2017). Erstattungskodex – EKO, Infotool zum Erstattungskodex, Datenstand Juli 2017 (abgefragt am 4. 7.2017). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.
- Joanneum Research (o.J.). Ambulante Psychiatrie. Analyse und Versorgungskonzeption für die Steiermark. Endbericht. Joanneum Research Forschungsgesellschaft – HEALTH Institut für Biomedizin und Gesundheitswissenschaften und Ebner Hohenauer Consult HC. Graz
- I.K.A. (2017). Statistik I.K.A. 2016. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. Graz.
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg – Rahmenplan 2016 – 2020. Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen. Land Salzburg, Abteilung 3, Soziales. Salzburg.
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP), Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Schmutterer, I., Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien.
- Schütz, A., Moser, S., Marchart, K., Haltmayer, H., Gschwantler, M. (2016). Direct Observed Therapy of Chronic Hepatitis C With Interferon-Free All-Oral Regimens at a Low-Threshold Drug Treatment Facility – a New Concept for Treatment of Patients With Borderline Compliance Receiving Opioid Substitution Therapy. American Journal of Gastroenterology 2016, 111: 905–905.
- SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SDW (2017). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2017“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SHW (2017a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2016. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2017b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2016. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Stiftung Maria Ebene (2015). Jahresbericht 2014. Stiftung Maria Ebene. Frastanz.

Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer–Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Horvath, I., Schmutterer, I., Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Weigl, M., Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer–Eggerth, A., Horvath, I., Schmutterer, I., Strizek, J., Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Z6/Drogenarbeit (2017). Tätigkeitsbericht 2016. Innsbruck.

6.7 Zitierte Bundes– und Landesgesetze

SMG BGBl I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)

6.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	LKH Hörgas–Enzenbach
Benka, Bernhard	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Drobesch–Binter, Barbara	Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordination Steiermark
Haltmayer, Hans	Suchthilfe Wien gGmbH
Schwarzenbrunner, Thomas	Drogenkoordination Oberösterreich
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.9 Anhang

Tabelle A6. 1

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2007–2016

Todesursache	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Intoxikation mit Opiat(en)	9	13	18	13	11	11	10	10	6	7
Mischintoxikation mit Opiat(en)	138	136	153	148	151	111	103	85	107	120
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	5	4	1	0	8	8	6	7	10	13
Intoxikation unbekannter Art	23	16	15	9	7	9	3	0	3	6
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	175	169	187	170	177	139	122	102	126	146
Nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle ¹	-	32	19	17	24	22	16	20	27	19
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	175	201	206	187	201	161	138	122	153	165

¹ vgl. GÖG/ÖBIG 2010

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2007–2016 nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	2,7	0,5	0,5	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6
Kärnten	1,1	1,9	1,6	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0
Niederösterreich	2,6	3,3	2,7	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4
Oberösterreich	1,3	3,0	3,0	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6
Salzburg	0,8	3,1	3,6	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4
Steiermark	2,0	2,6	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6
Tirol	2,3	3,8	3,1	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8
Vorarlberg	2,8	0,8	5,6	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3
Wien	7,8	6,6	7,7	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Österreich	3,1	3,6	3,7	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2007–2016, nach Bundesland

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	5	1	1	6	4	2	1	2	3	3
Kärnten	4	7	6	6	4	7	7	5	9	11
Niederösterreich	27	35	29	31	29	23	19	9	21	15
Oberösterreich	12	28	28	12	14	19	14	6	8	16
Salzburg	3	11	13	18	6	10	4	4	2	5
Steiermark	16	21	10	11	16	7	6	11	9	13
Tirol	11	18	15	18	23	14	14	12	14	24
Vorarlberg	7	2	14	10	8	7	10	8	15	11
Wien	90	77	90	75	97	72	63	65	72	67
Unbekannt	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	175	201	206	187	201	161	138	122	153	165

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 4:

Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil), 2007–2016

Altersgruppe	2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	abs.	%																		
bis 19 Jahre	24	13,7	22	13,0	18	9,6	12	7,1	23	13,0	10	7,2	6	4,9	9	7,4	4	2,6	10	6,1
20–24 Jahre	46	26,3	45	26,6	39	20,9	36	21,2	33	18,6	23	16,5	18	14,8	14	11,5	28	18,3	15	9,1
25–29 Jahre	23	13,1	37	21,9	35	18,7	41	24,1	31	17,5	31	22,3	34	27,9	22	18,0	21	13,7	25	15,2
30–34 Jahre	35	20,0	21	12,4	28	15,0	17	10,0	29	16,4	25	18,0	31	25,4	15	12,3	34	22,2	35	21,2
35–39 Jahre	22	12,6	16	9,5	22	11,8	17	10,0	13	7,3	15	10,8	11	9,0	14	11,5	19	12,4	26	15,8
40 Jahre und älter	25	14,3	28	16,6	45	24,1	47	27,6	48	27,1	35	25,2	22	18,0	48	39,3	47	30,7	54	32,7
Gesamt	175	100,0	169	100,0	187	100,0	170	100,0	177	100,0	139	100,0	122	100,0	122	100,0	153	100,0	165	100,0
Nicht obduzierte DTF¹	–	–	32	–	19	–	17	–	24	–	22	–	16	–	20	16,4	27	17,6	19	11,5
Männlich	136	77,7	134	79,3	150	80,2	140	82,4	135	76,3	111	79,9	98	80,3	97	79,5	114	74,5	127	77,0
Weiblich	39	22,2	35	20,7	37	19,8	30	17,6	42	23,7	28	20,1	24	19,7	25	20,5	39	25,5	38	23,0

¹ Aufgrund einer Abnahme der Obduktionsraten ab 2008 werden nicht obduzierte Fälle seit diesem Jahr extra ausgewiesen. Seit 2014 werden diese Fälle auch in die Statistik integriert.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 5:

Entwicklung der festgestellten Substanzen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2007–2016, in Prozent

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Heroin/Morphin	82	90	91	83	76	82	72	75	78	67
Sonstige Opiode	22	22	18	27	23	21	19	24	25	26
Methadon	20	10	12	17	18	13	19	15	16	10
Kokain	25	22	13	16	15	15	22	17	22	23
Amphetamine ¹	5	7	9	6	6	7	9	8	11	14
davon Methamphetamin	0	1	1	0	1	2	2	4	2	4
Psychopharmaka	72	77	76	77	81	73	81	75	82	77
Alkohol	36	37	33	35	33	38	29	23	37	36

¹ Die Kategorie Amphetamine inkludiert Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone etc.).

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 6:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2016

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	2	0	71.223
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4	3	617.516
Salzburg	1	2	8.000 ¹
Steiermark	2 ²	3	813.389
Tirol	2	6	540.492
Vorarlberg	4	7	411.801
Wien	3 ²	0	3.742.935
Gesamt	18	21	6.205.356

¹ Schätzwert² inkludiert ein Streetwork-Angebot

Quelle: ST10 Syringe Availability 2017; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	211
7.1	Zusammenfassung.....	211
7.2	Aktuelle Situation.....	212
7.2.1	Drogenmärkte.....	212
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	216
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	218
7.3	Trends.....	219
7.4	Neue Entwicklungen.....	229
7.5	Zusätzliche Information	229
7.6	Quellen und Methodik.....	230
7.7	Bibliographie	231
7.8	Zitierte Bundesgesetze.....	232
7.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	232
7.10	Anhang.....	233

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Konsum- und Umschlagplatz und durch seine Lage an der Balkanroute gleichzeitig auch Transitland für illegale Drogen. Zusätzlich dient der Flughafen Wien-Schwechat als internationale Drehscheibe für den Drogenschmuggel. Insgesamt ist die steigende Bedeutung von virtuellen Drogenmärkten zu beobachten, was zunehmend das Verhalten von Händlerinnen/Händlern und Konsumierenden beeinflusst. Die Produktion von Drogen (Cannabis und synthetische Drogen) spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt bezogen sich im Jahr 2016 in Österreich 35.857 Anzeigen auf Suchtgifte, wobei der größte Teil davon (30.184) Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften betraf. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.704) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen¹¹⁷ (2.153) bei weitem. Änderungen in der Anzeigenzahl gegenüber dem Vorjahr können auch mit der SMG-Novelle 2016 in Zusammenhang stehen.

Im Jahr 2016 kam es zu 27.896 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr. Dem stehen 1.491 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Auch neue psychoaktive Substanzen werden beschlagnahmt. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe (seit 1. Mai 2016: Precursor Competence Center) haben Unternehmen, die Drogenausgangsstoffe herstellen oder damit handeln, Wahrnehmungen zu melden, die Abzweigung von Ware für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermuten lassen. Zusätzlich kommt im Rahmen internationaler Projekte dem Drogenhandel in *Deepnet* und *Darknet* vermehrte Aufmerksamkeit zu. Auch eine eigene Taskforce widmet sich dem illegalen Suchtmittelhandel im Darknet.

117

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, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

Trends

Die Anzeigenentwicklung zeigt Anstiege für einige Substanzen wie etwa Ecstasy und Cannabis. Bei beiden hat auch die Zahl der Beschlagnahmungen weiter zugenommen. Anzahl und Menge der Beschlagnahmungen suchtgifthaltiger Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln) sind rückläufig.

Während die Maximalpreise (Straßenverkaufslevel) – besonders jene von Amphetamin, Methamphetamin und Ecstasy – bis 2014 angestiegen sind, hat sich der Maximalpreis von Ecstasy von 2015 auf 2016 halbiert.

Die durchschnittliche Reinheit (Straßenverkaufslevel) aller Substanzen, außer von Cannabisharz, Amphetamin und Ecstasy, hat weiter zugenommen – insbesondere von Kokain und Methamphetamin.

Neue Entwicklungen

In den Jahren 2015 und 2016 wurden im Rahmen eines KIRAS-Projekts zu virtuellem Drogenhandel (Projekttitle: VIDRO) Interviews mit Drogenkonsumierenden über ihre Erfahrungen mit dem Kauf von Drogen im Internet geführt (Schmutterer 2016). Ergebnisse aus dem Gesamtprojekt VIDRO sowie aus dem deutschen Partnerprojekt DROK (Organisierte Kriminalität und Drogenhandel) wurden im November 2016 bei einer Abschlusskonferenz präsentiert.¹¹⁸

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist als Transit- und Verbraucherland zu bezeichnen. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind mit tatsächlichen Produktionsländern wie etwa Marokko nicht zu vergleichen. Die Größe der Anlagen variiert meist zwischen 10 und 100 Pflanzen. Professionelle Indoor-Anlagen mit mehr als 10.000 Stück sind Ausnahmen und wurden in Niederösterreich (ca. 10.600 Pflanzen) und Wien (mehrere Tausend Pflanzen und Setzlinge) sichergestellt. Cannabis aus kleineren Anlagen war vorwiegend für den Eigengebrauch oder Handel in kleinerem Umfang bestimmt. Der Outdoor-Anbau spielt – vermutlich auch witterungsbedingt – in Österreich eine geringe Rolle (BMI 2015, BMI 2017).

118

Die Inhalte der Präsentationen können hier nachgelesen werden:

<http://www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb4/forschung/forschungsinstitute/isff/veranstaltungen.html>

In Niederösterreich (2), Oberösterreich (3), Salzburg (1) und Wien (3) wurden im Jahr 2016 insgesamt neun Labors zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Syntheseeziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war. Die erzeugten Suchtmittel dienten dem Eigenbedarf bzw. einem regional begrenzten Kreis von Abnehmerinnen/Abnehmern (BMI 2017).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Heroin wird vor allem auf der klassischen Balkan-Route über die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich nach Westeuropa geschmuggelt. Der Kokain-Schwarzmarkt in Österreich wird über den internationalen Flughafen Wien-Schwechat aus Süd- und Mittelamerika versorgt. Der Kokain-Schmuggel erfolgt auch auf dem Landweg mit Eisenbahn und Fernbussen. Cannabisprodukte werden sowohl für den Konsum als auch den Handel meist in Albanien und vermehrt im Inland erzeugt. Aus Marokko wird vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Amphetamin, Ecstasy und MDMA werden hauptsächlich aus den Niederlanden via Deutschland, Amphetamin teilweise auch aus Polen via Tschechien oder Deutschland nach Österreich eingeführt. Durch zahlreiche Labors in der Slowakei und der Tschechischen Republik ist Methamphetamin leicht verfügbar. *Neue Psychoaktive Substanzen* werden vermehrt via Internet in China bestellt. Geliefert wird nach Vorauszahlung aus Europa und Asien per Versand durch Post oder Paketdienste. Auch Drogenausgangsstoffe¹¹⁹ werden nicht über den Handel, sondern via Internet und in größeren Mengen in Asien bestellt (BMI 2015, BMI 2017).

Drogengroßhandel und Handel mit Vorläuferstoffen

In nachfolgender Tabelle 7.1 werden die Preise diverser Drogen im Großhandel dargestellt. Dabei sind pro Droge die Preis-Unter- und -Obergrenze sowie der typische Preis angegeben.

119

Detailangaben zu Drogenausgangsstoffen sind nicht möglich, da ressourcenbedingt eine statistische Erfassung nicht durchgeführt werden kann.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2016

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Methamphe- tamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Preis	Untergrenze	1.500	2.500	18.000	40.000	1.500	20.000	1.000
	Obergrenze	8.000	8.000	70.000	80.000	20.000	60.000	9.000
	Typisch	4.000	4.000	25.000	50.000	7.000	35.000	6.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Die Daten des BMI zu den Großhandelspreisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Straßenhandel und Reinheit der illegalen Substanzen

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, sind Tabelle 7.2 zu entnehmen, wobei sich sowohl bei der Reinheit als auch beim Preis erhebliche Schwankungsbreiten zeigen.

Tabelle 7.2:

Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2016

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	„Ecstasy“**
Reinheit	Untergrenze	0,62 %	0,25 %	0,11 %	0,11 %	0,06 %	0,09 %	0,1 mg
	Obergrenze	33,49 %	52,31 %	57,36 %	87,69 %	82,05 %	81,9 %	88,27 mg
	Median	10,92 %	13,45 %	12,76 %	43,01 %	8,48 %	64,03 %	40,29 mg
Preis	Untergrenze	6	6	25	50	10	25	3
	Obergrenze	15	20	90	150	60	130	15
	Typisch	8	8	60	100	40	90	7

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Die Daten des BMI zu Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen.

Die Reinheit der Cannabisprodukte wird in % THC angegeben, die Reinheit von Ecstasy in mg der MDMA-base pro Einheit.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Im Kontext des Projekts *checkit!* wurden im Jahr 2016 in den Bundesländern Wien und Niederösterreich bei 14 Freizeitveranstaltungen bzw. bei Gefahr in Verzug auch direkt in der Homepage angenommene 1.219 Proben in Hinblick auf psychoaktive Substanzen analysiert¹²⁰. Von allen analysierten Proben enthielten 18 Prozent den zu erwartenden Inhaltsstoff in der „erwartbaren“ Dosierung. Weitere 33 Prozent enthielten den erwarteten Inhaltsstoff, allerdings in einer sehr hohen Dosierung. Rund ein Drittel (34 %) der Proben enthielt unerwartete Inhaltsstoffe, vor 15 Prozent der Proben musste aufgrund gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe gewarnt werden (SHW 2017 bzw. Kapitel 6).

Von den 328 als „**Ecstasy**“ **gekauften und zur Testung abgegebenen Tabletten** enthielten rund 89 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA¹²¹ (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tabelle A7. 9). Paramethoxyamphetamin (PMA)¹²² wurde in den im Berichtsjahr als Ecstasy-Tabletten gekauften und untersuchten Proben nicht festgestellt. In den insgesamt 166 als **MDMA** in Pulver-, Kristall- oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben wurde in etwa 84 Prozent der Fälle ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (vgl. Tabelle A7. 10). Bei knapp neun Prozent der Proben wurden Substanzen aus der Gruppe der NPS nachgewiesen. Die 289 als „**Speed**“ **gekauften** und von *checkit!* analysierten Proben enthielten zu rd. 25 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Die Kombination von Amphetamin und Koffein konnte bei 59 Prozent der Proben festgestellt werden; vgl. Tabelle A7. 11). Die Anzahl der „Speed“-Proben, in denen *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS) gefunden wurden, betrug ein Prozent. Methamphetamin wurde in keiner der Proben detektiert.

Von den 211 als **Kokain** **gekauften** und von *checkit!* analysierten Proben enthielten rund 26 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengungen. Häufig wurden mehr als zwei unerwartete Inhaltsstoffe in den Proben gefunden; darunter war meist das Arzneimittel Levamisol.

Erwartet oder unerwartet enthielten fast fünf Prozent aller abgegebenen Proben *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS). In 3,2 Prozent der Proben wurden NPS unerwartet identifiziert. Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug 1,6 Prozent.

Die im März 2014 gestartete Drug-Checking-Pilotphase in Tirol wurde im Jahr 2015 in ein reguläres Angebot der Drogenarbeit Z6 übergeführt und wird in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck und *checkit!* in Wien angeboten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 286 Substanzproben im *MDA basecamp* zur Testung abgegeben. (vgl. Drogenarbeit Z6 2017 bzw. Kapitel 6).

120

Davon gingen 1.217 Proben in die reguläre Analyse ein.

121

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

122

Die Substanzen Paramethoxyamphetamin bzw. das verwandte Paramethoxymethamphetamin (PMA bzw. PMMA) haben in der Vergangenheit immer wieder zu Todesfällen in Europa und auch in Österreich geführt.

Von den 51 als **Ecstasy** abgegebenen Tabletten enthielten 73 Prozent eine (extrem) hohe Dosierung (über 100 mg). Eine der als **MDMA** abgegebenen Proben in Pulver- oder Kristallform enthielt kein MDMA; fünf Proben waren verunreinigt. Die Reinheit betrug durchschnittlich 71 Prozent und lag damit deutlich unter dem von *checkit!* in Wien festgestellten Wert (84 %). Von 57 als **Speed** untersuchten Tabletten enthielt eine kein Amphetamin, allerdings waren fast alle Proben (53) verunreinigt, 51 davon zumindest mit Koffein. Auch hier lag die Reinheit mit rd. 20 Prozent unter dem in Wien festgestellten Wert (25 %). Alle der 58 als **Kokain** abgegebenen Proben enthielten Kokain, allerdings waren 39 dieser Proben verunreinigt. 30 Proben waren zusätzlich zur Verunreinigung auch hoch dosiert. Die Reinheit der Proben betrug durchschnittlich rd. 63 Prozent. 25 Proben wurden als NPS im *MDA basecamp* abgegeben, davon waren vier falsch deklariert.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat im Berichtszeitraum drei Proben analysiert, die durch Polizei oder Zoll wegen Verdachts auf Verstoß gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* (NPSG) beschlagnahmt worden waren und die tatsächlich psychoaktive Substanzen enthielten. Darin wurde Pflanzenmaterial, die Substanzen MDMB-CHMICA, AB-FUBINACA und Mitragynin (Kratom) identifiziert.

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2016 insgesamt 165 Proben mit Verdacht auf Verstoß gegen das NPSG analysiert und die Ergebnisse für das Monitoring an das Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Insgesamt wurden 100 verschiedene Substanzen bzw. Substanzkombinationen identifiziert. Die am häufigsten gefundene Substanz war GBL in 13 Prozent aller Proben, gefolgt von Ketamin (in 10 %). Alle anderen Substanzen wurden in weniger als 5 Prozent der Fälle entdeckt.

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug im Jahr 2016 36.235 (vgl. auch Tabelle A7. 1). Insgesamt 35.857 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte (vgl. auch Tabelle A7. 2). Die meisten der übrigen 378 Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe (vgl. Tabelle A7. 3). Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 7.3), so zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (33.704 wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG) die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei weitem überstieg (2.153 wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG).

Unterscheidet man die Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A7. 5 und Abbildung 7.4), dann fällt auf, dass Anzeigen wegen Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften mehr als vier Fünftel (30.184) der Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (3.211; rd. 9 %), danach folgten Anzeigen wegen Amphetamin und Heroin und Opiaten (jeweils rd. 6 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als 4 Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen. Die Anzahl der in Tabelle A7. 4 dargestellten Anzeigen

wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz beträgt 78 im Jahr 2016 und spielt im Vergleich zu den Anzeigen wegen anderer Substanzen eine geringe Rolle.

Den 36.235 Gesamtanzeigen im Jahr 2016 stehen insgesamt 2.285 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen zu den Festnahmen nach Art des Vergehens, nach Substanz etc. gibt. Änderungen in der Anzeigenzahl gegenüber dem Vorjahr können auch mit der SMG-Novelle 2016 in Zusammenhang stehen (vgl. Kapitel 2).

Drogenbezogene Kriminalität außerhalb der Drogengesetzgebung

Angaben über drogenbezogene Kriminalität außerhalb der Drogengesetzgebung – wie z. B. Beschaffungs- bzw. Begleitkriminalität – werden im Bericht zur Drogensituation 2014 (Weigl et al. 2014) dargestellt. Drogenbeschaffungs- und Begleitdelikte ereignen sich hauptsächlich in Großstädten. Viele Delikte werden aus Angst davor, selbst angezeigt zu werden, nicht gemeldet.

Vom BMI werden Daten zu Anzeigen wegen Alkohol gem. § 5 der Straßenverkehrsordnung (StVO), für Suchtgift und Alkohol getrennt, sowie gem. § 14 (8) des Führerscheingesetzes (FSG) zur Verfügung gestellt (Schranz p. M., Schmid p. M., 2017). Weitere Zahlen betreffen die vorläufigen Führerschein- und Mopedausweis-Abnahmen gem. § 39 FSG, wobei es hier keine Aufschlüsselung nach Delikten gibt: Im Jahr 2016 gab es demnach 14.789 vorläufige Abnahmen – im Vergleich zu 14.207 im Jahr 2015 und 17.290 im Jahr 2014 (Schranz p. M., 2017). Die nachfolgende Tabelle 7.3 zeigt, wie viele Anzeigen gem. § 5 StVO wegen Suchtgift oder Alkohol in den Jahren 2014 bis 2016 in Österreich erfolgten. Die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols übertrifft jene wegen Suchtgifts um ein Vielfaches. Zu berücksichtigen ist, dass die Zahlen auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) sowie technische Ausstattung (z. B. Drogen-Vortestgeräte) widerspiegeln.

Tabelle 7.3:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohol gem. § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgift gem. § 5 StVO, 2014–2016

Anzeigen	2014	2015	2016
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	847	1.068	1.491
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 (8) FSG)	33.418	26.327	27.896
Gesamt	34.265	27.395	29.387

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

In Österreich werden von den Sicherheitsbehörden Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots gesetzt. Sie umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Drei Viertel der Sicherstellungen (16.697) im Jahr 2016 betrafen Cannabis, gefolgt von Kokain (1.315; rd. 6 Prozent) und Amphetamin (828; rd. 4 Prozent). Die Anzahl der Sicherstellungen von weiteren Substanzen lag jeweils (teilweise deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7. 7). Im Rahmen der Sicherstellungen wurden im Jahr 2016 beispielsweise ca. 1.082 kg Cannabisprodukte (exklusive Cannabispflanzen), fast 30.000 Stück Ecstasy-Tabletten und 4.820 Stück suchtgifthältige Medikamente beschlagnahmt (vgl. Tabelle A7. 8).

Im Bundeskriminalamt besteht die Möglichkeit zu melden, wenn bestimmte Chemikalien, die missbräuchlich für die Herstellung von Suchtmitteln (zum Beispiel für synthetische Drogen wie Ecstasy) verwendet werden können, abgezweigt wurden. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe sowie Ausgangsstoffe für Explosivstoffe (seit 1. Mai 2016: Precursor Competence Center) haben Unternehmen, die solche Stoffe herstellen oder damit handeln, Wahrnehmungen zu melden, die das Abzweigen von Substanzen für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermuten lassen (vgl. BMI 2015, BMI 2016a, BMI 2017).

Weitere Angaben zur Verfügbarkeit von Drogen können dem Bericht zur Drogensituation 2014 entnommen werden (Weigl et al. 2014). Dort wurde auch beschrieben, wie einfach/schwierig es Jugendliche in Österreich einschätzen, an illegale Drogen, Alkohol und Zigaretten heranzukommen.

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Letztlich liegen die genannten Aktivitäten aber auch im Aufgabenbereich jeder Polizeiinspektion (Mader, p. M.). Insgesamt ergeben sich daraus für Österreich zehn Einheiten der Strafverfolgung mit etwa 350 speziell ausgebildeten Beamten, was nicht ganz 1,5 Prozent des gesamten Polizeipersonals entspricht. Angesiedelt sind die fix dem Drogenbereich zugeordneten Beamten bei der Kriminalpolizei. Weitere themenbezogene Informationen können einer entsprechenden Publikation der EMCDDA entnommen werden (EMCDDA 2013).

Immer wieder ist Österreich auch an internationalen Projekten zur Verringerung von Suchtmittelkriminalität beteiligt. Von Februar 2015 bis Jänner 2017 kooperierten Österreich und Deutschland etwa im Rahmen des Projektes „Joint investigation to combat drug trafficking via the virtual market (darknet) within and also into the EU (Short version JICDT – VM)“. Der Fokus lag hierbei auf dem

Suchtmittelhandel über das Darknet¹²³ und einem engen Zusammenwirken zwischen Drogenermittlern und verdeckten Ermittlern in der realen und in der virtuellen Welt sowie IT-Experten und Cybercrime-Ermittlern (vgl. auch Abschnitt 7.4; BMI 2016b, BMI 2017).

7.3 Trends

Im folgenden Abschnitt finden sich Angaben zu langfristigen Entwicklungen von Beschlagnahmungen, Preis und Reinheit von illegalen Substanzen sowie von Anzeigen im Zusammenhang mit diesen Substanzen in Österreich. Kurzzeit-Trends werden nicht behandelt.

Langzeit-Trends

Bezüglich der im Folgenden beschriebenen Trends ist zu betonen, dass diese in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegeln (BMI 2016a).

Abbildung 7.1 stellt die Entwicklung der Anzahl der Beschlagnahmungen in den letzten zehn Jahren dar. Geringfügige Rückgänge zeigen sich für Mephedron, suchtgifthaltige Medikamente und Drogenausgangsstoffe. Bei allen anderen Substanzen ist ein Anstieg in unterschiedlichem Ausmaß zu verzeichnen: Die Anzahl der Beschlagnahmungen von Cannabis und Amphetamin haben sich seit 2012 mehr als verdoppelt (vgl. Tabelle A7. 7).

Die **beschlagnahmten Mengen** von Cannabis blieben über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant (vgl. Tabelle A7. 8). Der oben angeführte Anstieg der Zahl der Beschlagnahmungen, lässt vermuten, dass die Cannabis-Mengen pro Beschlagnahme stark zurückgegangen sind. Die Mengen der übrigen sichergestellten Suchtmittel unterlagen im Laufe der Jahre mitunter großen Schwankungen (vgl. Tabelle A7. 8). Besonders hoch war der Anstieg der sichergestellten Menge von Ecstasy. Anstiege (z. B. von Ecstasy und Amphetamin) korrelieren häufig mit einem Anstieg der entsprechenden Anzeigen (vgl. Tabelle A7. 5). Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmungen großer Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), das Bild verzerren können.

Im Jahr 2016 wuchs die Zahl der Sicherstellungen von Suchtmitteln und neuen psychoaktiven Substanzen, die mittels Post (+ 50 %) und Schnelldiensten versendet bzw. transportiert wurden, stark

123

Darknet beschreibt in der Informatik ein digitales Netzwerk, dessen Teilnehmer/innen ihre Verbindungen untereinander **manuell** herstellen. Dieses Konzept steht im Gegensatz zu konventionellen Netzwerken, bei denen zumeist die Verbindungen zu den Clients fremder Personen **automatisch und willkürlich** initiiert werden. Im Ergebnis bietet ein Darknet ein höheres Maß an Sicherheit für die Nutzer/innen, da einem Angreifer der Zugriff auf das Netzwerk nicht ohne weiteres möglich ist oder er im Idealfall gar nichts von der Existenz des Netzwerks, das meist illegalen Geschäften dient, weiß. Um neue Personen in das Darknet zu integrieren, müssen diese mitunter von Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingeladen oder akzeptiert werden. Teilweise benötigt man dafür sogar entsprechende Privilegien.

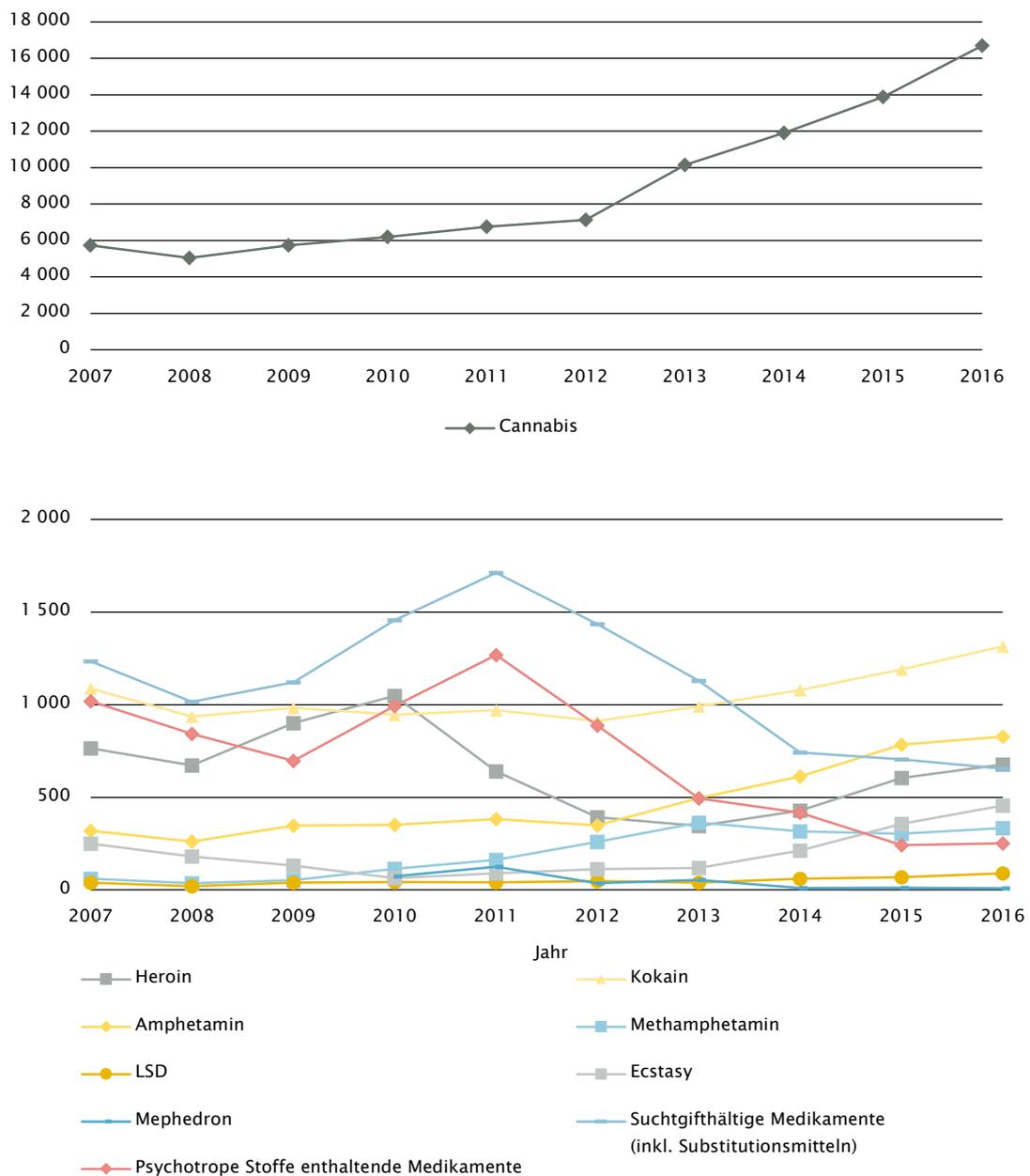
an. Die sichergestellten Mengen bei Einzelsicherstellungen steigen ebenfalls: Sicherstellungen von Amphetamin in der Größenordnung von 100 Gramm pro Sendung werden häufiger. Die durchschnittlichen Einzelsicherstellungsmengen illegaler Suchtmittel und neuer psychoaktiver Substanzen liegen bei ca. 1 bis 10 Gramm. Die Schmuggelware wird überwiegend von Jugendlichen über das Internet bzw. Darknet bestellt, mit der virtuellen Währung Bitcoin¹²⁴ bezahlt und dann von Post- und Paketschnelldiensten zugestellt. Die Absender befinden sich vorwiegend in Spanien, den Niederlanden, Belgien und China. Bei einem im Darknet mit illegalen Suchtmitteln dealenden österreichischen Täter wurden vorerst 300 Gramm Amphetamin (in Deutschland) sichergestellt. Schlussendlich wurde eine Bestellmenge von insgesamt 5 Kilogramm Amphetamin, bestimmt für den Verkauf in Vorarlberg, nachgewiesen (BMI 2017).

124

Bitcoin (englisch sinngemäß für „digitale Münze“) ist eine digitale Geldeinheit eines weltweit verwendbaren dezentralen Zahlungssystems. Überweisungen werden von einem Zusammenschluss von Rechnern über das Internet mithilfe einer speziellen Peer-to-Peer-Anwendung abgewickelt, sodass – anders als im herkömmlichen Bankverkehr – keine zentrale Abwicklungsstelle benötigt wird. Eigentumsnachweise an Bitcoins können in einer persönlichen digitalen Brieftasche gespeichert werden. Der Umrechnungskurs von Bitcoin in andere Zahlungsmittel bestimmt sich durch Angebot und Nachfrage.

Abbildung 7.1:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich, 2007–2016



Aufgrund der Größenordnung der Cannabis-Beschlagnahmen wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Entsprechend der Menge schwankte auch der Schwarzmarktwert der wichtigsten sichergestellten Substanzen über die Jahre erheblich (vgl. Tabelle 7.4).

Tabelle 7.4:
Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro), 2007–2016

Substanz	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2015	2016
Cannabis	12.763.000	8.738.000	11.390.000	12.920.000	9.200.000	14.934.500	10.608.000	9.112.000	8.936.000
Heroin	9.953.500	8.320.000	18.960.000	6.720.000	3.888.000	4.800.000	3.360.000	4.176.000	4.080.000
Kokain	4.295.500	7.056.000	7.462.000	28.920.000	12.510.000	1.875.000	3.100.000	11.970.000	8.640.000
Ecstasy	661.675	453.345	58.470	72.750	457.800	34.608	45.009	91.341	188.972
Amphetamin	440.000	258.000	958.500	660.000	107.200	945.000	636.000	2.668.000	3.504.000
Methamphetamin	47.974	2.402	12.779	28.931	48.379	568.049	425.790	261.000	432.000

Die Daten des BMI zu den Schwarzmarktpreisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** (Straßenverkaufslevel) zeigen sich in den letzten Jahren mitunter starke Schwankungen: Der Preis für Ecstasy hat sich beispielsweise nach einer Verdopplung im Jahr 2014 (30 Euro pro Tablette) im Jahr 2016 wieder halbiert (vgl. Tabelle 7.5). Durchschnittspreise stehen leider nicht für den gesamten Beobachtungszeitraum zur Verfügung.

Tabelle 7.5:
Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich, 2007–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabisharz (1 Gramm)	10	10	10	9	9	8	12	15	15	20
Cannabiskraut (1 Gramm)	10	10	10	10	10	10	12	12	12	15
Heroin braun (1 Gramm)	85	80	100	60	60	60	100	100	100	90
Kokain (1 Gramm)	90	90	140	90	90	100	130	150	150	150
Amphetamin (1 Gramm)	25	20	15	20	20	30	60	60	60	60
Methamphetamin (1 Gramm)	25	20	15	20	20	30	120	130	130	130
Ecstasy (1 Tablette/Einheit)	10	10	10	10	10	10	12	30	30	15

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufslevel) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre unterschiedlich ausgeprägten Schwankungen. Langfristig waren bei allen Substanzen Steigerungen des Wirkstoffgehalts zu beobachten (vgl. Tabelle 7.6). Die maximale Reinheit stieg bei allen untersuchten Substanzen außer bei Cannabiskraut und braunem Heroin, wo es im Jahr 2016 zu einem Rückgang kam (vgl. Tabelle 7.8 und Abbildung 7.2).

Bei den im Rahmen des *checkit!*-Projekts als **Ecstasy** gekauften und analysierten Proben hat sich die Anzahl jener Tabletten, die MDMA in hoher Dosierung (über 100 mg) enthielten, vom Jahr 2015 auf 2016 stark erhöht – von 48 auf 66 Prozent (2013: 26 Prozent). Der Anteil der **gesundheitsgefährdend** hoch dosierten Tabletten (über 200 mg) stieg weiter: von 6 Prozent (2014) bzw. 14 Prozent (2015) auf rd. 21 Prozent aller abgegebenen Tabletten im Jahr 2016. Ab 200 mg spricht

checkit! explizit eine Warnung aus, ebenso bei gesundheitlich besonders bedenklichen Inhaltsstoffen bzw. Substanzkombinationen¹²⁵. Insgesamt musste im Jahr 2016 daher in 19 Prozent der Fälle eine explizite Warnung („gesundheitlich besonders bedenkliches Ergebnis“) ausgesprochen werden (2015: 18 %). Wie bereits im Jahr 2015 wurde in keiner der im Berichtsjahr als Ecstasy-Tabletten gekauften und untersuchten Probe PMA¹²⁶ festgestellt (vgl. Tabelle A7. 9).

Der Anteil der im Rahmen des *checkit!*-Projekts analysierten Proben, in denen **NPS** gefunden wurden, war in den letzten beiden Jahren deutlich geringer als in den Jahren zuvor. Während im Jahr 2010 noch 19 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, waren es 2015 5,8 Prozent und 2016 lediglich 4,8 Prozent. Weiterhin abgenommen hat die Häufigkeit, mit der NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden (von 13,3 % im Jahr 2011 auf 3,2 % im Jahr 2016). Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug im Jahr 2016 1,6 Prozent.

Tabelle 7.6:
Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2007–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabisharz (% THC)	10,0	10,9	9,8	12,2	9,1	11,0	9,8	12,0	15,2	15,1
Cannabiskraut (% THC)	6,7	7,2	5,9	7,5	7,0	9,7	9,6	8,9	9,8	10,8
Heroin braun (%)	9,1	11,3	12,9	12,9	5,8	6,4	7,6	11,9	13,7	13,7
Kokain (%)	32,6	32,1	27,6	27,3	27,5	28,1	26,1	31,6	33,4	45,9
Amphetamin (%)	12,8	9,1	7,3	7,8	7,9	8,4	9,5	10,6	18,5	14,5
Methamphetamin (%)	24,4	46,3	58,4	56,7	52,0	54,4	56,0	63,5	51,5	58,7
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	37,6	38,3	41,1	90,7	63,4	50,7	46,0	44,6	48,7	47,7

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

125

Ab Dosierungen über 1,5 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Männern und 1,3 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Frauen treten die negativen Effekte von MDMA in den Vordergrund und die Wahrscheinlichkeit einer neurotoxischen Wirkung steigt.

126

Die Substanzen Paramethoxyamphetamin bzw. das verwandte Paramethoxymethamphetamin (PMA bzw. PMMA) haben in der Vergangenheit immer wieder zu Todesfällen in Europa und auch in Österreich geführt.

Tabelle 7.7:

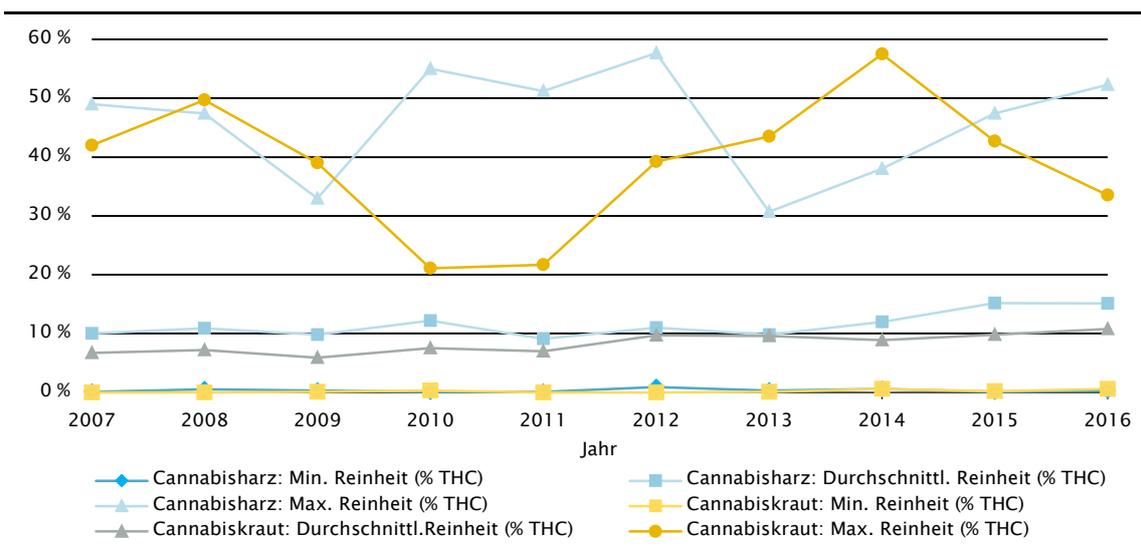
Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2007–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabisharz (% THC)	49,0	47,4	33,0	55,0	51,2	57,7	30,7	38,0	47,4	52,3
Cannabiskraut (% THC)	42,0	49,7	39,0	21,1	21,7	39,2	43,5	57,5	42,7	33,5
Heroin braun (%)	57,0	71,0	52,8	50,0	42,6	30,9	55,1	57,2	58,5	57,4
Kokain (%)	98,0	96,0	95,9	93,50	83,5	87,3	74,8	84,9	83,1	87,7
Amphetamin (%)	60,0	66,0	42,6	27,3	28,5	56,9	59,8	66,4	73,8	82,1
Methamphetamin (%)	94,0	99,0	99,1	100,0	80,3	81,3	80,3	80,6	81,9	81,9
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	100,0	100,0	66,3	100,0	83,8	96,7	83,2	90,5	87,3	88,3

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.2:

Minimale, durchschnittliche und maximale Reinheit von Cannabisharz und Cannabiskraut in Österreich in Prozent THC, 2007–2016



Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

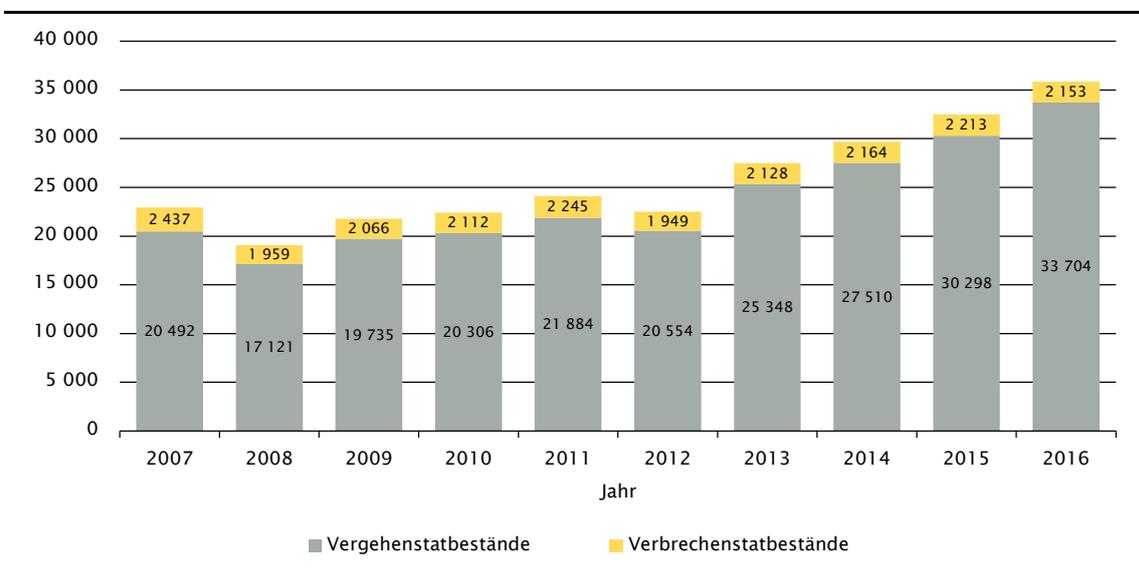
Abbildung 7.2 stellt die minimalen, maximalen und durchschnittlichen Reinheitsgrade von Cannabisharz und -kraut in Österreich dar und bezieht sich dabei auf den THC-Gehalt in Prozent. Im Verlauf der letzten zehn Jahre sind starke Schwankungen hinsichtlich der maximalen Reinheit bei beiden Substanzen ersichtlich, wohingegen die minimale Reinheit relativ konstant in der Nähe der Nulllinie verläuft. Die durchschnittliche Reinheit für Cannabisharz schwankte bis 2013 um die 10-Prozent-Marke und stieg seither kontinuierlich an, wobei im Vorjahr mit einer Reinheit von 15,1 Prozent der Höchstwert der letzten zehn Jahre erreicht wurde. (Cannabisharz 15,1 % und Cannabiskraut 10,8 %). Für Cannabiskraut stiegen die Werte mit kleineren Schwankungen von 6,7 Prozent im Jahr 2007 auf 10,8 Prozent im Jahr 2016 (vgl. Tabelle 7.2, Tabelle 7.6 und Tabelle 7.7).

Erklärungen zu Langzeit-Trends

Die nachfolgende Abbildung 7.3 stellt die langfristige Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Die Entwicklung verlief für die Jahre 2005 bis 2012 relativ beständig, mit einem Einbruch 2008, der mit der bereits erwähnten Verlagerung der sicherheitsbehördlichen Aktivitäten aufgrund der in Österreich ausgetragenen Fußball-Europameisterschaft begründet wird. Ab 2013 stiegen besonders die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen stark an – eine Entwicklung, die sich auch im Jahr 2016 fortsetzte. Im Vergleich zum Vorjahr sank die Zahl der Verbrechenstatbestände im Jahr 2016 erstmals seit 2012.

Abbildung 7.3:

Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen, 2007–2016



Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.4 wird die Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgiftes präsentiert. Während die Anzeigen für viele Suchtgifte im Laufe des Zeitraums 2007 bis 2013 eine kontinuierlich abnehmende Tendenz aufweisen, zeigt sich seither etwa bei Amphetamin und Ecstasy eine deutliche Steigerung. Bei Cannabis setzt sich der Anstieg seit dem Jahr 2013 auf hohem Niveau fort. Die prozentual markantesten Steigerungen im letzten Jahr zeigen sich bei „sonstigen Suchtgiften“¹²⁷ (+ 64 %¹²⁸), LSD (+ 26 %) sowie Heroin und Opiaten (+ 25 %), während die deutlichsten Rückgänge bei Drogenausgangsstoffen (- 38 %) und psychotropen Substanzen (- 20 %) zu verzeichnen sind. Die Summe der Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente im Jahr 2016 ist die niedrigste der letzten zehn Jahre, während die Zahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis weiterhin den höchsten absoluten Wert aufweist und rund 72 Prozent aller gegenständlichen Anzeigen betrifft (vgl. Tabelle A7. 5). Die Verteilung der Anzeigen auf Länderebene unterscheidet sich zwischen den Bundesländern mitunter stark (vgl. Tabelle A7. 6).

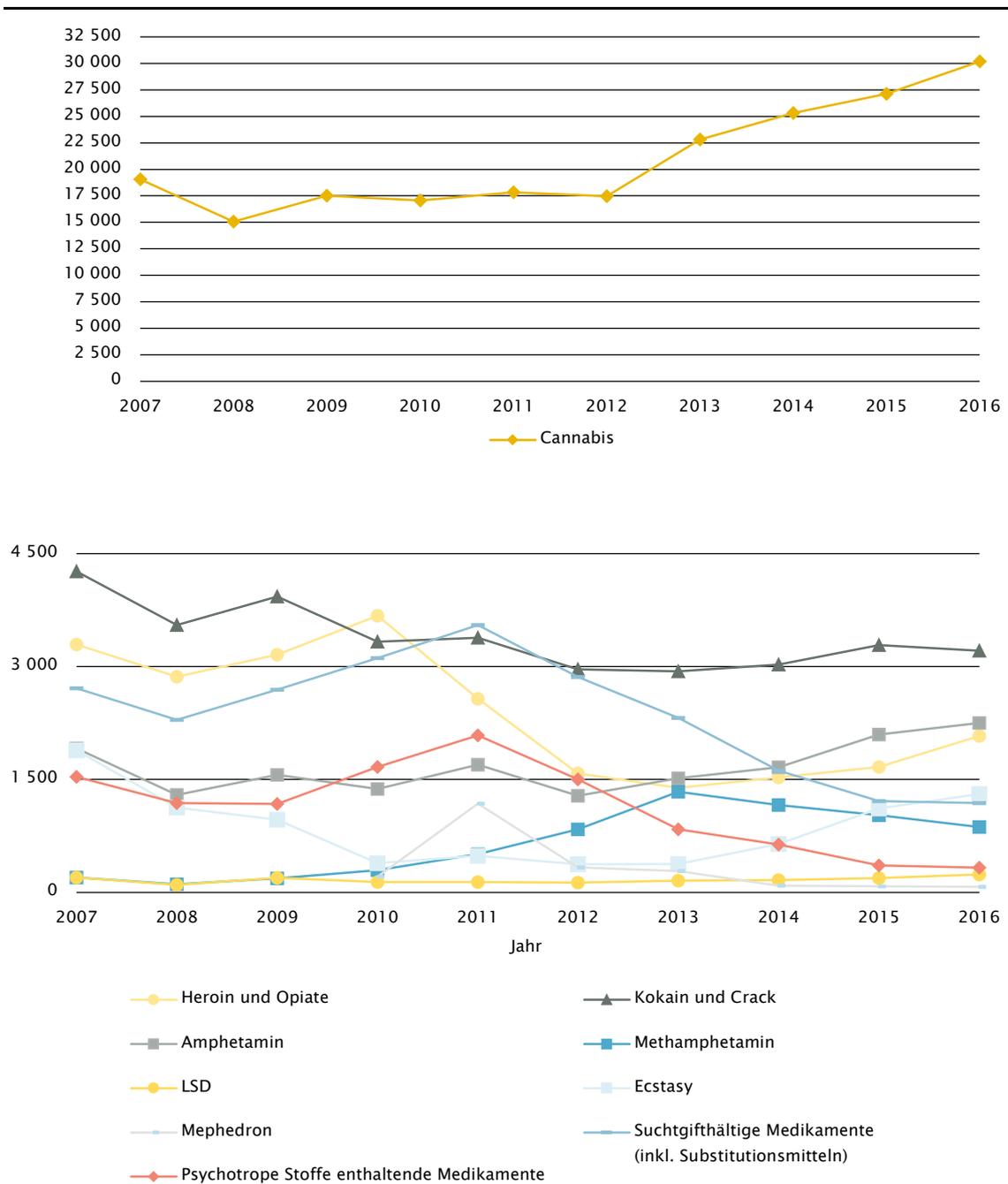
127

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

128

Gerundete Zahlen

Abbildung 7.4:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes, 2007–2016



Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.
Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Bemerkenswerte Trends oder wesentliche Entwicklungen betreffend Organisation, Koordination und Implementierung von Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Neben den in Abschnitt 7.2.3 beschriebenen nationalen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots in Österreich wird vermehrte Aufmerksamkeit auf Deep Web¹²⁹ und Darknet gelegt. Um den neuen Herausforderung des Drogenhandels im Darknet gerecht zu werden, übernahm Österreich im Jahr 2015 den Vorsitz des von der EU geförderten Projekts „Joint investigation to combat drug trafficking via the virtual market (darknet) within and also into the EU“. Zusätzlich wird mit dem im Dezember 2016 gestarteten Projekt „Joint investigation to fight trafficking in drugs and firearms with the main focus on international airports within and also into the EU“ mit den Partnerländern Kosovo und Tschechische Republik, das illegalen internationalen Drogen- und Waffenhandel bzw. -schmuggel bekämpft. Des Weiteren bestehen Kooperationen auf internationaler Ebene, beispielsweise mit Interpol, Europol und dem Netzwerk der Vereinten Nationen. (Stadler p. M., 2016, BMI 2017).

Für die Jahre 2014 bis 2016 sind Daten über Anzeigen und Beschlagnahmen im Zusammenhang mit Substitutionsmedikamenten verfügbar (Mader p. M.). Laut BMI sank die Anzahl der betreffenden Anzeigen von 1.389 im Jahr 2014 auf 1.056 im Jahr 2016. Die Mehrzahl davon betraf den unerlaubten Umgang mit Suchtgiften (§ 27 SMG; im Jahr 2016: 987). Ein geringer Teil wurde als Verbrechen eingestuft (§ 28 SMG; im Jahr 2016: 69). In Tabelle 7.8 wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch die beschlagnahmte Menge der Jahre 2014 bis 2016 dargestellt. Auch hier ist ein Rückgang sowohl der Menge als auch der Anzahl zu sehen. Die Daten bestätigen, dass einerseits jedes Substitutionsmedikament auch auf dem Schwarzmarkt zu finden ist, dass aber andererseits die gesetzten Maßnahmen zur Verringerung dieses Phänomens zu greifen scheinen (vgl. Weigl et al. 2014). Zu berücksichtigen ist, dass lediglich ein Bruchteil der insgesamt verschriebenen Menge am Schwarzmarkt sichergestellt wurde (2013: 0,1 Prozent; vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

129

Mit Deep Web (auch Hidden Web oder Invisible Web bzw. Verstecktes Web) wird der Teil des World-Wide-Web bezeichnet, der bei einer Recherche über normale Suchmaschinen nicht auffindbar ist. Es besteht zu großen Teilen aus themenspezifischen Datenbanken (Fachdatenbanken) und Webseiten. Zusammengefasst handelt es sich um Inhalte, die nicht frei zugänglich sind, und/oder Inhalte, die nicht von Suchmaschinen indexiert werden oder die nicht indexiert werden sollen.

Tabelle 7.8:

Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl, 2014–2016

Wirkstoff	Jahr 2014		Jahr 2015		Jahr 2016	
	Menge (Stk.)	Anzahl der Sicherstellg.	Menge (Stk.)	Anzahl der Sicherstellg.	Menge (Stk.)	Anzahl der Sicherstellg.
Codein	112	16	221	14	141	14
Buprenorphin	511	80	742	95	488	69
Levomethadon	–	–	–	–	7	2
Methadon	578	13	74	14	71	16
Morphin retard	3.739	552	3.343	505	2.602	456
Gesamt	4.940	661	4.380	628	3.309	557

Stk. = Stück; Sicherstellg. = Sicherstellung

Quelle: Mader p. M.

7.4 Neue Entwicklungen

Im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im BMI/.BK wurde im März 2015 eine Taskforce eingerichtet, die sich mit illegalem Suchtmittelhandel im Darknet beschäftigt. Seit ihrer Gründung wurden in Österreich 697 Personen angezeigt. Diese hatten 123 kg Suchtgift und 78.000 Ecstasy-Tabletten im Darknet erworben, eingeführt und größtenteils weiterverkauft. Davon konnte 159 Personen der gewerbsmäßige Handel mit großen Mengen nachgewiesen werden. Bei 181 Hausdurchsuchungen wurden 35 kg Suchtgift und 4.500 Ecstasy-Tabletten sichergestellt. Die meisten Bestellungen von Suchtgift gab es in Oberösterreich (knapp 32 %), gefolgt von Wien (21 %), der Steiermark (12,5 %) und Niederösterreich (10 %; BMI 2017).

Im August 2016 wurde von der Taskforce *Darknet* die Operation „Porto“ eingerichtet. Ermittlungen haben ergeben, dass ein Großteil der im Darknet verkauften Drogen in den Niederlanden hergestellt und verkauft wird. Anschließend werden die abgepackten Sendungen in Deutschland von Mittelsmännern per Post verschickt. Da die Pakete in die ganze Welt versendet werden, wurden an internationalen Flughäfen in Deutschland Postsendungen überprüft und sichergestellt. Bisher wurden in Deutschland etwa 6.000 Postsendungen mit insgesamt 170 kg Suchtgift aufgegriffen (BMI 2017).

7.5 Zusätzliche Information

In den Jahren 2015 und 2016 wurden im Rahmen eines KIRAS-Projekts zu virtuellem Drogenhandel (Projekttitel: VIDRO) Interviews mit Drogenkonsumierenden über ihre Erfahrungen mit dem Kauf von Drogen im Internet geführt (Schmutterer 2016).

7.6 Quellen und Methodik

Quellen

Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), das auch die Daten zu Anzeigen, Preisen und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von *checkit!*¹³⁰, MDA basecamp¹³¹ und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)¹³². Zahlen zu Anzeigen wegen Suchtgift und Alkohol im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar (vgl. dazu auch Kapitel 2 sowie Kapitel 11 aus GÖG/ÖBIG 2011 und GÖG/ÖBIG 2008).

Für das Projekt VIDRO wurden im Zeitraum Oktober 2015 bis Dezember 2016 insgesamt 18 leitfadenbasierte Face-to-Face-Interviews mit Drogenkonsumierenden zu ihren Erfahrungen mit dem Kauf von Drogen im Internet durchgeführt. Die Interviewten wurden über unterschiedliche Wege rekrutiert: über Einrichtungen der Suchthilfe Wien, über eine Apotheke, über eine Psychotherapeutin, über den erweiterten Bekanntenkreis der Studienmitarbeiter/innen sowie über einen Aufruf zur Teilnahme über die Facebook-Seite der Drogenhilfeeinrichtung *checkit!*.

Studien

Schmutterer, Irene (2016). Face-to-Face-Interviews zu Erfahrungen mit dem Kauf von Drogen im Internet. Ergebnisbericht. Im Auftrag von VICESSE. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien

130

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, Festivals etc.) an.

131

Das *MDA basecamp* bietet als Teil der Drogenarbeit Z6 und in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck und *checkit!* u. a. mobile Drogenarbeit und *Drug Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

132

Die österreichische *Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit* (AGES) analysierte bis zum Inkrafttreten des NPSG am 1. 1. 2012 im Auftrag des BMG u. a. regelmäßig Produkte, die in sogenannten „Head Shops“ vertrieben wurden. Seither analysiert die AGES im Bedarfsfall von Polizei und Zoll sichergestellte Substanzen.

7.7 Bibliographie

- BMI (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMI (2016a). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMI (2016b). JICDT – VM. Darknet Project.
http://www.bmi.gv.at/cms/BK/publikationen/files/27102016_Web_Darknet_25_10_16.pdf
[14.7.2017]
- BMI (2017). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2016. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- Drogenarbeit Z6 (2017). Tätigkeitsbericht 2016. Innsbruck.
- EMCDDA (2013). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug squads: units specialized in drug law enforcement in Europe, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- GÖG/ÖBIG (2008). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Schmutterer, I. (2016). Face-to-Face-Interviews zu Erfahrungen mit dem Kauf von Drogen im Internet. Ergebnisbericht. Im Auftrag von VICESSE. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- SHW (2017). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2016. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

7.8 Zitierte Bundesgesetze

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

BGBI. 1960/159. Bundesgesetz vom 6. Juli 1960, mit dem Vorschriften über die Straßenpolizei erlassen werden (Straßenverkehrsordnung 1960 – StVO)

BGBI I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)

BGBI. I 1997/120. Führerscheingesetz (FSG)

7.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Mader, Christian	Bundesministerium für Inneres
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres
Schranz, Karin	Bundesministerium für Inneres
Stadler, Gerhard	Bundesministerium für Inneres

7.10 Anhang

Tabelle A7. 1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz,
nach Ersttätern und Wiederholungstätern, 2007–2016

Anzeigen**	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Anzeigen insgesamt	24.166	20.043	22.729	23.853	25.892	23.797	28.227	30.250	32.907	36.235
Ersttäter	16.053	13.634	14.893	19.409	21.828	19.683	22.979	24.660	17.570	22.715
Wiederholungstä- ter	7.569	5.990	7.258	3.681	3.247	3.107	3.688	3.717	13.235*	10.741

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines österreichweit möglichen Vergleichs aller relevanten Datenfelder, wodurch eine verbesserte und genauere Erfassung der entsprechenden Daten – allerdings auch ein Zeitreihenbruch – gegeben ist.

** alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe
Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland, 2007–2016

Bundesland	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	1.008	871	953	716	801	687	844	773	855	895
Kärnten	1.408	1.153	1.372	1.522	1.422	1.165	1.460	1.961	1.607	1.646
Niederösterreich	3.464	2.583	3.165	2.978	2.917	2.683	3.134	3.629	4.019	4.153
Oberösterreich	3.786	3.245	3.908	3.660	3.590	3.547	4.446	5.009	5.104	6.006
Salzburg	1.116	1.015	1.096	1.099	1.431	1.145	1.350	1.502	1.755	2.106
Steiermark	1.929	1.372	1.669	1.607	1.878	1.879	2.465	3.266	3.246	3.363
Tirol	2.454	1.982	2.555	2.692	3.095	2.570	3.929	3.502	3.917	3.987
Vorarlberg	1.153	976	1.027	1.143	1.092	1.392	1.251	1.385	1.304	1.498
Wien	6.611	5.883	6.056	7.001	7.903	7.435	8.597	8.647	10.704	12.203
Anzeigen gesamt	22.929	19.080	21.801	22.418	24.129	22.503	27.476	29.674	32.511	35.857

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland, 2010–2016

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	19	30	14	3	7	3	2
Kärnten	25	44	29	36	44	33	12
Niederösterreich	97	124	88	71	43	45	27
Oberösterreich	180	249	229	98	86	32	49
Salzburg	31	31	22	23	5	8	7
Steiermark	41	49	54	26	14	10	10
Tirol	99	80	75	58	52	51	34
Vorarlberg	39	61	25	20	28	9	29
Wien	904	1.095	758	406	287	187	178
Anzeigen insgesamt	1.435	1.763	1.294	741	566	378	348

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 4:

Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland, 2012–2016

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016
Burgenland	5	4	3	0	2
Kärnten	3	5	5	0	7
Niederösterreich	25	32	25	16	16
Oberösterreich	10	9	8	11	13
Salzburg	9	3	5	0	4
Steiermark	15	35	15	11	13
Tirol	12	19	40	6	4
Vorarlberg	2	6	7	2	9
Wien	12	15	5	2	10
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48	78

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel, 2007–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis	19.063	15.063	17.513	17.066	17.836	17.461	22.798	25.309	27.127	30.184
Heroin und Opiate	3.294	2.865	3.157	3677	2.575	1.582	1.390	1.529	1.666	2.077
Kokain und Crack	4.263	3.551	3.930	3332	3.383	2.963	2.936	3.026	3.287	3.211
Amphetamin	1.914	1.296	1.562	1.375	1.696	1.283	1.517	1.663	2.097	2.253
Methamphetamin	198	109	187	294	510	837	1.337	1.159	1.026	869
LSD	196	101	193	137	138	129	155	163	189	238
Ecstasy	1.889	1.127	966	388	485	375	378	642	1.115	1.307
Mephedron	–	–	–	209	1.179	331	285	89	82	75
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Sub- stitutionsmittel)	2.714	2.294	2.693	3.113	3.552	2.864	2.317	1.616	1.213	1.186
Sonstige Suchtgifte*	323	263	363	185	160	143	164	260	232	381
Psychotrope Substanzen	20	13	16	37	58	35	59	62	46	37
Psychotrope Medikamente	1.535	1.185	1.174	1.666	2.086	1.502	837	637	359	330
Drogenausgangsstoffe	2	12	1	3	4	8	18	15	13	8

– Daten nicht verfügbar

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 6:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2016

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	825	1.325	3.641	5.045	1.828	3.083	3.747	1.288	9.402	30.184
Heroin und Opiate	23	196	208	345	43	25	15	130	1.092	2.077
Kokain und Crack	30	258	231	302	182	131	367	195	1.515	3.211
Amphetamin	87	64	280	742	229	245	223	87	296	2.253
Methamphetamin	62	17	160	266	32	23	45	21	243	869
LSD	18	11	61	44	10	12	34	12	36	238
Ecstasy	48	93	125	241	112	225	131	68	264	1.307
Mephedron	2	8	3	14	2	38	2	0	6	75
Suchtgifthältige Medika- mente (inkl. Substitutions- mittel)	14	56	94	298	77	50	43	39	515	1.186
Sonstige Suchtgifte*	14	25	65	73	22	57	31	18	76	381
Psychotrope Substanzen	0	0	5	12	3	2	3	8	4	37
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	2	13	22	41	4	8	35	24	181	330
Drogenausgangsstoffe	0	0	4	3	0	0	0	0	1	8

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Gesamtanzahl von der Summe der Anzeigen.

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 7:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2007–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	5.732	5.050	5.733	6.195	6.750	7.137	10.139	11.914	13.879	16.697
Cannabispflanzen	-	-	-	-	-	-	-	-	-	508
Heroin	765	673	901	1.048	640	393	346	428	605	677
Kokain	1.087	936	984	946	970	912	992	1.078	1.190	1.315
Amphetamin	319	262	347	352	383	348	496	613	784	828
Methamphetamin	61	37	53	114	162	259	363	317	304	334
LSD	39	20	39	43	41	47	39	61	69	90
Ecstasy	250	181	131	63	90	113	119	212	357	455
Mephedron				73	125	36	54	11	12	8
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmittel)	1.234	1.015	1.121	1.456	1.712	1.435	1.129	742	704	655
Sonstige Suchtgifte*	92	58	79	72	67	65	88	120	127	176
Psychotrope Substanzen	10	1	2	13	23	22	30	26	18	21
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	1.019	843	697	993	1.268	888	495	417	242	251
Drogenausgangsstoffe	1	12	0	1	0	8	9	16	9	5
Substanzen nach NPSG**							424	220	256	

- Daten nicht verfügbar

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

** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz; Daten nur für 2013–2015 verfügbar

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 8:

Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge, 2007–2016

Suchtgift/Suchtmittel	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7
Cannabispflanzen (Stk.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24.166
Heroin (kg)	117,0	104,0	189,6	96	64,9	222,1	80,2	56,2	69,5	68,9
Kokain (kg)	78,1	78,38	53,2	241	139	64,6	24,7	31,0	119,6	86,4
Amphetamin (kg)	17,5	12,9	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9	66,6	87,6
Methamphetamin (kg)	1,9	0,1	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7	2,9	4,8
LSD (Trips)	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588	276	618	778	1.848	1.865
Ecstasy (Stk.)	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001	10.148	29.485
Mephedron (kg)	-	-	-	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0	0,2	0,02
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmittel	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343	4.820
Sonstige Suchtgifte (kg)*	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1	3,6	4,8
Psychotrope Substanzen (kg)	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5	15,4	0,18
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten (Stk.)	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5	3.697	4.325
Drogenausgangsstoffe***	0,17	22,16	0	1	0	2,8	149,7	135,1	2.223,2	6,65
Substanzen nach NPSG** (kg)							31,6	10,0	23,0	

- Daten nicht verfügbar
* Ab dem Jahr 2008 sind hier auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.
** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz; Gesicherte Daten sind nur für 2013–2015 verfügbar.
*** Drogenausgangsstoffe werden bis inklusive 2015 in Kilogramm und ab 2016 in Litern angegeben.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 9:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2007–2016

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben									
	2007 (n = 117)	2008 (n = 146)	2009 (n = 105)	2010 (n = 76)	2011 (n = 135)	2012 (n = 145)	2013 (n = 108)	2014 (n = 193)	2015 (n = 285)	2016 (n = 328)
MDMA	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3	82,1	89,0
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5	0,4	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,7	0,3
MDE und/oder MDA	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7	6,7	3,7
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,3
MDMA + diverse Mischungen*	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7	2,1	0,9
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0	1,1	0,3
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3	–3	–3	–3	–3	0,3
diverse Mischungen*	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1	4,9	3,7
<i>Neue Psychoaktive Substanzen</i> ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	–	–	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5	1,8	0,9

* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

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

² *Neue Psychoaktive Substanzen*

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für *Neue Psychoaktive Substanzen* inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 10:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristall-Form) gekauften Proben, in Prozent, 2007–2016

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy bzw. MDMA in Pulver-, Kapsel- oder Kristallform gekauften Proben									
	2007 (n = 27)	2008 (n = 31)	2009 (n = 25)	2010 (n = 91)	2011 (n = 163)	2012 (n = 222)	2013 (n = 290)	2014 (n = 224)	2015 (n = 152)	2016 (n = 166)
MDMA	81,5	87,1	69,6	51,6	82,2	80,2	78,3	82,6	85,5	84,3
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,7	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	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	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,4	0,0	1,3	0,6
MDMA + Amphetamin	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	11,1	0,0	4,3	7,7	5,5	1,4	1,0	1,8	2,6	1,8
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	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	0,9	0,0	0,0	0,7	0,6
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6
Koffein	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	3,2	21,7	0,0	1,2	–3	–3	–3	–3	–3
diverse Mischungen*	7,4	6,5	4,3	3,3	1,2	5,0	2,4	4,0	2,0	3,0
<i>Neue Psychoaktive Substanzen</i> ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	–	–	8,7	35,2	8,0	9,9	16,2	8,0	6,6	9,0

* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

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

² *Neue Psychoaktive Substanzen*

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für *Neue Psychoaktive Substanzen* inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 11:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2007–2016

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Speed gekauften Proben									
	2007 (n = 129)	2008 (n = 99)	2009 (n = 113)	2010 (n = 124)	2011 (n = 203)	2012 (n = 273)	2013 (n = 321)	2014 (n = 219)	2015 (n = 260)	2016 (n = 289)
Amphetamin	22,5	15,2	9,7	14,5	5,4	7,0	17,8	35,2	34,2	25,3
Amphetamin + Koffein	10,1	27,3	50,4	61,3	55,7	55,7	56,7	38,8	50,8	59,5
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	31,8	34,3	15,0	10,5	18,2	24,9	19,3	19,6	10,4	10,4
Methamphetamin	10,1	1,0	0,9	1,6	0,5	2,2	0,9	0,0	0,4	0,0
Koffein	1,6	3,0	8,8	1,6	7,9	0,4	0,6	0,0	0,0	0,7
MDMA	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,2	0,7
Diverse Mischungen*	23,3	14,1	14,2	7,3	5,4	5,5	2,5	2,7	2,3	2,1
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	0,8	2,0	0,9	0,8	1,0	-3	-3	-3	-3	0,3
Neue Psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	-	-	0,0	2,4	5,4	4,0	2,2	2,3	0,8	1,0

* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

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

² Neue Psychoaktive Substanzen

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für Neue Psychoaktive Substanzen inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	243
8.1	Zusammenfassung.....	243
8.2	Aktuelle Situation.....	244
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	244
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	248
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	248
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	252
8.3	Neue Entwicklungen.....	253
8.4	Quellen und Methodik.....	254
8.5	Bibliographie	255
8.6	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	258
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	258
8.8	Anhang.....	259

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 27 Justizanstalten mit zwölf Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.738 Haftplätzen (Stand Mai 2017) und sind fast zur Gänze belegt.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Zuständig sind hierfür Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, die die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Mit 1. April 2017 befanden sich fast zehn Prozent (872 Personen) der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung, was eine leichte Steigerung im Vergleich zum vorjährigen Stichtag darstellt (1. 4. 2016: 836 Personen). Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen/Insassen stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie des BMGF weist in Bezug auf die Basisversorgung von intravenös drogenkonsumierenden Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin.

Neue Entwicklungen

In den Justizanstalten wird vermehrt Augenmerk auf das Thema Infektionskrankheiten gerichtet. Zum einen wird nicht nur der HIV-Status der Insassinnen/Insassen erhoben, sondern auch der Tbc-, HBV- und HCV-Status. Weiters wird eine Genotypisierung der HCV vorgenommen und die Behandlung der HCV mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten in den Justizanstalten vorangetrieben (Winterleitner, p. M.).

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation

Überblick über die Gefängnisorganisation in Österreich

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Dem Bundesministerium für Justiz (BMJ) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. Die Vollzugsdirektion war bis 30. Juni 2015 als nachgeordnete Dienstbehörde operativ tätig. Mit 1. Juli 2015 wurde sie im BMJ durch die Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) ersetzt. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 2 StGB beinhaltet. Sie entspricht damit im Wesentlichen der Abteilung VD 2 der ehemaligen Vollzugsdirektion.

Die österreichischen Vollzugseinrichtungen bestehen aus 27 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit zwölf Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe¹³³. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.738 Personen. Der Insassenstand betrug im Mai 2017 insgesamt 8.991 Personen, wobei 8.286 Personen in Justizanstalten untergebracht waren. Diese setzen sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht waren (Untergebrachte), zusammen (vgl. auch Tabelle A8. 1 mit Stichtag 1. 4. 2017). Die restlichen 705 Insassinnen/Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest¹³⁴. Nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über die jeweilige Anzahl der Haftplätze und die Besonderheiten der einzelnen Anstalten. Dabei werden u. a. das mögliche Alter und Geschlecht der Insassinnen/Insassen sowie die Strafdauer angegeben, für die die einzelnen JA ausgelegt sind. Speziell auf die Suchtbehandlung von Insassinnen/Insassen ausgelegt sind die Justizanstalten Wien-Favoriten, Stein und Schwarzau (letztere nur für Frauen).

133

Seit 2015 wird eine bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe schrittweise eingeführt. Die Aufgaben, mit denen die Organe der Jugendgerichtshilfe von den Gerichten und der Staatsanwaltschaft betraut werden können, sind im § 48 Jugendgerichtsgesetz (JGG BGBl. 599/1988 idgF) normiert. Diese Aufgaben lassen sich im Wesentlichen in sechs Bereiche zusammenfassen: Verfassen von Jugenderhebungen für das Strafverfahren, Krisenintervention, Erstellen von Haftentscheidungshilfen, Mitwirkung am Tatausgleich oder Vermittlung gemeinnütziger Leistungen, Verteidigung in bezirksgerichtlichen Fällen, Betreuung von Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen (BMJ 2017).

134

https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung_des_insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html (1.6.2017)

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 1. August 2016

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	190	Männliche und weibliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein Außenstelle Grafenstein	378	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Gelockerter Vollzug und Freigängerhaus
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ)	122	Männliche Jugendliche und junge Erwachsene
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	165	Untergebrachte gemäß § 21 Abs. 1 StGB (geistig abnorme unzurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	421	Männliche Insassen; Freiheitsstrafen über 18 Monaten bis max. 6 Jahre, Freigängerhaus
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	269	Männer und Frauen; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	162	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarzau (NÖ)	196	Frauen und weibliche Jugendliche; geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gemäß § 21 Abs. 2 und § 22 StGB) Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslang; Kindergarten für bis zu 23 Kinder
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	Männliche Erwachsene; Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren 2 Freigängerhäuser
Justizanstalt St. Pölten (NÖ) Landesnervenklinikum Mostviertel	245	Männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha Abtl. Landesnervenklinikum Krems/Donau	787	Erwachsene Männer und Untergebrachte gemäß § 21 Abs. 2 und § 22 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher) Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang; Hochsicherheitsgefängnis und gelockerter Vollzug, Schwerpunkt Substitutionsbehandlung
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	211	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung
Justizanstalt Garsten (OÖ)	367	Männliche Strafgefangene, Untergebrachte gemäß § 21 Abs. 2 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Untersuchungshäftlinge
Justizanstalt Linz (OÖ) Außenstelle Asten Therapeutisches Zentrum Asten	531	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Männliche Untergebrachte gemäß § 21 Abs. 1 und 2 StGB
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	289	Männliche Strafgefangene; Strafzeit ab 18 Monaten; Freigängerhaus, Seniorenvollzug

Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen, Jugendliche, Untergebrachte gemäß § 429 Abs. 4 StPO Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Salzburg (S)	227	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Graz–Jakomini (St)	538	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Graz–Karlau (St) Außenstelle Lankowitz	522	Erwachsene Männer, Untergebrachte gemäß § 21 Abs. 2 StGB Freiheitsstrafen über 18 Monate, sehr hoher Sicherheitsstandard; Gelockerter Vollzug
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	495	Männliche, weibliche und jugendliche Insassinnen/Insassen; Untersuchungshaft und Strafhaft
Justizanstalt Feldkirch (V)	160	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Wien–Favoriten (W) Außenstelle Münchendorf	113	Männer und Frauen; Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen → Behandlung von Suchtmittel- und Alkoholabhängigen
Justizanstalt Wien–Josefstadt (W)	1057	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen
Justizanstalt Wien–Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf	150	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurech- nungsfähigen Rechtsbrechern (gemäß § 21 Abs. 2 StGB)
Justizanstalt Wien–Simmering (W)	452	Erwachsene Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre

Quelle: BMJ 2016a; Darstellung: GÖG

Nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹³⁵ der österreichischen Justizanstalten an sechs ausgewählten Stichtagen. Dabei wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten etwa sechs Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel, der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtsumme der Insassinnen und Insassen betrug bis 2010 etwa zwei Prozent. Der für das Jahr 2014 zwischenzeitlich beobachtete Rückgang dieses Werts auf etwa ein Prozent wird als eine der Auswirkungen des im Sommer 2013 eingesetzten und fortgeführten interdisziplinären Runden Tisches „Untersuchungshaft für Jugendliche – Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung“ gesehen (BMJ 2013a; BMJ 2015b). Aktuell ist der Anteil der jugendlichen Insassinnen/Insassen wieder im Steigen begriffen (2017: 1,6 %).

135

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Insassinnen und Insassen, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 und 2017 zum Stichtag 1. April

Insassinnen und Insassen	2008	2009	2010	2014	2016	2017
Männer	7.766	8.186	8.251	8.363	3.344	8.493
Frauen	482	522	562	541	523	513
Gesamt	8.248	8.708	8.813	8.904	8.867	9.006
davon Jugendliche	184	172	193	88	133	145
davon Personen in Untersuchungshaft	1.785	1.994	1.909	1.807	1.729	1.880

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

Quelle: Moser-Riebniger, Mika p. M.; Darstellung: GÖG

Informationen über Sozialmerkmale der Inhaftierten (wie etwa Ausbildungsstand oder berufliche Situation) können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) entnommen werden. Zusätzlich listet der Sicherheitsbericht des Justizministeriums (BMJ 2017) Daten aus dem sogenannten „Sozialarbeitermodul“ der integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) auf. Der Anteil fehlender Einträge an diesen Daten ist allerdings – trotz deutlicher Verbesserung in den letzten Jahren – weiterhin relativ hoch und verhindert in vielen Bereichen aussagekräftige Auswertungen über alle inhaftierten Personen. Daher werden die Auswertungen, wo nötig, auf ausgewählte Subgruppen bzw. Anstalten, in denen die Sozialarbeiter/innen die IVV besser nützen, eingeschränkt.

Die für das Jahr 2016 zur Verfügung stehenden Daten zur Wohnsituation¹³⁶ zeigen, dass die meisten Insassinnen/Insassen vor der Haft in Miete/Untermiete wohnten bzw. „Mitbewohner/innen“ (71 %) waren, 12 Prozent waren „unterstandslos“. Der Anteil derer, die in einer öffentlichen Einrichtung (bzw. in Bundesbetreuung) wohnten, also kein eigenes Zuhause hatten, betrug acht Prozent; Eigentum am Wohnobjekt gaben ebenfalls etwa acht Prozent an. Im Vergleich zu männlichen Insassen berichteten mehr Frauen, in einem Mietverhältnis zu leben, während mehr Männer angaben, „Mitbewohner“ zu sein.

Zur Bildungssituation liegen Daten nur von etwa der Hälfte der Insassinnen/Insassen mit österreichischer Staatsbürgerschaft vor. Betrachtet man alle Inhaftierten (unabhängig von der Staatsbürgerschaft), liegen Daten zum Bildungsabschluss von nur 36 Prozent vor. Rund zwei Drittel der Inhaftierten mit österreichischer Staatsangehörigkeit nennen als höchsten Schulabschluss einen Pflichtschulabschluss (34 % Hauptschulabschluss, 19 % Polytechnikum, 5 % Volksschule, 5 % Sonderschule). Ein Viertel (25 %) hat eine Berufsschule absolviert und rund zehn Prozent haben Matura oder einen höheren Abschluss. Im Vergleich dazu lag im Jahr 2012 der Anteil der Personen mit Matura und/oder Hochschulabschluss als höchstem Bildungsniveau österreichweit bei rund 30 Prozent, der Anteil jener mit Pflichtschulabschluss bei rund 19 Prozent. Beschränkt man die

136

Informationen zur Wohnsituation vor Inhaftierung sind nur bei 63 Prozent der Insassinnen/Insassen in der IVV vorhanden.

Auswertung der Variable „Bildung“ bei Österreichern/Österreicherinnen auf die drei Anstalten, in denen für mehr als vier Fünftel der Insassinnen/Insassen die höchste abgeschlossene Bildung erfasst ist (Wien–Favoriten (W), Feldkirch (V) und Sonnberg (NÖ)), liegt der Anteil der Pflichtschulabsolventinnen/–absolventen ebenfalls bei fast zwei Dritteln.

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums in Haft liegen nicht vor.

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ (Kapitel 11) des Berichts zur Drogensituation des Jahres 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) referiert. Zusätzlich finden sich diesbezügliche Angaben im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis im Jahr 2001“ (ÖBIG 2001). Aktuellere Informationen liegen weiterhin nicht vor.

Ergebnisse aus der PRIDE–Studie (Weltzien et al. o. J.), die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt, werden weiter unten berichtet.

8.2.3 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Seit Ende 2015 besteht in Österreich eine nationale Suchtpräventionsstrategie, die festhält, dass auch für die Suchtpolitik das Prinzip Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies, HiAP) gelten soll. Des Weiteren wird betont, dass suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen sind und Gesunderhaltung der Menschen, Schadensminimierung (harm reduction) und Behandlung Vorrang vor Sicherheits- und justiziellen Maßnahmen haben (vgl. Kapitel 1). Die Suchtpräventionsstrategie weist auch drauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsversorgung und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insb. die Versorgung von i.v. konsumierenden Inhaftierten mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Von Seiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinien vor, die die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U–Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015 a).

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl. 1969/144, StVG), in verschiedenen Erlässen und in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR) geregelt. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis mit Mitteln der öffentlichen Hand über das Bundesministerium

für Justiz (BMJ), die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016b).

Struktur der Interventionen

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen und Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung von suchtkranken Insassinnen/Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter – z. B. der Verein Dialog (vgl. GÖG/ÖBIG 2011) – tätig.

Formen der Intervention

Ausführliche Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Maßnahmen während der Haft können GÖG/ÖBIG 2011 entnommen werden. In den Justizanstalten bestehen unterschiedlichste Behandlungsangebote, wobei Erhaltungstherapie, Entzugstherapie, Unterstützung bei der Realisierung des Wunsches nach Abstinenz sowie Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten angeboten werden. Bei Antritt der Haft werden Care-Pakete an die Häftlinge ausgegeben, die u. a. Kondome und Informationsmaterial zu HIV, AIDS und Hepatitis enthalten. Im Sinne der Schadensminimierung sollte in Justizanstalten der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln sichergestellt sein (vgl. BMJ 1998b, 1998c), was nach Angaben einer europäischen Studie, die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt (Weltzien et al. o. J.; vgl. Abschnitt 8.4), nur in etwa der Hälfte der österreichischen Justizanstalten der Fall ist. Damit werden national (meist in Form von Erlässen) bzw. international vorgegebene Richtlinien nicht in allen Justizanstalten Österreichs umgesetzt. Während antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) in allen 27 Justizanstalten angeboten wird, sind Tests auf Infektionskrankheiten in zwei Dritteln der Anstalten verfügbar. Zusätzlich melden weniger als die Hälfte der JA die Verfügbarkeit von Informationen zur Postexpositionsprophylaxe. Systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen, Spritzenaustauschprogramme und vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. In der Studie wurde angeregt, mehr Bewusstsein für schadensminimierende Maßnahmen zu entwickeln und in Form von Ausbildungen zu fördern. Des Weiteren zeigte die Studie, dass innerhalb der Gefängnisse nur eine geringe Zahl von Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) tätig war und im Vergleich zu anderen Ländern nur wenige NGO im Rahmen der Schadensminimierung aktiv sind. Das könnte mit ein Grund für das fehlende Netzwerk zwischen Haft und NGO darstellen. Die Studie hält jedoch fest, dass die im Folgenden angeführten Leitlinien (BMJ 2015a) u. a. dazu beitragen sollen, das Bewusstsein des Gefängnispersonals dahingehend zu heben, Sucht als Krankheit anzusehen und zwischen den unterschiedlichen Formen von Drogentests (vollzuglich vs. therapeutisch) zu unterscheiden.

Um den Gesundheitszustand zukünftiger Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015a) folgend werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch/diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist nicht mehr länger der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt überlassen, sondern ist in allen Justizanstalten Inhalt einer Standardfrage, die gemäß einer Checkliste zu stellen ist (vgl. BMJ 2015a). Für jede/n suchtkranke/n Insassin/Insassen ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der auch die individuellen Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden. Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im IVV-Ordnungsstrafmodul der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin bzw. des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt verständigt werden (BMJ 2015a).

Die Leitlinien bieten zudem Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen einer Kooperation mit dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt die Möglichkeit, suchtkranken Insassinnen/Insassen frühzeitig eine Psychotherapie anzubieten. Dies trägt vor allem im Zuge der Vorbereitung zur Haftentlassung zu einem geregelten Übergang zu einer Therapie/Behandlung außerhalb der JA bei. Der Verein *Dialog* kooperiert bspw. mit der JA Simmering (Wien), in der Steiermark gibt es derartige Kooperationen zwischen dem Verein b.a.s. und den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini wie auch der Drogenberatung des Landes Steiermark und der JA Graz-Jakomini (Verein Dialog 2017, Horvath et al. 2017).

Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der Verein *Dialog* seit 1999 in den beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ)¹³⁷ für Insassinnen/Insassen tätig. Der *Verein Dialog* betreute dort im Jahr 2016 insgesamt 2.145 Klientinnen/Klienten (2015: 1.738) und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2017). In der Steiermark dient der von *Kontaktladen* und *Streetwork* im Drogenbereich angebotene Besuchsdienst zu Klientinnen/Klienten in Haft (2016: 159 Haftbesuche in der Einzelfallhilfe) der psychosozialen Ansprache und der Planung für die Zeit nach der Haft (Caritas Diözese Graz-Seckau 2017). Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten (Schabus-Eder p. M.)

137

Insgesamt gibt es in Österreich 18 Polizeianhaltezentren (PAZ) – das sind Gefängnisse, die sich unter Verwaltung des Bundesministeriums für Inneres (BMI) befinden. In den PAZ wird – im Gegensatz zu Justizanstalten – keine Straftat vollzogen. Sie dienen vorwiegend der Unterbringung von Schub- und Verwaltungsstrafhäftlingen und werden stärker frequentiert als JA, wobei die durchschnittlichen Anhaltezeiten relativ kurz bleiben (Hofinger, Pilgram o. J.; Verein Dialog 2015).

Maßnahmen zur Überlebenshilfe, wie bspw. entsprechende Naloxon-Programme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen, werden vor der Haftentlassung in den Justizanstalten nicht angeboten.

Die Anzahl der Personen, die sich während der Haft einer anderen drogenbezogenen Behandlung als der Substitutionsbehandlung unterziehen (wollen) bzw. keine Substitutionsbehandlung erhalten (wollen), ist nicht bekannt. Somit ist auch unklar, in welchem Verhältnis diesbezüglich angebotene Maßnahmen und der tatsächliche Bedarf stehen. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren. Angaben zu drogenfreien Zonen in Justizanstalten können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) entnommen werden.

Ausmaß der Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015a). Zum Stichtag 1. 4. 2017 erhielten insgesamt 872 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was 9,7 Prozent der Insassinnen/Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8. 2). Dies bedeutet eine leichte Steigerung im Vergleich zu den 836 Personen am Stichtag 1. 4. 2016. Österreichweit wird in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Die höchsten Zahlen mit fast 39 Prozent der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung bestehen in der Justizanstalt Wien-Favoriten, die allerdings eine Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen ist. Danach folgten die JA Wien-Josefstadt (14 %) und Wien-Simmering sowie Krems-Stein (etwa 13 % in Substitutionsbehandlung). Etwa elf Prozent der Insassinnen/Insassen waren zum Stichtag in den Justizanstalten Feldkirch, Hirtenberg, Suben und Wiener Neustadt in Substitutionsbehandlung. Die niedrigsten Zahlen für Personen in Substitutionsbehandlung wiesen die JA Göllersdorf und Leoben (jeweils etwa 2,4 %) sowie die JA Krems (4 %) und die JA Eisenstadt (etwa 4,7 % in Substitutionsbehandlung) auf. Zwei Personen waren zum Stichtag in der JA Wien-Mittersteig (Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen, zurechnungsfähigen Rechtsbrechern) und eine Person war in der JA für Jugendliche in Gerasdorf in Substitutionsbehandlung (Mika p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind Methadon (38,4 % der Substitutionsbehandlungen), Substitol (18,6 %) und Suboxone (15,4 %), L-Polamidon (11,2 %) sowie (Subutex) Buprenan (10,1 %) (Mika p. M.; vgl. Tabelle A8. 2). Damit wird im Gefängnis Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb (vgl. Kapitel 5).

Weitere Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Interventionen während der Haft werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ (Kapitel 11) des Berichts zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) ausführlich dargestellt.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Die bereits in Abschnitt 8.2.3 angesprochenen Leitlinien bzw. Richtlinien werden zum größten Teil in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015a; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien sind in allen Justizanstalten Österreichs umzusetzen, beinhalten u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung dar. In diesen Leitlinien wird einerseits die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren, woraus der Anspruch der betroffenen Personen resultiert, innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu erhalten – es gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹³⁸. Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. Anstelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung nach Rückfällen¹³⁹ suchtkranker Personen, die aus suchtmmedizinischer Sicht Teil des Krankheitsbildes sind, soll nicht strafend, sondern in erster Linie im Sinne der therapeutischen Zweckmäßigkeit reagiert werden. Die in den Leitlinien angeführten Standards wurden zum Großteil bereits im Jahr 2014 als Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung für suchtkranke Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG entwickelt¹⁴⁰ (BMJ 2014). Diesen Standards folgend, die auch unterschiedliche Stadien der Haft (Einlieferung/Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) behandeln, hat jede Justizanstalt ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus Fachdiensten (ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, sozialer und pädagogischer Dienst) der jeweiligen JA zu etablieren/organisieren. Suchtspezifisch/diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) sind zeitnah zur Aufnahme zu erheben. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Haftantritt werden bestehende Substitutionsbehandlungen weitergeführt (vgl. auch Abschnitt 8.2.3).

138

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

139

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

140

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen bzw. die mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des BMJ die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten (BMJ 2005a), in denen in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden. Ebenfalls im Rahmen von Erlassen wurden Informationsbroschüren zu den Themen Hepatitis, HIV/AIDS in Haft (BMJ 2013b, BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c) oder betreffend die Aus- und Fortbildung für Insassinnen/Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Richtlinien und Empfehlungen für die postexpositionelle Prophylaxe von HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999). Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Lt. Winterleitner werden seit 2013 verpflichtende Screening-Untersuchungen auf HCV bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden getestet (Winterleitner p. M.).

Eine unter der Ägide des BMGF erstellte Leitlinie zur Opioid-Substitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 5; ÖGABS et al. 2017).

8.3 Neue Entwicklungen

In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Agentur für Ernährungssicherheit (AGES) läuft seit 2016 in den Justizanstalten eine Erhebung hinsichtlich der Prävalenz von Infektionskrankheiten mit einem Augenmerk auf Tbc, aber auch auf die drogenassoziierte Infektionskrankheiten HIV, HCV und HBV. Im Berichtszeitraum kamen in den Justizanstalten die neuen direkt antiviral wirkenden HCV-Medikamente zur Behandlung der Hepatitis C zum Einsatz, zusätzlich zum Screening auf HCV wird auch die Genotypisierung vorangetrieben. Entsprechende Ergebnisse werden voraussichtlich Ende 2017 veröffentlicht (Winterleitner p. M.).

Große Teile der legislativen Vorschläge des genannten Runden Tisches, aber auch Vorschläge aus Reformkreisen und aus Lehre und Praxis greift die Änderung des Jugendgerichtsgesetzes (JGG-ÄndG) auf, die mit Beginn 2016 in Kraft trat (BGBl I Nr. 2015/154) und sich als (weitgehende) Umsetzung der entsprechenden Punkte des Regierungsprogramms versteht (BMJ 2016). Eine bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe wurde ab 2015 schrittweise eingeführt. Im Sinne der Qualitätssicherung wurden bundesweit einheitliche Standards entwickelt, gemeinsam mit der Familiengerichtshilfe entstand ein eigenes Register. Im Berichtszeitraum erhielt die Jugendgerichtshilfe insgesamt 3.479 Erhebungsaufträge, in 3.124 Fällen wurden Vorschläge über notwendige Maßnahmen unterbreitet, wobei in 131 Fällen die Weisung „Drogentherapie“ angeregt wurde (BMJ 2017).

Die unter der Ägide des BMGF von nationalen Experten und Expertinnen erstellte Leitlinie zu den Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie (vgl. Kapitel 5) befasst sich am Rande mit der Behandlung von Substitutionspatienten/-patientinnen in Haft und verweist hier u. a. auf die Leitlinie des BMJ zum Umgang mit Suchtkranken im Strafvollzug (BMJ 2015a). Betont werden in diesem Zusammenhang die oftmals schwierigen Behandlungsbedingungen in der Haft – u. a. wegen der hohen Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen unter den Insassinnen/Insassen –, die reduzierten medizinischen und therapeutischen Ressourcen und die belasteten Arzt-Patient-Beziehungen. Auch ein Bedarf an qualifizierten Aus- und Weiterbildungen des Personals und die Wichtigkeit der zum Teil schon gelebten intensiven Vernetzung mit externen Einrichtungen der Suchthilfe werden hervorgehoben (ÖGABS et al. 2017).

Die Volksanwaltschaft macht in einem Bericht an den Nationalrat und Bundesrat zur präventiven Menschenrechtskontrolle auf die notwendige Expertise zu suchtkranken Minderjährigen in Justizanstalten aufmerksam. Besonders *„zur Durchführung der Substitutionsbehandlung als auch [sic] zur Indikationsstellung der Substitutionstherapie bei minderjährigen Inhaftierten ist jedenfalls die Expertise einer Fachärztin bzw. eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie einzuholen.“* (S.114). Positiv hervorgehoben wird der Lehrgang „Jugendvollzug“ des BMJ für Bedienstete der Justizwache, der sich auch mit den Themenbereichen psychiatrische Krankheitsbilder und Suchtproblematik bei Jugendlichen befasst (Volksanwaltschaft 2017).

Neue psychoaktive Substanzen spielen derzeit im Vollzug nur eine untergeordnete Rolle (Winterleitner p. M.).

Derzeit besteht österreichweit das Problem, dass (suchtkranke) Haftentlassene nicht umgehend einen aufrechten Versicherungsschutz haben. Dies ist vor allem im Kontext einer Substitutionsbehandlung problematisch. Für Wien wird derzeit ein Prozess ausgearbeitet, der einen umgehenden Versicherungsschutz nach Haftentlassung ermöglichen soll (SDW 2017).

Weitere Änderungen, die sich im Bereich der rechtlichen Rahmenbedingungen ergeben haben, können Kapitel 2 entnommen werden.

8.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des Bundesministeriums für Justiz, Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe.

Studien

Die Studie „PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison“, deren Ergebnisse der Abschnitt 8.2.3 präsentiert, wurde im Rahmen des Projekts „CARE – Quality and Continuity of Care for Drug Users in Prisons“ 2013–2014 durchgeführt, von der Fachhochschule Frankfurt/Main koordiniert und vom Programm „Drogenprävention und Information der Europäischen Union“ kofinanziert (Weltzien et al. o. J.). Das CARE-Projekt zielte darauf ab, Daten und Wissen zum Drogengebrauch und damit zusammenhängende Risiken in Haft zu sammeln und zu verbreiten. Auch Schadensminimierung, Prävention von Überdosierungen und Reintegration nach der Entlassung wurden behandelt. Die Erhebung wurde in Österreich, Belgien, Dänemark und Italien durchgeführt. Das Ziel war, Daten zum Risikoverhalten bezüglich Infektionen und anderer drogenbezogener Gesundheitsrisiken im Gefängnis zu erheben und zu dokumentieren, inwieweit die dort verfügbaren Leistungen bestehenden (inter)nationalen Richtlinien folgen. In den verwendeten Fragebogen wurde die Verfügbarkeit von Präventionsmaßnahmen bezüglich Infektionen in allen Gefängnissen innerhalb von zehn Untergruppen (z. B. Substitutionsbehandlung, Spritzentausch, Verfügbarkeit von Kondomen/Gleitmitteln etc.) erfasst. Die Erhebung wurde von Juli 2013 bis Jänner 2014 durchgeführt, der Fragebogen wurde den Gefängnisverwaltungen übermittelt mit der Bitte, diesen an die medizinischen Abteilungen weiterzuleiten. Die Einhaltung (inter)nationaler Richtlinien sowie die Verfügbarkeit der schadensminimierenden Maßnahmen wurden mit Hilfe eines Punktesystems bewertet. An der Studie nahmen alle 27 österreichischen Justizanstalten teil, 19 davon retournierten einen vollständig ausgefüllten Fragebogen.

Die in Abschnitt 8.2.2 referierten Daten beziehen sich auf das von Eisenbach–Stangl und Spirig (2010) durchgeführte Forschungsprojekt *Senior Drug Dependents and Care Structures*, das aus Mitteln der EU gefördert wurde. Ziel des Projekts war, das Wissen über die Lebenssituation von älteren drogenabhängigen Frauen und Männern zu verbessern und Grundlagen für deren Versorgung im Alter auszuarbeiten. Das Projekt wurde zwischen 2008 und 2010 in vier Ländern durchgeführt (Deutschland, Österreich, Polen und Schottland). Im österreichischen Projekt kooperierten das *Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung* und das *Schweizer Haus Hadersdorf*. Das Projekt besteht aus fünf lose verbundenen Teilstudien, wobei für den vorliegenden Bericht die zweite Teilstudie relevant ist. Im Rahmen dieser Teilstudie fanden qualitative Interviews statt, u. a. mit 19 älteren Suchtkranken (definiert als Opioidkonsumentinnen und –konsumenten von 35 Jahren und älter) in der JA Wien–Favoriten und im Schweizer Haus Hadersdorf (stationäre Behandlungseinrichtung in Wien).

8.5 Bibliographie

BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV–Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998.

- BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS/Hepatitis C Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18–v.1/1998.
- BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes “Take Care” betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35–V.1/1998.
- BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die “Postexpositionelle Prophylaxe” (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999.
- BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ–E52203/0001–V 1/2005.
- BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien.
- BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien.
- BMJ (2012). Aus- und Fortbildung für Insassen. BMJ–VD48601/0007–VD 2/2012.
- BMJ (2013a). Untersuchungshaft für Jugendliche. Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung. Abschlussbericht des runden Tisches. Oktober 2013.
- BMJ (2013b). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema “Hepatitis, HIV/AIDS in Haft”. BMJ–VD52202/0007–VD 2/2013.
- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß §22 StGB und §68a StVG. BMJ–41902/0002–VD 2/2014.
- BMJ (2015a). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U–Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ–VD 52203/0004–VD2/2014. Wien.
- BMJ (2015b). Sicherheitsbericht 2014. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMJ (2016a). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. August 2016. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMJ (2016b). Sicherheitsbericht 2015. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.

- BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über den Straf- und Maßnahmenvollzug. Auszug aus dem Sicherheitsbericht 2016. Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- Caritas Diözese Graz–Seckau (2017). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2016. Graz.
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Members States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)
- Eisenbach–Stangl, I., Spirig, H. (2010). Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Hofinger, V., Pilgram, A. (o. J.). Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Puhm, A., Schmutterer, I., Strizek, J., Tanios, A. (2017). Steirischer Suchtbericht 2017. Im Auftrag der Abt. 08 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien. In Vorbereitung
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS), Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM), Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP), Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- SDW (2017). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2017“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Spirig, H., Gegenhuber, B., Malfent, D. (2010): Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich. In: Eisenbach–Stangl, I., Spirig, H.

(2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien.

Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. Verein Dialog. Wien.

Verein Dialog (2017). Jahresbericht 2016. Verein Dialog. Wien.

Volksanwaltschaft (2017). Bericht der Volksanwaltschaft an den Nationalrat und an den Bundesrat 2016 – Präventive Menschenrechtskontrolle. Volksanwaltschaft. Wien

Weltzien, N., Moser-Riebniger, A., Weihen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria.

8.6 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

JGG BGBl 599/1988 v. 20. Oktober 1988 über die Rechtspflege bei Straftaten Jugendlicher und junger Erwachsener (Jugendgerichtsgesetz 1988 – JGG)

JGG-ÄndG BGBl I 2015/154 v. 28. Dezember 2015. Bundesgesetz, mit dem das Jugendgerichtsgesetz 1988, das Strafgesetzbuch und das Bewährungshilfegesetz geändert werden, und mit dem ein Bundesgesetz zur Tilgung von Verurteilungen nach §§ 129 I, 129 I lit. b, 500 oder 500a Strafgesetz 1945 sowie §§ 209 oder 210 Strafgesetzbuch erlassen wird (JGG-ÄndG 2015)

StGB BGBl. 60/1974 v. 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB)

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

8.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mika, Claudia	Bundesministerium für Justiz
Moser-Riebniger, Andrea	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Bundesministerium für Justiz
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Land Salzburg

8.8 Anhang

Tabelle A8. 1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2017

Haftart	Männlich				Weiblich				Gesamtstand	
	Erwachsene	Junge Erwachsene	Jugendliche	Insgesamt	Erwachsene	Junge Erwachsene	Jugendliche	Insgesamt	Summe	Anteil
Strafhaft	5.324	252	57	5.633	293	4	2	299	5.932	65,87 %
Untersuchungshaft	1.587	138	53	1.778	93	6	3	102	1.880	20,87 %
Untergebracht	738	21	5	764	71	4	2	77	841	9,34 %
Sonstige Haft*	269	28	21	318	32	1	2	35	353	3,92 %
Summe	7.918	439	136	8.493	489	15	9	513	9.006	100,00 %

* Umfasst alle Personen der Haftarten Anhaltung, Auslieferungshaft, Finanzstrafhaft (inkl. § 173(4) StPO), Justizgewahrsam, Strafhaft § 173(4) StPO, § 429 StPO, § 438 StPO, Schubhaft, Sonstige Haft, Verwaltungshaft (inkl. § 173(4) StPO), Übergabehaft, Untergebracht iVm § 173(4) StPO oder Zwangs-Beugehaft.

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8. 2:
Substitution in den Justizanstalten zum 1. April 2017

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	davon substituiert mit									
		Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Com- pensan	Codidol	Andere Mittel
Eisenstadt	9	1	0	2	0	0	6	0	0	0	0
Feldkirch	18	8	0	1	0	1	7	0	1	0	0
Garsten	34	10	11	4	0	0	7	2	0	0	0
Gerasdorf	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Göllersdorf	4	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0
Graz-Jakomini	42	9	5	22	1	0	2	0	2	0	1
Graz-Karlau	57	18	12	8	1	0	6	10	0	2	0
Hirtenberg	49	17	3	12	0	0	1	16	0	0	0
Innsbruck	52	7	5	10	0	0	22	0	6	2	0
Klagenfurt	32	12	5	0	0	0	0	15	0	0	0
Korneuburg	15	7	1	2	0	0	0	0	0	5	0
Krems	7	4	1	0	0	0	0	2	0	0	0
Leoben	7	3	0	1	0	0	1	2	0	0	0
Linz	30	1	4	18	0	0	7	0	0	0	0
Ried	11	5	2	2	0	0	0	2	0	0	0
Salzburg	18	1	1	7	1	0	3	0	4	1	0
Schwarzau	17	5	6	3	0	0	3	0	0	0	0
Sonnberg	30	19	0	3	0	0	0	8	0	0	0
St. Pölten	16	9	0	3	0	0	0	2	1	0	1
Stein	98	46	18	8	0	0	0	26	0	3	0
Suben	32	11	3	3	0	0	3	5	1	6	0
Wels	16	2	6	6	0	0	1	1	0	0	0
Wien-Favoriten	44	23	14	0	0	0	7	0	0	0	0
Wien-Josefstadt	148	102	0	10	0	0	0	34	0	0	2
Wien-Mittersteig	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wien-Simmering	57	9	0	26	0	0	0	9	0	0	13
Wr. Neustadt	23	3	1	9	0	0	10	0	0	0	0
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	872	335	98	162	3	1	88	123	15	19	17
Verteilung in Prozent*	9,7	38,4	11,2	18,6	0,3	0,1	10,1	15,4	1,7	2,2	1,9

* Insassenstand gesamt: 9006 Personen

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

