

Bericht zur Drogensituation 2015

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

Bericht zur Drogensituation 2015

Autorinnen:

Marion Weigl
Judith Anzenberger
Martin Busch
Ilonka Horvath
Elisabeth Türscherl

Unter Mitarbeit von:

Charlotte Klein
Hans Kerschbaum
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Johanna Schopper

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Oktober 2015

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

ISBN 978-3-85159-194-1

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.

Inhalt

ABKÜRZUNGEN	XV
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	9
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	9
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	12
1.3 Neue Entwicklungen.....	13
1.4 Zusätzliche Informationen.....	13
1.5 Quellen und Methodik.....	14
1.6 Bibliographie	14
1.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	16
1.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	16
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	17
2 RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	19
2.1 Zusammenfassung.....	19
2.2 Aktuelle Situation.....	20
2.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	20
2.2.2 Umsetzung	28
2.3 Trends.....	31
2.4 Neue Entwicklungen.....	35
2.5 Zusätzliche Informationen.....	36
2.6 Quellen und Methodik.....	40
2.7 Bibliographie	41
2.8 Zitierte Bundesgesetze.....	42
2.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.10 Anhang.....	44
DROGENKONSUM.....	47
3 DROGENKONSUM.....	49
3.1 Zusammenfassung.....	49
3.2 Cannabis	51
3.2.1 Aktuelle Situation.....	51
3.2.1.1 Prävalenz und Trends	51
3.2.1.2 Risikoreiche Cannabiskonsum-Muster und Behandlung	53
3.2.2 Quellen und Methodik	54

3.3	Stimulantien	58
3.3.1	Aktuelle Situation	58
3.3.1.1	Prävalenz und Trends	58
3.3.1.2	Risikoreiche Konsummuster und Behandlung bei Konsum von Stimulantien	60
3.3.2	Quellen und Studien	63
3.4	Heroin und andere Opioide	64
3.4.1	Aktuelle Situation	64
3.4.1.1	Prävalenz und Trends	64
3.4.1.2	Risikoreiche Konsummuster und Behandlung bei Opioiden	68
3.4.2	Quellen und Methodik	69
3.5	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen.....	70
3.5.1	Neue Psychoaktive Substanzen und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	70
3.5.2	Quellen und Methodik	71
3.6	Bibliographie und Anhang	72
SUCHTPRÄVENTION		81
4	SUCHTPRÄVENTION	83
4.1	Zusammenfassung.....	83
4.2	Aktuelle Situation.....	84
4.2.1	Strategien und Organisation	84
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	88
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	88
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	90
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	93
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	94
4.2.3	Qualitätssicherung	95
4.3	Trends	96
4.4	Neue Entwicklungen.....	96
4.5	Zusätzliche Information	97
4.6	Quellen und Methodik.....	98
4.7	Bibliographie	99
4.8	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	100
4.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	100
4.10	Anhang.....	101
DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG		106
5	DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG	108
5.1	Zusammenfassung.....	108
5.2	Aktuelle Situation.....	109
5.2.1	Strategien und Koordination.....	109
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	111
5.2.2.1	Ambulante Suchtbehandlung	111
5.2.2.2	Stationäre Suchtbehandlung	115
5.2.2.3	Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen.....	117

5.2.3	Schlüsseldaten	124
5.2.3.1	Drogenkonsummuster im gesamten Behandlungsbereich	124
5.2.3.2	Charakteristika von behandelten Personen aus den DOKLI-Einrichtungen	125
5.2.3.3	Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutions-behandlung	129
5.2.4	Soziale Reintegration.....	130
5.2.5	Qualitätssicherung	131
5.3	Trends.....	134
5.4	Neue Entwicklungen.....	137
5.5	Quellen und Methodik.....	138
5.6	Bibliographie	140
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	141
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	141
5.9	Anhang.....	142

**GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND
SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN 152**

6	GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN	154
6.1	Zusammenfassung.....	154
6.2	Aktuelle Situation.....	155
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	155
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	156
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	157
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	160
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	161
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	164
6.2.7	Qualitätssicherung	164
6.3	Trends.....	165
6.4	Neue Entwicklungen.....	169
6.5	Quellen und Methodik.....	171
6.6	Bibliographie	174
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	175
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	175
6.9	Anhang.....	176

DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE 180

7	DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE	182
7.1	Zusammenfassung.....	182
7.2	Aktuelle Situation.....	183
7.2.1	Drogenmärkte.....	183
7.2.2	Straftaten wegen Drogendelikten.....	186
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	187
7.3	Trends.....	189
7.4	Quellen und Methodik.....	196
7.5	Bibliographie	197

7.6	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	197
7.7	Anhang.....	198
HAFT	206
8	HAFT.....	208
8.1	Zusammenfassung.....	208
8.2	Aktuelle Situation.....	209
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	209
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	212
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	213
8.2.4	Qualitätssicherung bei Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	216
8.3	Neue Entwicklungen.....	217
8.4	Quellen und Methodik.....	218
8.5	Bibliographie	219
8.6	Zitiertes Bundesgesetz	220
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	220
8.8	Anhang.....	221

Tabellen, Abbildungen und Karten

Tabellen:

Tabelle 1.1: Sucht- und Drogenstrategien der österreichischen Bundesländer.....	7
Tabelle 1.2: Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“, 2005 bis 2014	13
Tabelle 2.1: Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG.....	24
Tabelle 2.2 Alternativen zur Bestrafung laut SMG	26
Tabelle 2.3: Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2014*	29
Tabelle 2.4: Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2012 bis 2014*	30
Tabelle 2.5: Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte nach NPSG, 2012 bis 2014	31
Tabelle 3.1: Bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien (2014).....	62
Tabelle 5.1: Anzahl der dem BMG aktuell gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern (2014).....	123
Tabelle 5.2: Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2014	124
Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2014	157
Tabelle 7.1: Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2014	184
Tabelle 7.2: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2014	185
Tabelle 7.3: Anzahl der Lenkerberechtigungen, die aufgrund einer Suchtgiftbeeinträchtigung bzw. aufgrund von Alkoholdelikten in Österreich entzogen wurden (2010 bis 2013 und 1. bis 3. Quartal 2014)	187
Tabelle 7.4: Schwarzmarktwert (in Euro) der Sicherstellungen (2013 und 2014).....	188
Tabelle 7.5: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, nach der Menge (2005–2014)	191
Tabelle 7.6: Maximaler Preis (in Euro) von Suchtgiften/Suchtmitteln im Straßenhandel in Österreich (2005–2014).....	192

Tabelle 7.7: Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich (2008–2014).....	193
Tabelle 7.8: Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich (2008–2014).....	193
Tabelle 8.1: Justizanstalten in Österreich (Stand 2012).....	210
Tabelle 8.2: Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen (jeweils zum Stichtag 1. Dezember).....	211
Tabelle A2. 1: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2005–2014	44
Tabelle A2. 2: Anzahl rechtskräftig Verurteilter nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2014*	45
Tabelle A2. 3: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2014*	45
Tabelle A2. 4: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2005–2014	46
Tabelle A3. 1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2013	76
Tabelle A3. 2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2014	77
Tabelle A3. 3: Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD–10 (Altersgruppe 15– bis 64–Jährige in Österreich absolut und pro 100.000 Einwohner/innen).....	79
Tabelle A3. 4: Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt– und Nebendiagnosen) nach ICD–10 (Altersgruppe 15– bis 64–Jährige in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen)	80
Tabelle A4. 1: Programm Eigenständig werden, Schuljahr 2014/2015.....	102
Tabelle A4. 2: Programm plus, Schuljahr 2014/2015.....	103
Tabelle A4. 3: Seminare movin' bzw. MOVE, 2014	104

Tabelle A5. 1:	Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	142
Tabelle A5. 2:	Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht (in Prozent).....	143
Tabelle A5. 3:	Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht (in Prozent)	144
Tabelle A5. 4:	Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht (in Prozent).....	145
Tabelle A5. 5:	Über 20-Jährige, die im Jahr 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	146
Tabelle A5. 6:	Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (in Prozent)	147
Tabelle A6. 1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2005–2014.....	176
Tabelle A6. 2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2005–2014 nach Bundesland pro 100.000 15- bis 64-Jährige	176
Tabelle A6. 3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2005–2014 nach Bundesland.....	176
Tabelle A6. 4:	Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil), 2005–2014	177
Tabelle A6. 5:	Entwicklung der in den Jahren 2005–2014 bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen (in Prozent).....	177
Tabelle A6. 6:	Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle 2004–2013 in Österreich, nach Risikosituation (aktuelle Daten nicht verfügbar).....	178
Tabelle A6. 7:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2014.....	178
Tabelle A7. 1:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Anzeigen insgesamt (2005–2014)	198
Tabelle A7. 2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland (2005–2014).....	198

Tabelle A7. 3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland (2010–2014).....	199
Tabelle A7. 4:	Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue–Psychoaktive–Substanzen–Gesetz nach Bundesland (2012–2014)	199
Tabelle A7. 5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel (2005–2014)	200
Tabelle A7. 6:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2014	201
Tabelle A7. 7:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich (2005–2014)	201
Tabelle A7. 8:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge (2005–2014)	202
Tabelle A7. 9:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent (2005–2014)	203
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 (2006–2014).....	204
Tabelle A7. 11:	Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben (2005–2014).....	205
Tabelle A8. 1:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen (Stichtag 1. Dezember 2014).....	222
Tabelle A8. 2:	Substitution in den Justizanstalten zum 1. April 2015.....	223
Abbildungen:		
Abbildung 1.1:	Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich.....	11
Abbildung 2.1:	Anzahl der Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG, 2005–2014*.....	33
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2005–2014	34

Abbildung 2.3:	Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2005–2014*	35
Abbildung 2.4:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum) 2014.....	37
Abbildung 2.5:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis, nach Bundesland, 2014	38
Abbildung 2.6:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioide nach Bundesland, 2014	39
Abbildung 3.1:	Cannabis: Lebenszeiterfahrung, Konsum in den letzten drei Jahren, im letzten Jahr und im letzten Monat aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring und aus den beiden österreichischen Repräsentativerhebungen (Zeitreihe)	51
Abbildung 3.2:	Cannabis: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe).....	52
Abbildung 3.3:	Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich (nach Art des Suchtgiftes) 2002–2014	58
Abbildung 3.4:	Konsum von Stimulantien: Lebenszeiterfahrung, Konsum in den letzten drei Jahren, im letzten Jahr und im letzten Monat (aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring 2013 und aus der österreichischen Repräsentativerhebungen 2008).....	59
Abbildung 3.5:	Stimulantien: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2003 und 2007).....	60
Abbildung 3.6:	Stimulantien: Vorwiegende Einnahmeform von Personen, die 2014 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen)	61
Abbildung 3.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden (in Absolutzahlen) für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien im Zeitverlauf, 1999–2013.....	65
Abbildung 3.8:	Prävalenzschätzung für risikoreichen Drogenkonsum inkl. Opioide (in Absolutzahlen) nach Altersgruppen im Zeitverlauf, 1999–2013	66
Abbildung 3.9:	Anteil der Personen unter 25 Jahren an der Prävalenz von risikoreichem Drogenkonsum (in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen) in Prozent, Zeitreihe 2000–2014 (gleitender Mittelwert)	67

Abbildung 3.10:	Vorwiegende Heroin-Einnahmeform von Personen, die im Jahr 2014 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen).....	68
Abbildung 3.11:	<i>checkit!</i> -Thematisierung von NPS je Setting (in Prozent) 2011 bis 2014	70
Abbildung 5.1:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2014	118
Abbildung 5.2:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der Patientinnen/Patienten betreut durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern (31. 12. 2014).....	121
Abbildung 5.3:	Personen in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland (in Prozent), 2014	122
Abbildung 5.4:	Entwicklung der Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt über die Jahre 2011–2014.....	123
Abbildung 5.5:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung (Schätzung), 2014.....	125
Abbildung 5.6:	Anzahl der Personen, die 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung.....	126
Abbildung 5.7:	Leitdroge(n) der Personen, die 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung (in Prozent).....	127
Abbildung 5.8:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Personen, die 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung (in Prozent)	128
Abbildung 5.9:	Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung (in Prozent).....	129
Abbildung 5.10:	Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland (in Prozent), 2014	130
Abbildung 5.11:	Haltedauer der Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Morphin in Retardform und anderen Substitutionsmitteln (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 5.165).....	134
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den hierarchischen Leitdrogen Opiode und Cannabis und nach Jahren	135

Abbildung 5.13:	Entwicklung der Zahl jährlicher Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2004–2014.....	136
Abbildung 5.14:	Opioidabhängige Personen, nach Integration in Substitutionsbehandlung	137
Abbildung 6.1:	Jemals „Needle Sharing“ bei Personen in ambulanter Betreuung (2014), die bereits mindestens einmal intravenös Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter (in Prozent).....	159
Abbildung 6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2002–2014	165
Abbildung 6.3:	Prozentanteil der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle, in Österreich nach Todesursache, 2005–2014	166
Abbildung 6.4:	HCV- und HBV-Infektionsraten im <i>ambulatorium suchthilfe wien</i> (vormals <i>ganslwirt</i>), 2006–2014	167
Abbildung 6.5:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die angeben, sich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert zu haben, nach Alter und Jahr	168
Abbildung 6.6:	Entwicklung der Anzahl getauschter Spritzen und der geschätzten Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioid-Konsum (Index 2003 = 100 %)......	169
Abbildung 6.7:	Testprävalenz von Personen, die angeben bereits einmal intravenös Drogen konsumiert zu haben, für HIV bzw. HCV, nach Betreuungsart (in Prozent).....	170
Abbildung 6.8:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2014 (in Prozent)	171
Abbildung 7.1:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie von psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich (2005–2014)	190
Abbildung 7.2:	Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen (2005–2014)	194
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes (2005–2014)	195

Karten:

Karte 5.1:	Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich (Stand 31. 12. 2014).....	119
Karte 5.2:	Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich (Stand 31. 12. 2014).....	120
Karte A5. 1:	Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2015	148
Karte A5. 2:	Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2015	149
Karte A5. 3:	Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfe-einrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2015	150
Karte A6. 1:	Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2015	179

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
abs.	absolut
Abs	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
amb.	ambulant
AMS	Arbeitsmarktservice
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretroviral
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
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
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWFW	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture–Recapture(–Verfahren)
CTC	Communities That Care
d. h.	das heißt
DB	Drogenbeauftragte bzw. –beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. –koordinator
DLD	Diagnosen und Leistungsdokumentation
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
EH	Einheit(en)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al	et alii
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GBL	Butyro-1,4-lacton
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HS	Hauptschule
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
iVm	in Verbindung mit
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
inkl.	inklusive
ISP	Institut für Suchtprävention
i.v.	intravenös
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
kg	Kilogramm
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
lt.	laut
max.	maximal
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
mg	Milligramm
NGO	Non Governmental Organisation
NMS	Neue Mittelschule
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
n. v.	nicht verfügbar
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
o. J.	ohne Jahr
PAZ	Polizeianhaltezentrum
Pkw	Personenkraft wagen
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PVP	Pyrrolidinoveraloperphenon
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
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SJ	Schuljahr
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz
SV	Suchtgiftverordnung
T	Tirol
Tbc	Tuberkulose
TDI	Treatment Demand Indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
u. a.	unter anderem, und andere
UE	Unterrichtseinheiten
U-Haft	Untersuchungshaft
v.	vom/von

v. a.	vor allem
V	Vorarlberg
vgl.	vergleiche
vs.	versus/gegenübergestellt
W	Wien
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation
z. B.	zum Beispiel
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 20. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des Bundesministeriums für Gesundheit 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 der illegalen Drogen und dient sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als nationaler Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-Mitgliedstaaten und -Beitrittskandidatenländern nach einer seitens der EMCDDA vorgegebenen Struktur (Guidelines) verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Europäischen Drogenbericht der EMCDDA dar (zuletzt: EMCDDA 2015).

Für das Jahr 2015 wurden von der EMCDDA neue Guidelines entwickelt, in denen die bisherigen Kapitel nun als eigenständige *Workbooks* konzipiert sind. Diese enthalten jeweils ein Inhaltsverzeichnis, eine Zusammenfassung, eine Bibliographie und teilweise auch einen Anhang. Der Hauptteil gliedert sich 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 (Daten aus der Routinestatistik für das Jahr 2014) 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 (zuletzt: Weigl et al. 2014) 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 einzelne Beispiele genannt. Diese Auswahl orientiert sich – wenn

1

Zu finden unter: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2015> (Zugriff am 29. 7. 2015)

möglich – an der EDDRA-Datenbank der EMCDDA sowie den von der EMCDDA abgefragten spezifischen Maßnahmen und stellt keine Wertung dar.

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 waren die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinationsstellen übermittelten Informationen zu den Bundesländern. 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 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	9
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	9
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	12
1.3	Neue Entwicklungen.....	13
1.4	Zusätzliche Informationen.....	13
1.5	Quellen und Methodik.....	14
1.6	Bibliographie	14
1.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	16
1.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	16

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

In Österreich wird die Sucht- und Drogenpolitik im Wesentlichen durch Gesetze und Verordnungen sowie Strategien und Konzepte der Bundesländer bestimmt. Dabei wird zwar als Ziel eine möglichst suchtfreie Gesellschaft definiert, gleichzeitig Sucht aber als Erkrankung verstanden und von ausschließlichem Drogenhandel unterschieden. Die Drogen-/Suchtstrategien bzw. -konzepte der Bundesländer verfolgen zunehmend einen ganzheitlichen Ansatz, der auch verschiedene Suchtformen berücksichtigt. Dies soll auch in der in Erarbeitung befindlichen zukünftigen „österreichischen Suchtpräventions- und Suchtstrategie“ umgesetzt werden. Neben den Drogen-/Suchtstrategien 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.

Wichtige drogenpolitische Gremien sind auf Bundesebene die Bundesdrogenkoordination und das Bundesdrogenforum, auf Länderebene die Drogen-/Suchtkoordinationen und die Drogen-/Suchtbeauftragten oder -beiräte.

Zu öffentlichen Ausgaben 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.

Neue Entwicklungen

Neben einer österreichischen Suchtpräventions- und Suchtstrategie sind eine neue Suchtstrategie für Salzburg und Niederösterreich in Arbeit. Die angespannte finanzielle Situation einzelner Bundesländer führt zu Sparmaßnahmen auch im Bereich der Suchthilfe.

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.

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

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische Bundesdrogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (BGBl. I 1997/112, SMG) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen und Erlässen (vgl. Kapitel 2). Damit sind im Wesentlichen die Prinzipien der österreichischen Suchtpolitik festgelegt, die darin bestehen, dass zwar eine möglichst suchtfreie Gesellschaft als Ziel definiert wird, aber Sucht als Erkrankung verstanden und somit zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel unterschieden wird. Das neben der Repression bestehende und österreichweit angewendete Prinzip „Therapie statt Strafe“ wird von der EMCDDA (bzw. EBDD) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Als Grund dafür wird angegeben, dass dieses Prinzip, das 1971 erstmalig in das damalige Suchtgiftgesetz (SGG) aufgenommen wurde, seither im Wesentlichen unverändert besteht.

Eine nationale Sucht- oder Drogenstrategie in Form eines eigenen Dokumentes existiert zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht. Vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) wird jedoch derzeit eine österreichische Suchtpräventionsstrategie zur politischen Abstimmung vorbereitet (vgl. Weigl et al. 2014). Zur Vorbereitung dieses Dokumentes wurde 2012 unter Einbindung von hundert Fachleuten eine Delphi-Studie (Uhl et al. 2013) durchgeführt. Dabei wurde ein starkes Bekenntnis zu den Prinzipien „Therapie statt Strafe“ und Schadensminimierung sowie zum Einsatz von Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Personen abgegeben. Dies soll sich auch in der zukünftigen österreichischen Suchtpräventions- und Suchtstrategie widerspiegeln. Des Weiteren soll sie sich auf die verschiedenen Suchtformen (inklusive nicht substanzgebundenes Suchtverhalten) beziehen sowie ein umfassendes Verständnis von Prävention (d. h. nicht nur Vorbeugung, sondern auch Behandlung und Schadensminimierung) berücksichtigen und damit eine „Dachstrategie“ für die Sucht- und Drogenstrategien der Bundesländer bilden.

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 eigene Sucht- oder Drogenstrategien, in denen die sucht- bzw. drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind. Die erste Landes-Drogenstrategie wurde im Jahr 1980 in Vorarlberg beschlossen, die letzte in Oberösterreich im Jahr 2002. Einige Strategien wurden in den letzten Jahren aktualisiert und ergänzt (vgl. Tabelle 1.1), z. B. wurde im Jahr 2001 in Salzburg zusätzlich ein eigenes „Rahmenkonzept für Suchtprävention“ erstellt (ÖBIG 2001) und der Kärntner „Suchtplan 2006–2010“ für die Jahre 2011–2016 fortgeschrieben (GÖG/ÖBIG 2011).

Tabelle 1.1:
Sucht- und Drogenstrategien der österreichischen Bundesländer

BL	(Erstmalig erstellt) zuletzt aktualisiert im Jahr	Titel	erarbeitet (federführend) 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) 2010	Suchtplan 2011–2015	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	Illegale Substanzen, stoffgebundene Süchte, stoffungebundenes Suchtverhalten	Suchtvorbeugung, Beratung und Therapie, soziale Reintegration, Qualitätssicherung und Dokumentation
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	Salzburger Drogenkonzept 1999	Arbeitsgruppe des Suchtgiftbeirates	Suchtgifte	Flächendeckende landesweite Hilfsleistungen, ergänzende Leistungen im Zentralraum
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, Bildungsinitiative
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, soziale Integration; öffentlicher Raum, Sicherheit

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), Amt der Salzburger Landesregierung (1999), Amt der Kärntner Landesregierung (1995), Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2010), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002)

Die Gliederung und damit die angeführten Kernbereiche der länderspezifischen Strategien unterscheiden sich voneinander. Sie sind größtenteils eher nach Maßnahmenbereichen, teilweise aber auch nach Zielgruppen und/oder Strukturen gegliedert. Während Qualitätssicherung und (Weiter)Bildung in mehreren Strategien als eigener Kernbereich genannt werden, ist dies für Dokumentation und Forschung nur in jeweils einer Strategie der Fall.

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. Lediglich in Vorarlberg und Salzburg stehen nach wie vor illegale Substanzen im Vordergrund. Allerdings ist in Salzburg bereits eine Ausweitung auf legale Substanzen vorgesehen bzw. wurde im Bereich der Suchthilfe und den entsprechenden Strukturen (z. B. Suchtkoordination) bereits mit der Umsetzung begonnen (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Im Zuge der Aktualisierungen der ursprünglichen Strategien wurde – unabhängig von den 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.

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 an einem ausgewogenen Ansatz („balanced approach“) zwischen gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen zur Reduktion von Angebot und Nachfrage orientieren. Abgesehen von den länderspezifischen Strategien wird manchmal auch auf lokaler Ebene ein Aktionsplan Sucht oder ähnliches erstellt, z. B. im Regionalprojekt Pielachtal (vgl. Kapitel 4).

Eine weitere Grundlage stellt das aktuelle Regierungsübereinkommen für die Jahre 2013 bis 2018 dar, in dem nicht nur die Erarbeitung der bereits erwähnten österreichischen Suchtpräventions- und Suchtstrategie, sondern auch eines Konzeptes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für eine wohnortnahe qualitätsgesicherte Primärversorgung (Bundesregierung 2013) enthalten ist. Relevant sind aber auch andere 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 hier auf Bundesebene die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) sowie die Rahmen-Gesundheitsziele (BMG 2012) 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 Rahmen-Gesundheitsziele 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. 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.

Wie im Drogenbereich gibt es auch zum Thema Alkohol oder Tabak keine bundesweiten Strategien, wobei die bereits erwähnte in Entwicklung befindliche österreichische Suchtpräventionsstrategie auch diese Substanzen berücksichtigen soll. Die entsprechende Politik wird daher auch für

diese Bereiche derzeit im Wesentlichen durch die Gesetzgebung definiert (vgl. Kapitel 2). Auf Landesebene sind die Themen Alkohol und Tabak jedoch zum Teil bereits in die vorliegenden Strategien/Konzepte integriert, teilweise liegen zusätzliche spezifische Strategien vor, etwa in der Steiermark und in Kärnten (vgl. Kapitel 4).

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Keine der neun Sucht- bzw. Drogenstrategien sieht explizit eine Evaluation der Strategie an sich 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 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.

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). Dies wurde im Rahmen von Arbeitsgruppen aus Vertretern/Vertreterinnen der beteiligten/betroffenen Einrichtungen durchgeführt und im drogenpolitischen Beirat diskutiert. Auch in Tirol wurde eine Umfeldanalyse durchgeführt, die die aktuelle Situation und das aktuelle Angebot der Suchthilfe erhoben und damit die Grundlage für das neue Tiroler Suchtkonzept geschaffen hat. Diese Umfeldanalyse wurde extern beauftragt und von der ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft durchgeführt. Auch in NÖ wurde im letzten Jahr der Suchtplan intern evaluiert, um auf dieser Basis einen neuen zu erstellen. In den meisten Fällen werden diese Berichte jedoch nicht publiziert, so dass keine weiteren Angaben zu den Ergebnissen oder Empfehlungen gemacht werden können.

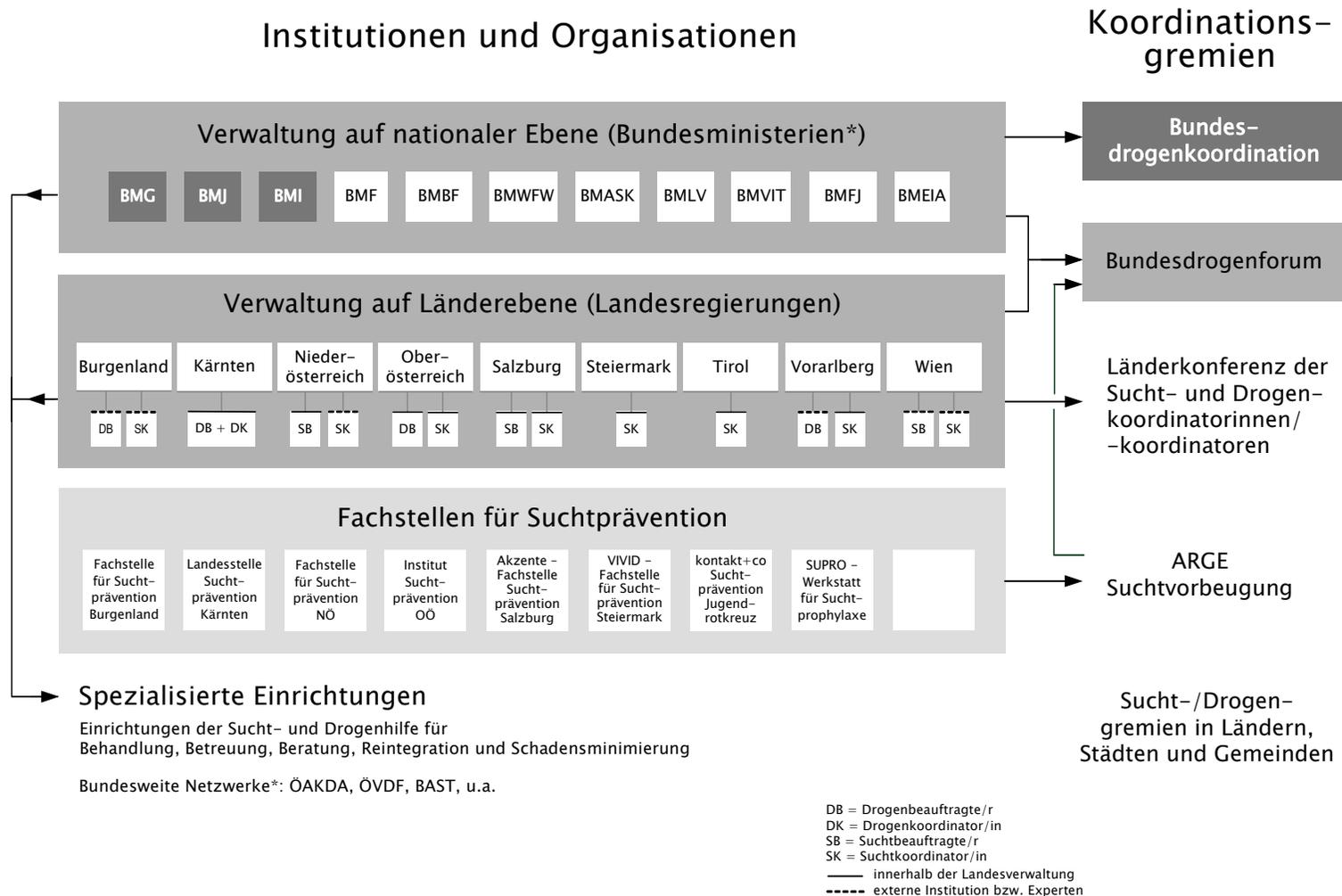
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die Bundesdrogenkoordination und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende Bundesdrogenforum (vgl. Abbildung 1.1) sowie der Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung. Beide Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander (– die in SMG oder NPSG erfasst sind). Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik, also 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 des Bundesdrogenforums inne, in dem neben den 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- bzw. 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 zum Thema Sucht ist die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht-/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:
 Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich



* siehe Abkürzungsverzeichnis

In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission für die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder getrennt oder gemeinsam ein (z. B. Arbeitsgruppe SAG³ und Drogenfachgremium in der Steiermark), darüber hinaus existieren auch Suchtmittelbeiräte oder ähnliches auf Gemeinde- oder Bezirksebene. In Salzburg gibt es beispielsweise für den Bereich der 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.

Alle Bundesländer haben eigene Fachstellen für Suchtvorbeugung, die in der ARGE Suchtvorbeugung miteinander vernetzt sind. Daneben gibt es auf Länderebene teilweise weitere Vernetzungsgremien zum Thema Suchtprävention, in der Steiermark ist dies beispielsweise die interinstitutionelle Arbeitsgruppe SAG (vgl. Kapitel 4).

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 (Kostentragung 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 diesbezügliche öffentliche Ausgaben getätigt werden.

Es gibt jedoch immer wieder einzelne Berichte aus den Bundesländern oder Studien, die sich mit diesem Thema beschäftigen (vgl. auch Weigl et al. 2014). Die aktuellsten Daten liegen für das Jahr 2014 für Tirol und für das Jahr 2013 für OÖ vor. Demnach wendete das Land Tirol im Jahr 2014 für Beratungsleistungen 1.423.425 Euro, für niederschwellige Arbeit 514.000 Euro, für Therapie und Nachsorge (inkl. Wohnen und Angebote einer Tagesstruktur) 3.618.602 Euro auf (Gstrein, p. M.). Diese Nettokosten werden vom Fachbereich Behindertenhilfe getragen. In OÖ wurden von der Abteilung Soziales im Jahr 2013 für niederschwellige Angebote 910.343 Euro, für Suchtberatung (hinsichtlich illegaler Substanzen) 1.809.852 Euro und für Maßnahmen der Suchttherapie und Wohnen 6.923.150 Euro ausgegeben (Amt der OÖ Landesregierung 2015).

3

Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

Tabelle 1.2 zeigt die Entwicklung der Ausgaben des Justizressorts für stationäre Therapie, die ein Grund für die Befristung im Jahr 2011 war (vgl. GÖG/ÖBIG 2011 bzw. Kapitel 2).

Tabelle 1.2:

Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“, 2005 bis 2014

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aufwand in Millionen Euro	4,61	4,85	5,86	6,48	7,03	8,54	8,77	8,46	7,71	7,71

Quelle: BMJ 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

1.3 Neue Entwicklungen

Aktuell wird nicht nur an einer österreichischen Suchtpräventions- und Suchtstrategie (siehe Abschnitt 1.2.1), sondern auch an einer neuen, ebenfalls suchtübergreifenden Suchtstrategie für Salzburg (Schabus-Eder, p. M.) sowie an einem neuen Suchtplan für NÖ (Hörhan, p. M.) gearbeitet. Die zunehmende Ausweitung der Strategien und Konzepte führt auch dazu, dass – v. a. im Bereich Prävention, aber nicht nur dort – Maßnahmen für legale Substanzen und Spielsucht stärker in den Fokus rücken.

Auch wenn keine genauen Zahlen zu den öffentlichen Ausgaben vorliegen, gibt es dennoch – wie in den Vorjahren auch – einzelne Berichte über Sparmaßnahmen. Diese betreffen aufgrund der Austeritätspolitik v. a. Kärnten und die Steiermark. Während in Kärnten das bestehende Angebot noch aufrechterhalten werden konnte, aber innovative Vorhaben auf Eis gelegt wurden, musste in der Steiermark das bestehende Angebot eingeschränkt werden. Dies betraf v. a. den Verein b.a.s., der zwei Regionalstellen schließen und in anderen das Angebot reduzieren musste (Ederer p. M.), obwohl gleichzeitig die Nachfrage nach Hilfsangeboten anzusteigen scheint (b.a.s. 2015).

1.4 Zusätzliche Informationen

Eisenbach-Stangl hat sich aus einer soziologischen Perspektive heraus in mehreren Publikationen mit der österreichischen Drogenpolitik beschäftigt (z. B. Eisenbach-Stangl 2013). Für sie ist ein Charakteristikum der Österreichischen Drogenpolitik das Nebeneinander der Prinzipien „Therapie statt Strafe“ und „Repression“. Den Grund dafür sieht sie in den kontroversiellen Weltanschauungen der maßgeblichen politischen Parteien, die im Rahmen einer konsensualen Politik zur Vermeidung weiterer Konflikte zu widersprüchlichen Gesetzen führten. Eine weitere Folge ist laut Eisenbach-Stangl das Fehlen einer Strategie auf Bundesebene und die gleichzeitige Verlagerung strategischer Entscheidungen auf Länderebene. Dass diese politische Balance immer wieder in Frage gestellt wird, hat die Anti-Drogenstrategie des BMI im Jahr 2012 deutlich gezeigt (Eisenbach-Stangl, p. M.). Aber auch die Medikalisierung und damit Individualisierung des Themas ist laut Eisenbach-Stangl (2013) ein Charakteristikum für die Österreichische Drogenpolitik, die u. a. mit

der traditionell starken Position der Medizin zusammenhängt. Diese Sichtweise prägte ihrer Meinung nach die Entwicklung der österreichischen Drogenpolitik in den 1970er Jahren. Ab den 1980er Jahren wurden im Rahmen der Professionalisierung der Sozialwissenschaften zunehmend weitere Professionen in die Suchthilfe eingebunden und übten starken Einfluss auf die Weiterentwicklung aus.

1.5 Quellen und Methodik

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

Zur Methodik der sozialwissenschaftlichen Studie von Eisenbach-Stangl liegen keine genaueren Informationen vor.

1.6 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 OÖ Landesregierung (2015). Sozialbericht 2014. Amt der OÖ Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales. Linz

Amt der Salzburger Landesregierung (1999). Salzburger Drogenkonzept 1999. Amt der Salzburger Landesregierung. Salzburg

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

b.a.s. (2015). Jahresbericht 2014. b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz

BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

- BMG (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMJ (2015). 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.
- Bundesregierung (2013). Erfolgreich. Österreich. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 – 2018. Wien
- Eisenbach-Stangl, I. (2013). Deviance or Innovation? Recent Changes of Drug Substitution Treatment Policy in Austria. Substance Use & Misuse 58, 1–12.
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2010). NÖ Suchtplan 2011–2015. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009a). Bericht zur Drogensituation 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.
- ÖBIG (2000). Bericht zur Drogensituation 2000. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- 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.

Uhl, A., Schmutterer, I., Kobra, U., und Strizek, J. (2013). Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. 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

1.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

1.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordinator Steiermark
Eisenbach-Stangl, Irmgard	Senior Social Scientist am European Centre for Social Welfare Policy and Research
Gstrein, Christof	Suchtkoordinator Tirol
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	19
2.1	Zusammenfassung.....	19
2.2	Aktuelle Situation.....	20
2.2.1	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	20
2.2.2	Umsetzung	28
2.3	Trends.....	31
2.4	Neue Entwicklungen.....	35
2.5	Zusätzliche Informationen.....	36
2.6	Quellen und Methodik.....	40
2.7	Bibliographie	41
2.8	Zitierte Bundesgesetze.....	42
2.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.10	Anhang.....	44

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 Klassifizierung⁴. Der Konsum von Suchtmitteln wird nicht unter Strafe gestellt, sondern indirekt über den Besitz erfasst. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, bei deren Überschreitung strengere Strafen angedroht werden. Dabei wird zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden⁵. Das SMG sieht auch eine breite Palette an Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung von Suchtkranken erfolgt grundsätzlich freiwillig, 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.

Im Jahr 2014 standen in Österreich 13,2 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (SMG). Die Absolutanzahl dieser Verurteilungen betrug insgesamt 4.368, fast drei Viertel davon betrafen Vergehen. Gesetzlich vorgesehene Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote nach § 35 und § 37 SMG) wurden 2014 in 14.506 Fällen angewendet. Dabei wurde der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 37 SMG in 12.378 Fällen, die vorläufige Einstellungen durch das Gericht gemäß § 37 SMG in 2.128 Fällen ausgesprochen. In 705 Fällen wurde der Strafvollzug (§ 39 SMG) aufgeschoben. Bei Erwachsenen wurde erstmals die Diversionsform nach § 35 SMG am häufigsten angewendet.

4

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

5

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“.

Trends

Änderungen des Suchtmittelrechts hatten in den Jahren seit 2000 u. a. das Ziel, die Bestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Vorgaben anzupassen und eine Verbesserung des Drogenmonitorings zu erreichen.

Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG stieg im Jahr 2014 im Vergleich zum Vorjahr wieder an und erreichte das Niveau von 2006. Auch bei der Anwendung von Diversionsmaßnahmen und Alternativen zur Bestrafung setzte sich der ansteigende Trend der letzten Jahre fort.

Neue Entwicklungen

Im ersten Halbjahr 2015 sind mehrere Gesetzesnovellen in Begutachtung geschickt und teilweise auch beschlossen worden. Dazu gehört das Strafrechtsänderungsgesetz 2015, das im Sinne einer Weiterentwicklung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ eine Entlastung der Justiz und eine Änderung der Verfahrensabläufe enthält, wodurch eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden ermöglicht werden soll. Eine Novelle des Tabakgesetzes verbessert den Nichtraucherschutz, tritt aber erst mit 1. Mai 2018 in Kraft.

Eine noch nicht beschlossene Novelle der Suchtgiftverordnung soll aus der Cannabispflanze hergestelltes Delta-9-Tetrahydrocannabinol der ärztlichen Verschreibung in Form magistraler Zubereitungen zugänglich machen.

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG, BGBl I 1997/112). Das SMG differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte⁶ und

6

Als *Suchtgifte* sind jene Stoffe und Zubereitungen definiert, die durch die Einzige Suchtgiftkonvention sowie das Übereinkommen der Vereinten Nationen über psychotrope Stoffe Beschränkungen hinsichtlich Erzeugung, Besitz, etc. unterworfen und mit Verordnungen des BMG als Suchtgifte bezeichnet sind bzw. diesen gleichgestellt sind. Darüber hinaus können durch das BMG weitere Stoffe und Zubereitungen Suchtgiften gleichgestellt werden, wenn sie ein den Suchtgiften vergleichbares Gefährdungspotential aufweisen.

psychotrope Stoffe⁷, Drogenausgangsstoffe⁸). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels Verordnungen werden auch Grenzmengen⁹ festgelegt, bei deren Überschreitung strengere Strafen angedroht werden. Es wird unterschieden zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgiften betreffen, und Verbrechenstatbeständen, die die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) – ausgenommen die in § 28 Abs 1 dargestellte Straftat – 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 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 Suchtmitteln wird nicht direkt unter Strafe gestellt, sondern indirekt über den Besitz erfasst. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Suchtkranke einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme¹⁰ unterziehen, die Behandlung setzt aber grundsätzlich die Freiwilligkeit der betroffenen Person voraus. Die suchtkranke Person hat auch freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, sie ist nur insofern eingeschränkt, als es sich um eine nach § 15 SMG (vgl. Kapitel 5) anerkannte Einrichtung handeln muss, 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 Nr. 374/1997) 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.

7

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 BMG als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMG weitere Stoffe und Zubereitungen psychotropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den Suchtgiften vergleichbares Gefährdungspotential aufweisen.

8

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

9

Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffes verstanden, die geeignet ist, eine Gefahr für Leben oder Gesundheit eines Menschen herbeizuführen.

10

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.

Das SMG regelt außerdem den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die Anwendung von suchtgifthaligen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden (§ 14 SV), wobei suchtgifthalige Arzneimittel und Zubereitungen aus Cannabisextrakten, die als Arzneyspezialitäten zugelassen sind, davon ausgenommen sind. In §§ 18 bis 23 SV werden die Suchtgiftverschreibungen geregelt (Formulare, Handhabung, Gültigkeit), die u. a. für die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen relevant sind. In den Paragraphen 23 a–k SV sowie der *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (BGBl II Nr. 449/2006) werden die Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung definiert, die im Jahr 2007 in Kraft getreten sind (vgl. auch Kapitel 5).

Straftatbestände und Strafordrohungen unterscheiden zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen (vgl. Tabelle 2.1) und wurden zuletzt mit der SMG–Novelle 2007 an den EU–Rahmenbeschluss angepasst (vgl. GÖG/ÖBIG 2008). Die in der Tabelle genannten Tatgesetze 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 und die mit ihrem Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. Im Unterschied zum SMG verfolgen NPSG bzw. NPSV eher einen generischen Ansatz¹¹ und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen¹¹. Straftat macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS mit dem Vorsatz ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft, dass sie von der/dem Anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewendet werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs 1), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge dieser Straftat drohen ein bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2 NPSG).

Nachdem das Prinzip „Therapie statt Strafe“ ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene **Alternativen zur Bestrafung**. Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) steht der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung und die vorläufige Verfahrenseinstellung zur Verfügung und dient als Alternative zu einer Verurteilung.

Bei schweren Delikten stellt der Aufschub des Strafvollzugs 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 unter-

11

Als *neue psychoaktive Substanz* werden vom BMG 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.

ziehen. 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.

Tabelle 2.1:

Straftatbestände und Strafandrohung laut SMG

Tathandlungen ¹²	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 3 Jahre 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 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichem 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 Jahre Freiheitsstrafe	Bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung.	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre 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 Jahre 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 Großbande oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge, 10–20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer von Großbanden.	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahre, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahre 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 1 Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		Bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichem 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
§ 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	Bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe	Bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“, bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung.	Das Strafmaß wird auf bis 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	

Fortsetzung nächste Seite

12

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

Tathandlungen ¹³	Strafausmaß	Erhöhtes Strafausmaß	Reduziertes Strafausmaß	Ausnahme
§ 31 a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	Bis zu drei Jahre Freiheitsstrafe	1–5 Jahre Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafausmaß wird auf bis zu 1 Jahr, die erhöhten Strafausmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (Unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde	Bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe	Bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werde Bis zu 5 Jahre 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.		

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112)

13

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).

Tabelle 2.2
Alternativen zur Bestrafung laut SMG

Paragraph	Kurztitel	Relevante Textstelle	Ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 35 SMG	Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung	(1) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach § 27 Abs 1 und 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. (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 1. die Straftat nicht in die Zuständigkeit des Schöffengerichts 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. Ebenso ist vorzugehen, wenn der Beschuldigte wegen einer während der Probezeit nach Abs 1 begangenen weiteren Straftat im Sinne des Abs 1 verfolgt wird.	Staatsanwaltschaft	Vor Strafantrag/ Anklage
§ 37 SMG	Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens	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.	Gericht	Nach Strafantrag/ Anklage
§ 39 SMG	Aufschub des Strafvollzugs	(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 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.	Gericht	Nach Verurteilung

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 2.2

Paragraph	Kurztitel	Relevante Textstelle	Ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 13 SMG	Spezialregelung für Schule und Bundesheer	<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 schulpsychologische 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 schulpsychologischen 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>einen Grund zur Annahme eines Suchtgiftmissbrauchs, so 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>(3) Die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde hat in den vorstehend bezeichneten Fällen nach § 12 vorzugehen.</p>	Schule Heeresdienststelle	Anstelle einer Befassung der Justizbehörden

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112)

Die Entscheidung bezüglich der Anwendung einer Alternative zur Bestrafung liegt 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.

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) 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 bei Vorliegen der Voraussetzungen und der eigenen Zustimmung einer Behandlung zu unterziehen.

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 Nr. 322/1997) 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 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 2014 bestand wie bereits in den Vorjahren mit

3.023 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen im Zusammenhang mit Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen nach Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.319 Fällen. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2014 13,2 Prozent (vgl. auch Tabelle A2. 1).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte¹⁴ zur Verfügung. Im Jahr 2014 waren bei den Verurteilungen von 4.368 Personen durch die österreichischen Gerichte 7.737 Suchtmitteldelikte strafsatzbestimmend¹⁵ (vgl. Tabelle 2.3). In Tabelle 2.3 werden rechtskräftige Verurteilungen dargestellt, denen Delikte nach dem SMG zugrunde lagen. Dabei wurde die Häufigkeit berücksichtigt, mit der wegen eines SMG-Delikts verurteilt wurde. Ein Vergleich mit Tabelle A2. 2 zeigt, dass viel öfter wegen Delikten nach den §§ 27 und 28 SMG verurteilt wurde, als diese Delikte strafsatzbestimmend waren, und dass ein großer Teil der nach dem SMG Verurteilten wegen mehrerer SMG-Delikte verurteilt wurde. Das gilt im Besonderen für Delikte nach § 27 SMG, nach denen insgesamt 5.721 Verurteilungen – davon 5.235 von Männern – stattfanden.

Tabelle 2.3:
Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG),
nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2014*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	1.032	2.107	1.434	958	1.533	7.064
	weiblich	79	185	145	80	184	673
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	128	386	329	278	633	1.754
	weiblich	13	30	28	22	73	166
§ 27 SMG	männlich	903	1.715	1.088	664	865	5.235
	weiblich	65	152	115	53	101	486

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

* Ab dem Berichtsjahr 2012 können **alle** rechtskräftig verurteilten Delikte eines Berichtsjahres in der Statistik ausgewiesen werden. Aus der Tabelle geht hervor, wie häufig aufgrund eines Delikts nach dem SMG verurteilt wurde.

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

14

Ab 2012 wird die übermittelte Strafsatzbestimmung vom Gericht ausgewiesen und können alle Delikte der rechtskräftig verurteilten Personen eines Berichtsjahrs in der Statistik dargestellt werden. Davor wurde das „führende Delikt“ von der Statistik Austria ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafrahmen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Dadurch könnte 2012 ein Zeitreihenbruch auftreten, wodurch nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich wäre.

15

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.

Wegen psychotroper Stoffe gab es 2014 insgesamt 85 Verurteilungen, bei 21 davon 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, 2012 bis 2014*

	2011	2012	2013	2014
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	117	47	30	21
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	-	195	116	85

* Ab dem Berichtsjahr 2012 können alle rechtskräftig verurteilten Delikte in der Statistik ausgewiesen werden.

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

Im Jahr 2014 erhielten etwas mehr als 70 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 40 Prozent betrug. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, lag bei 2,6 Prozent, zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 1,7 Prozent verurteilt (vgl. Tabelle A2. 3).

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik in Österreich finden sich auch im Bericht zur Drogensituation 2008 (GÖG/ÖBIG 2008b). Hier folgen Angaben zu den Alternativen zur Bestrafung in Österreich und zu deren Anwendung sowie den entsprechenden Entwicklungen.

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“¹⁶ – gesetzlich vorgesehen (vgl. Abschnitt 2.2.1). 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 2014 in diesem Zusammenhang vorliegenden Zahlen betreffen den Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG: 705 Fälle), die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG: 2.128 Fälle) und den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG: 12.378 Fälle; vgl. Tabelle A2. 4). Weitere Informationen für 2014 bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tabelle A2. 2 entnommen werden.

Wie oben ersichtlich, wurde der Großteil der genannten Diversionsangebote (in 85 % der Fälle) von den Staatsanwaltschaften angeboten, wobei hier die Diversion nach § 35 SMG bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (51,3 % bzw. 45,1 % aller diversionellen Erledigungen) die größte Rolle spielte. Bei Erwachsenen wurde 2014 erstmals im Berichtsjahr die Diversionsform nach § 35 SMG

16

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).

am häufigsten angewendet (29,1 %), wobei die Probezeit ohne Pflichten (28,5 % der diversionellen Erledigungen) sowie die Geldbuße (26,9 %) fast gleich häufig waren. 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 76,2 Prozent (Frauen: 80,4 %, Männer: 75,5 %, Jugendliche: 75,4 %, junge Erwachsene: 73,1 %; BMJ 2015).

Die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ betragen im Jahr 2014 7,71 Millionen Euro (vgl. auch Kapitel 1). 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: im Fall, dass die/der Betroffene einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf, jedoch nur, wenn diese/dieser sich dazu bereit erklärt. Der endgültige Rücktritt von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit, wenn der/die Betroffene währenddessen nicht mehr einschlägig straffällig wird oder sich nicht den allfälligen gesundheitsbezogenen Maßnahmen beharrlich entzieht und die Fortsetzung des Strafverfahrens spezialpräventiv geboten ist (Rast 2013).

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 2014 lag das NPSG 48 Delikten (Männeranteil: 90 %) zugrunde, in 24 Fällen (Männeranteil: 83 %) davon war es strafsatzbestimmend („führendes Delikt“).

Tabelle 2.5:
Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte nach NPSG, 2012 bis 2014

Paragraph	Jahr	Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm			Sämtliche Delikte		
		gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
§ 4 NPSG	2012	26	22	4	46	41	5
§ 4 NPSG	2013	37	32	5	66	59	7
§ 4 NPSG	2014	24	20	4	48	43	5

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 BZP im Jahr 2009) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Übereinkommen anzupassen. Dies ist zuletzt mit der SMG-Novelle im Jahr 2007 erfolgt (BGBl I Nr. 2007/110), in der z. B. die „große Menge“ als eine das 15-fache der Grenzmenge übersteigende Menge definiert wurde. Eine ausführlichere Beschreibung der SMG-

Novelle 2007 findet sich in GÖG/ÖBIG 2008b) und geht auch auf die gleichzeitig forcierte Stärkung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ ein.

Das Budgetbegleitgesetz 2011 (BGBl I 111/2010) hatte eine Reduktion der Ausgaben für stationäre Behandlung zum Ziel. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit für eine eigene ärztliche Einrichtung der Justiz für die Beurteilung der Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme geschaffen. Ein weiteres Ziel war es, 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 die Einziehung und Vernichtung von Suchtgift (v. a. von Cannabispflanzen) vorgesehen.

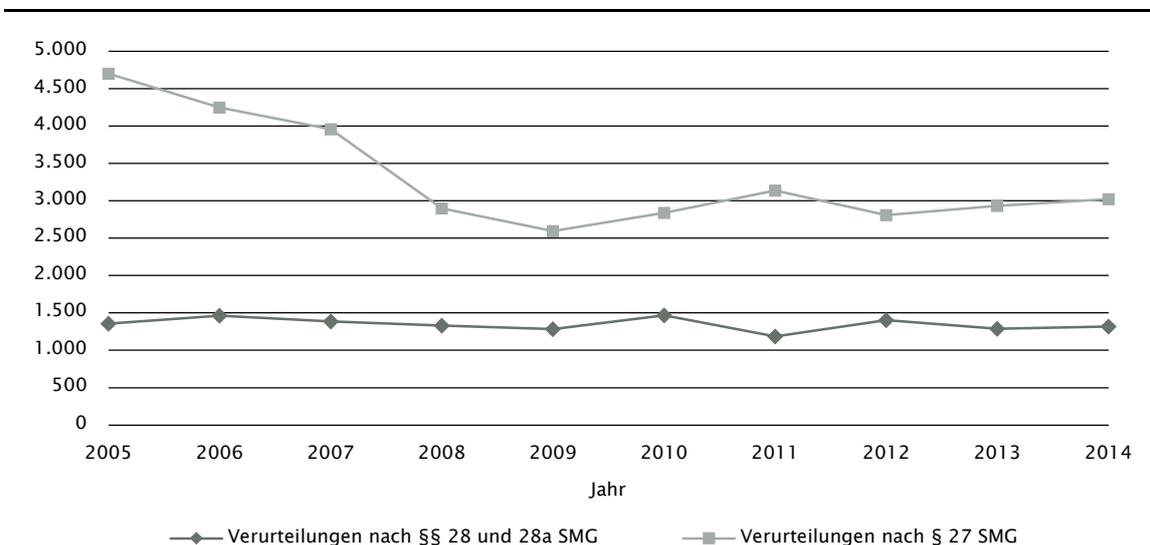
Nachfolgende Abbildung 2.1 aus der gerichtlichen Kriminalstatistik zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Seit 2008 verlaufen die entsprechenden Zahlen im Wesentlichen kontinuierlich, lediglich im Jahr 2008 zeigt sich ein leichter Aufwärtssknick bei den Verurteilungen nach § 27 SMG und ein leichter Abwärtssknick bei den Verurteilungen nach § 28 SMG. Die Daten aus 2012, 2013 und 2014 sind aufgrund des in Abschnitt 2.2.2 erwähnten Zeitreihenbruchs¹⁷ möglicherweise nur eingeschränkt mit den Daten aus den Jahren davor vergleichbar (vgl. auch Tabelle A2. 1).

17

Ab 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 der Statistik Austria ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem – im Fall mehrerer strafbarer Handlungen – höchsten angedrohten Strafraumen). Dadurch könnte im Jahr 2012 ein Zeitreihenbruch auftreten, wodurch nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich wäre.

Abbildung 2.1:

Anzahl der Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG, 2005–2014*



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 Strafrahmen nach schwerste Delikt – dargestellt. Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

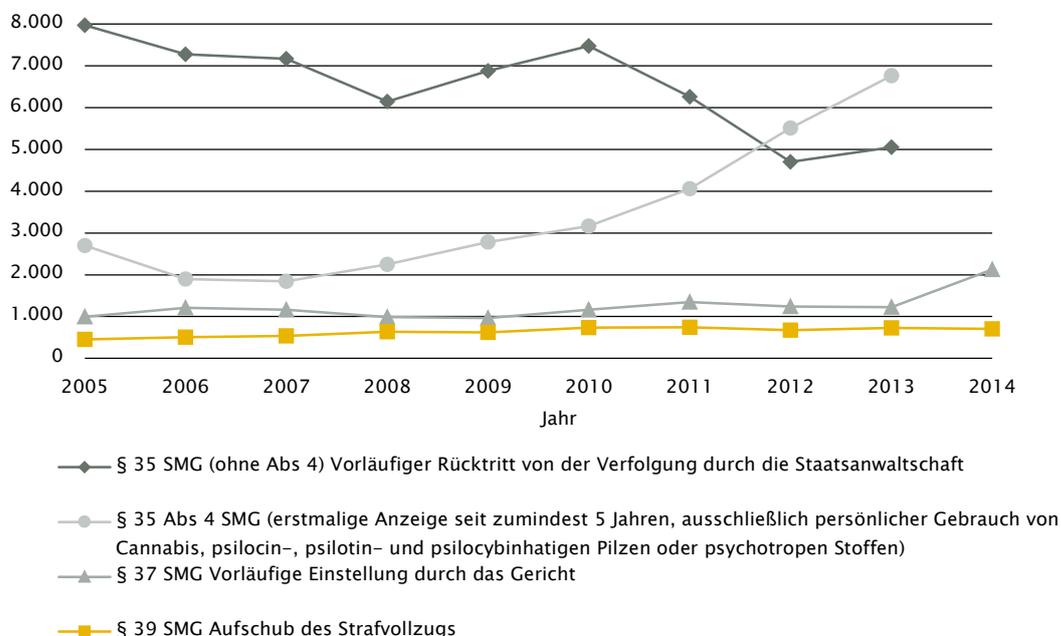
* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der Statistik Austria, sondern vom Gericht durchgeführt.

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

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 2014. Bei den vorläufigen Rücktritten von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 Abs 4 zeigt sich seit 2007 ein erheblicher Anstieg.

Abbildung 2.2:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2005-2014



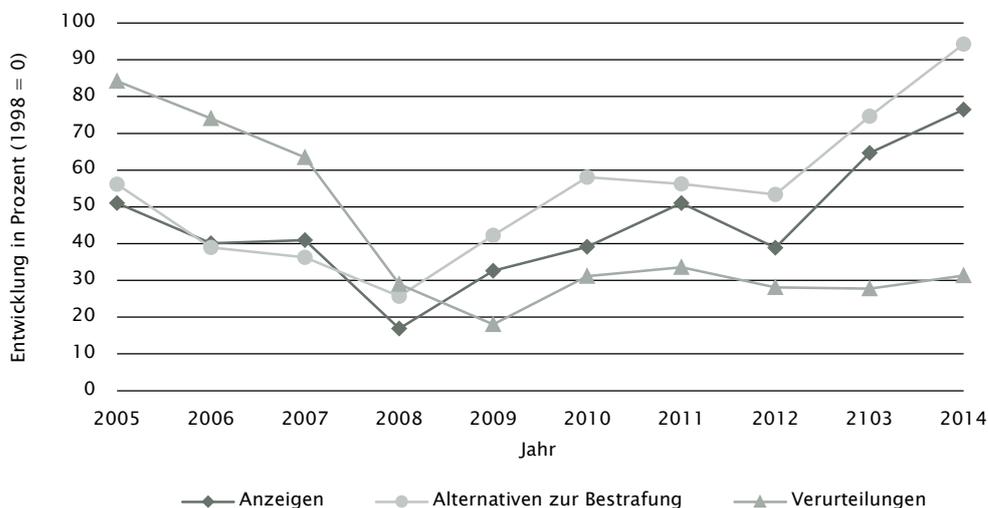
Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
 Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft
 Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.
 Ab 2014 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 eine Erfassung bzw. Auswertung einzelner Absätze nicht möglich ist.

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

Interessant ist der Vergleich, wie sich Anzeigen und Verurteilungen sowie die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung entwickeln. Basierend auf einem Index, der auf hundert Prozent im Jahr 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abbildung 2.3, dass ab 2008 Anzeigen und gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig etwa gleich ansteigen, während sich die Verurteilungen erst 2009 diesem steigenden Trend anschließen. Nach kurzzeitigem Abflachen der Kurve nehmen die Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung bis ins aktuelle Berichtsjahr wieder stark zu. Die Verurteilungen bleiben im Wesentlichen auf dem Niveau des Jahres 2010.

Abbildung 2.3:

Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2005–2014*



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“, d. h. das dem Strafraum nach schwerste Delikt, dargestellt.

* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der 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/ÖBIG

Die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ (vgl. Kapitel 1) entsprachen im Jahr 2014 den Ausgaben von 2013. Wie bereits in GÖG/ÖBIG (2012) berichtet, wurde 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 dabei, 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 passierte es auch, 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).

2.4 Neue Entwicklungen

Die bereits in Weigl et al. 2014 beschriebene Änderung bezüglich der Substanz Gamma-Hydroxybuttersäure (GHB), die nun laut SV als Suchtgift gilt (vgl. BGBl II Nr. 242/2014 und BGBl II Nr. 243/2014), ist mit 1. 1. 2015 in Kraft getreten (Bayer, p. M.). Mit dem BGBl II Nr. 242/2014 wurde die ebenfalls in Weigl et al. 2014 erwähnte und am 1. 10. 2014 in Kraft getretene Versorgung der

Bedarfsträger mit Formularen für die Substitutionsverschreibung in das Drucksorten-Bestellservice der Krankenversicherungsträger integriert (Bayer, p. M.).

Die Regierungsvorlage für ein Strafrechtsänderungsgesetz 2015¹⁸ beinhaltet u. a. eine Änderung der Verfahrensabläufe in folgender Hinsicht: In Fällen, in denen sich bei polizeilichem Verdacht auf ein nicht schweres Suchtgiftdelikt der Anfangsverdacht ausschließlich auf eine Tatbegehung für den persönlichen Suchtgiftgebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen, ohne dass die verdächtige Person daraus einen Vorteil gezogen hat, richtet, erfolgt statt einer Anzeige an die Justiz nur eine Meldung an die Gesundheitsbehörde. Damit soll eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden bei Suchtmittelmissbrauch und eine Ressourcenkonzentration bei den Staatsanwaltschaften auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte ermöglicht werden, ohne gleichzeitig eine gesetzliche Entkriminalisierung zur Folge zu haben. Die vorgeschlagenen Änderungen werden von Fachleuten in den dazu eingelangten Stellungnahmen zwar begrüßt, dennoch wurden auch Bedenken geäußert. Diese beziehen sich u. a. auf potentielle und nicht intendierte Auswirkungen auf einzelne Gruppen von Betroffenen, wie Gelegenheitskonsumierende. Das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 wurde am 7. 7. 2015 vom Nationalrat beschlossen (BGBl I Nr. 112/2015), die geplanten Änderungen des SMG treten mit 1. 1. 2016 in Kraft.

In Begutachtung bis 7. 7. 15 war der Entwurf für eine SV-Novelle, mit dem das aus Cannabisextrakt hergestellte Delta-9-Tetrahydrocannabinol – sofern es einen für pflanzliche Arzneiwirkstoffe vorauszusetzenden Reinheitsgrad aufweist – der ärztlichen Verschreibung in Form magistraler Zubereitungen zugänglich gemacht werden soll. Delta-9-Tetrahydrocannabinol, das in der Medizin zur Behandlung bei verschiedenen Indikationen angezeigt ist, wurde bis dato synthetisch hergestellt und ist in seiner synthetischen Form bereits nach geltendem Suchtmittelrecht der ärztlichen Verschreibung in Form magistraler Zubereitungen¹⁹ zugänglich und gelangt solcherart auch zum Einsatz. Künftig soll – neben einer zugelassenen, aus Cannabisextrakten hergestellten Arzneispezialität – auch das aus Cannabisextrakt hergestellte Delta-9-Tetrahydrocannabinol in entsprechender Qualität mit hohem Reinheitsgehalt als Wirkstoff zur Verfügung stehen.

2.5 Zusätzliche Informationen

Hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist auch die **Anwendung der in § 11 SMG genannten gesundheitsbezogenen Maßnahmen** interessant. Die folgende Abbildung 2.4 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2014 eine gesundheitsbezogene Maßnahme als notwendig erachtet bzw. in welchem Ausmaß der Konsum als nicht behandlungsrelevant eingestuft wurde.

18

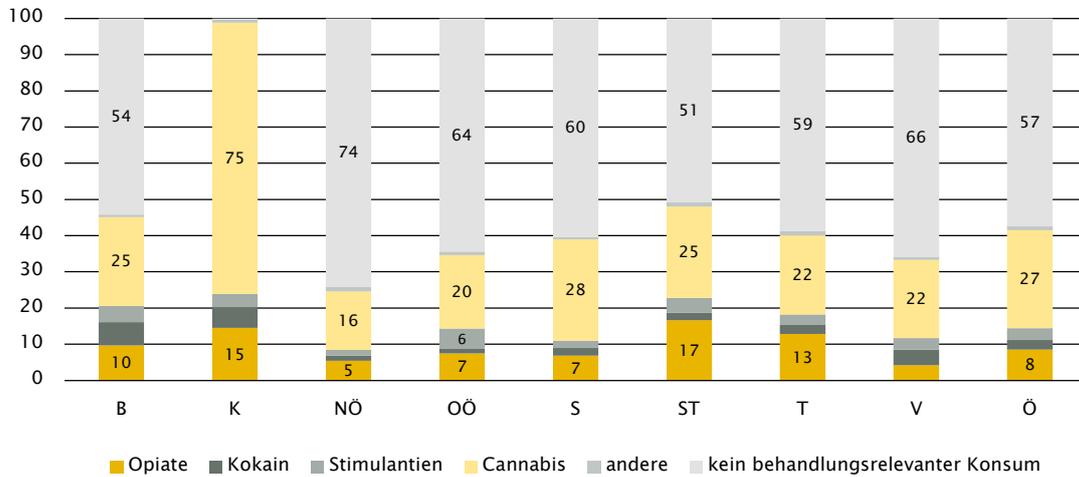
Siehe unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00689/index.shtml (22.7.2015)

19

Unter magistralen Zubereitungen werden Einzelanfertigungen von Medikamenten in der Apotheke aufgrund von ärztlichen Verschreibungen verstanden.

Abbildung 2.4:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum) 2014

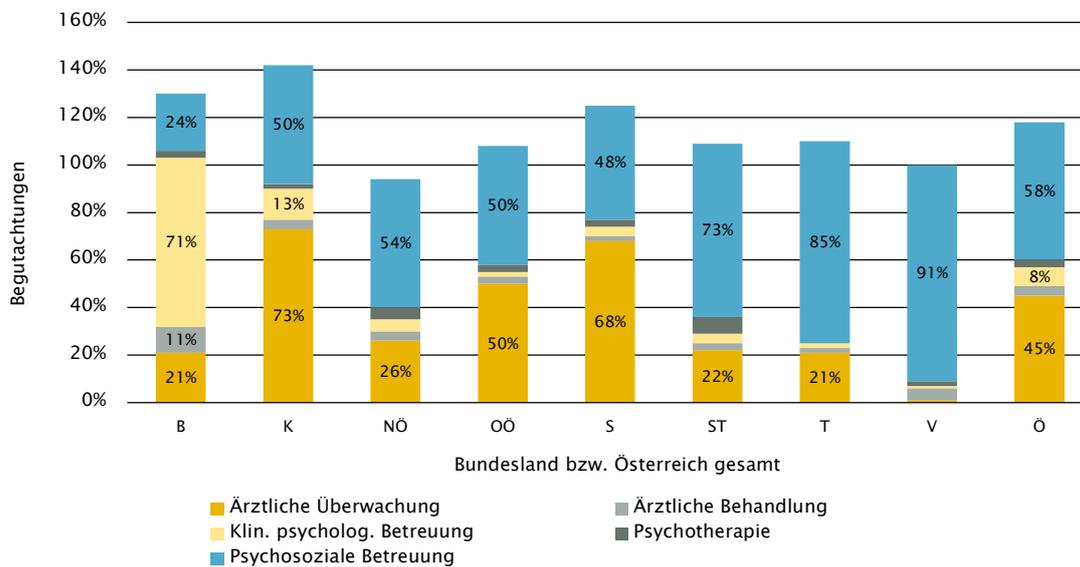


Quelle: eSuchtmittel, Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

Aus Abbildung 2.5 ist ersichtlich, auf welche Art gesundheitsbezogener Maßnahmen bei ausschließlichem Konsum von Cannabis im Jahr 2014 hingewirkt wurde, wobei pro Fall auch mehrere gesundheitsbezogene Maßnahmen empfohlen werden können. Abbildung 2.6 zeigt die Art gesundheitsbezogener Maßnahmen für jene Fälle, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden (oft auch zusätzlich anderer Drogen) festgestellt wurde. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine nach wie vor doch recht unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG.

Abbildung 2.5:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis, nach Bundesland, 2014

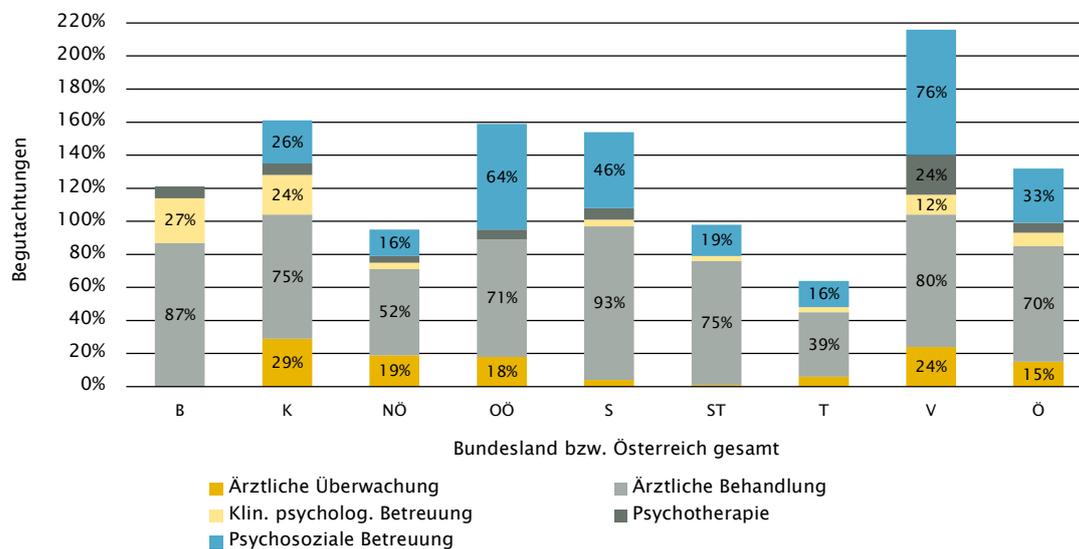


Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird ausschließlich der Missbrauch von Cannabis erwähnt. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

Quelle: eSuchtmittel, Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

Abbildung 2.6:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opiode nach Bundesland, 2014



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). 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

Quelle: eSuchtmittel, Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

Ergänzend soll auch auf **Änderungen des Tabakgesetzes** (BGBl I Nr. 431/1995) hingewiesen werden, das das Herstellen und In-Verkehr-Bringen von Tabak-Erzeugnissen sowie den Nichtraucherchutz regelt. Die darin enthaltenen Bestimmungen zum Nichtraucherchutz wurden auf Basis eines politischen Kompromisses im Jahr 2008 im Tabakgesetz verankert. Sie wurden jedoch seit-her immer wieder als nicht ausreichend kritisiert. Im Frühjahr 2015 wurde schließlich eine weitere Novelle zum Tabakgesetz in Begutachtung gegeben und Anfang Juli 2015 beschlossen²⁰. Ziel dieser Novelle ist eine Verbesserung des Nichtraucherchutzes. Zukünftig gilt ein uneingeschränktes Rauchverbot in der Gastronomie sowie bei Veranstaltungen in Räumen öffentlicher Orte, bei denen Speisen und Getränke hergestellt und/oder eingenommen werden (z. B. Festzelte). Gleichzeitig werden die Rauchverbote auch auf Wasserpfeifen und verwandte Erzeugnisse ausgedehnt. Während Letzteres ab 20. Mai 2016 in Kraft tritt, gilt der verschärfte Nichtraucherchutz ab 1. Mai 2018.

20

Siehe unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00734/index.shtml (22.7.2015)

Im Jahr 2014 ist aufgrund der internationalen Entwicklungen auch in Österreich eine Debatte hinsichtlich der **Legalisierung von Cannabis** in Gang gesetzt worden. Eine parlamentarische Bürgerinitiative zur Herausnahme von Cannabis aus dem Österreichischen Suchtmittelgesetz, die am 4. 8. 2014 in den Nationalrat eingebracht wurde, wurde von 32.381 Bürgerinnen und Bürgern unterschrieben. Ziel der Bürgerinitiative war die Legalisierung von Anbau und Herstellung von Cannabis für den persönlichen Konsum sowie Erwerb und Besitz von Cannabis in geringen Mengen ab dem Erreichen des 16. Lebensjahres. Es wurde vorgeschlagen, dass für die Herstellung größerer Cannabis-Mengen eine Lizenz erworben werden kann, als Vertriebsstellen für Cannabis-Produkte sollten Trafiken, Apotheken und andere lizenzierte Abgabestellen fungieren. Die Bürgerinitiative wurde am 30. Juni 2015 im Justizausschuss des Nationalrats gemeinsam mit dem Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (siehe Abschnitt 2.4) behandelt²¹.

2.6 Quellen und Methodik

Quellen

eSuchtmittel: Das SMG verpflichtet das BMG zur Führung einer personenbezogenen Datenevidenz (§ 24ff). Darin werden Mitteilungen des BMI und der Justiz über Anzeigen und Strafverfahren nach dem SMG vorgemerkt, woraus wiederum die Justiz sowie einige andere im SMG genannte Behörden auskunftsberechtigt sind (§ 24a Abs 1 und 2). Ferner werden von den Gesundheitsbehörden die Ergebnisse der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen bei Hinweisen auf Suchtgiftmissbrauch (§ 12) gemeldet (§ 24a Abs 3). Ein Substitutionsregister (§ 24b) dient zur frühestmöglichen Erkennung und Hintanhaltung von Mehrfachverordnungen von Substitutionsmedikamenten für Opioidabhängige durch die Gesundheitsbehörden. All diese Daten werden von den Gesundheitsbehörden in eSuchtmittel erfasst und stehen seit Umsetzung der SMG-Novelle 2008 (BGBl I Nr. 143/2008) im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister als Datenbasis zur Verfügung. Gemeinsam mit den Daten, die dem BMG, dem BMI und der 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 sie 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 Daten zu den Anzeigen werden vom BMI gesammelt, aufbereitet und zur Verfügung gestellt (siehe BMI 2015). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wider. Daten zur Diversion wurden ausschließlich vom BMJ gemeldet bzw. dem Sicherheitsbericht (BMJ 2015) entnommen. In Abschnitt 2.2.2 wurde darauf hingewiesen, dass seit 2012 in der Statistik die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrundeliegender Suchtmitteldelikte erfasst ist. Dabei hat sich gezeigt, dass viel öfter wegen Delikten nach

21

Vgl. Ausschussbericht für die 86. Sitzung des Nationalrats unter <http://www.parlament.gv.at/> (22.7.2015)

den §§ 27 und 28 SMG verurteilt wurde, als diese Delikte strafsatzbestimmend waren, und dass ein großer Teil der nach dem SMG Verurteilten wegen mehrerer SMG-Delikte verurteilt wurde. Das zeigt bei Delikten mit relativ geringen Strafdrohungen besonders starke Auswirkungen in der Statistik, da bisher bei einer Verurteilung wegen mehrerer strafbarer Handlungen die Verurteilung in der Statistik dem Delikt mit dem höchsten Strafraumen (= führendes bzw. strafsatzbestimmendes Delikt) zugeordnet wurde.

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 im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (<https://www.ris.bka.gv.at/>).

2.7 Bibliographie

- 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.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2008b). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Köchl, B.; Danner, S.; Jagsch, R.; Brandt, L.; Fischer, G. (2014). Health-related and legal interventions: A comparison of allegedly delinquent and convicted opioid addicts in Austria. In: Drug Science, Policy and Law 1.
- ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- 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.

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

2.8 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. 1972/413. Rezeptpflichtgesetz

BGBI. 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBI. 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

BGBI. I 1995/431. Tabakgesetz

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. I 1997/120. Führerscheinggesetz

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

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

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. I 2007/30. Anti-Doping-Bundesgesetz 2007

BGBl. I 2007/110. Suchtmittelgesetz–Novelle 2007

BGBl. I 2008/143. Suchtmittelgesetz–Novelle 2008

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

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

BGBl. II 2011/468 v. 30.12.2011. Neue–Psychoaktive–Substanzen–Verordnung (NPSV)

BGBl. I 2014/71. Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014

BGBl. I 2015/112. Bundesgesetz, mit dem das Strafgesetzbuch, das Suchtmittelgesetz, die Strafprozessordnung 1975, das Aktiengesetz, das Gesetz vom 6. März 1906 über Gesellschaften mit beschränkter Haftung, das Gesetz über das Statut der Europäischen Gesellschaft, das Genossenschaftsgesetz, das ORF–Gesetz, das Privatstiftungsgesetz, das Versicherungsaufsichtsgesetz 2016, und das Spaltungsgesetz geändert werden (Strafrechtsänderungsgesetz 2015)

2.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Gesundheit

2.10 Anhang

Tabelle A2. 1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2005–2014

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 %
2005	6.128	1.357	4.702	45.691	13,4
2006	5.795	1.464	4.246	43.414	13,3
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
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

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“, d. h. das dem Strafrahmen nach schwerste Delikt, dargestellt.

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

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

Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A2. 2:

Anzahl rechtskräftig Verurteilter nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2014*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	565	1.222	851	550	792	3.980
	weiblich	46	116	86	48	92	388
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	99	274	248	193	394	1.208
	weiblich	7	19	23	15	47	111
§ 27 SMG	männlich	466	946	597	353	388	2.750
	weiblich	39	97	63	32	42	273

§ 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.

* Ab 2012 kommt es dabei zu einem Zeitreihenbruch, da ab diesem Berichtsjahr die vom Gericht übermittelte Strafsatzbestimmung ausgewiesen wird. Davor wurde das „führende Delikt“ von der 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 nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A2. 3:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2014*

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Straf- formen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	78	121	18	24	20	261
	Erwachsene	1.057	1.141	662	1.084	163	4.107
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	4	22	11	4	5	46
	Erwachsene	30	292	333	540	78	1.273
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	74	99	7	20	15	215
	Erwachsene	1.021	840	328	535	84	2.808

Jugendliche = Personen, die zur Zeit der Tat jünger als 18 Jahre waren

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

¹ Sonstige Strafformen: teilbedingte Strafen (nach § 43a Abs 2 StGB) in der Form einer Kombination von unbedingter Geldstrafe und bedingter Freiheitsstrafe, Unterbringung in einer Anstalt (nach § 21 Abs 1 StGB oder nach § 21 Abs 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB, nur bei Jugendlichen Schuldspruch unter Vorbehalt der Strafe (§ 13 JGG) und Schuldspruch ohne Strafe (§ 12 JGG).

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.

* Ab 2012 kommt es dabei zu einem Zeitreihenbruch, da ab diesem Berichtsjahr die vom Gericht übermittelte Strafsatzbestimmung ausgewiesen wird. Davor wurde das „führende Delikt“ von der 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 nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A2. 4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung,
2005–2014

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014**
Gesamt	11.660	10.379	10.175	9.384	10.627	11.807	11.667	11.455	13.044	14.506
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwalt- schaft*	10.668	9.173	9.008	8.399	9.661	10.643	10.319	10.215	11.818	12.378
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psi- lotin- und psilocybinhaltigen Pilzen o- der psychotropen Stoffen)*	2.697	1.895	1.841	2.249	2.780	3.166	4.059	5.515	6.766	-
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	992	1.206	1.167	985	966	1.164	1.348	1.240	1.226	2.128
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	452	507	540	638	624	733	741	673	728	705

* Bis 2013 wurden diese Daten 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 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/ÖBIG

Drogenkonsum

Inhalt

3	DROGENKONSUM.....	49
3.1	Zusammenfassung.....	49
3.2	Cannabis	51
3.2.1	Aktuelle Situation.....	51
3.2.1.1	Prävalenz und Trends	51
3.2.1.2	Risikoreiche Cannabiskonsum-Muster und Behandlung	53
3.2.2	Quellen und Methodik	54
3.3	Stimulantien	58
3.3.1	Aktuelle Situation.....	58
3.3.1.1	Prävalenz und Trends	58
3.3.1.2	Risikoreiche Konsummuster und Behandlung bei Konsum von Stimulantien	60
3.3.2	Quellen und Studien.....	63
3.4	Heroin und andere Opioide	64
3.4.1	Aktuelle Situation.....	64
3.4.1.1	Prävalenz und Trends	64
3.4.1.2	Risikoreiche Konsummuster und Behandlung bei Opioiden	68
3.4.2	Quellen und Methodik	69
3.5	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen.....	70
3.5.1	Neue Psychoaktive Substanzen und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	70
3.5.2	Quellen und Methodik	71
3.6	Bibliographie und Anhang	72

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bei der Prävalenz des Drogenkonsums wird unterschieden zwischen der Lebenszeitprävalenz (Droge wurde irgendwann im Leben konsumiert), der Jahresprävalenz (Droge wurde im letzten Jahr konsumiert) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum 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 im Bezug auf Cannabis mit Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von rund 2 bis 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin und von rund 1 bis maximal 2 Prozent für Opioide.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und von weitgehend unproblematischem gelegentlichen Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische 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, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, spielt in Österreich hier die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 28.000 und 29.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich, 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine Rolle. Man schätzt, dass 11.000 bis 15.000 Personen vorwiegend injizierend konsumieren.

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 dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt. Die wenigen verfügbaren Daten zum Konsum von *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.

Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen starken Rückgang des risiko-reichen Opioidkonsums bei der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/innen). Wie nachhaltig diese Entwicklung ist und ob dies einen Rückgang des illegalen Suchtmittelkonsums insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Aus Oberösterreich liegen Hinweise auf eine lokale Methamphetaminszene vor. Ob es sich dabei um ein vorübergehendes Phänomen ähnlich dem zeitweise aufgekommenen Konsum von Mephedron in der Steiermark handelt oder um eine nachhaltige Veränderung der Konsummuster, kann noch nicht gesagt werden.

Relevante Studien

Die letzte österreichweite, den Konsum von illegalen Drogen in der Allgemeinbevölkerung fokussierende Studie wurde in Österreich 2008 durchgeführt, die letzte Befragung von Schülerinnen und Schülern im Rahmen der Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (ESPAD) im Jahr 2007. Aktuell läuft die Datenerhebung für ESPAD 2015. Eine Repräsentativbefragung zu Substanzkonsum in der Allgemeinbevölkerung 2015/2016 ist in Vorbereitung. Beide Projekte werden im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführt.

3.2 Cannabis

3.2.1 Aktuelle Situation

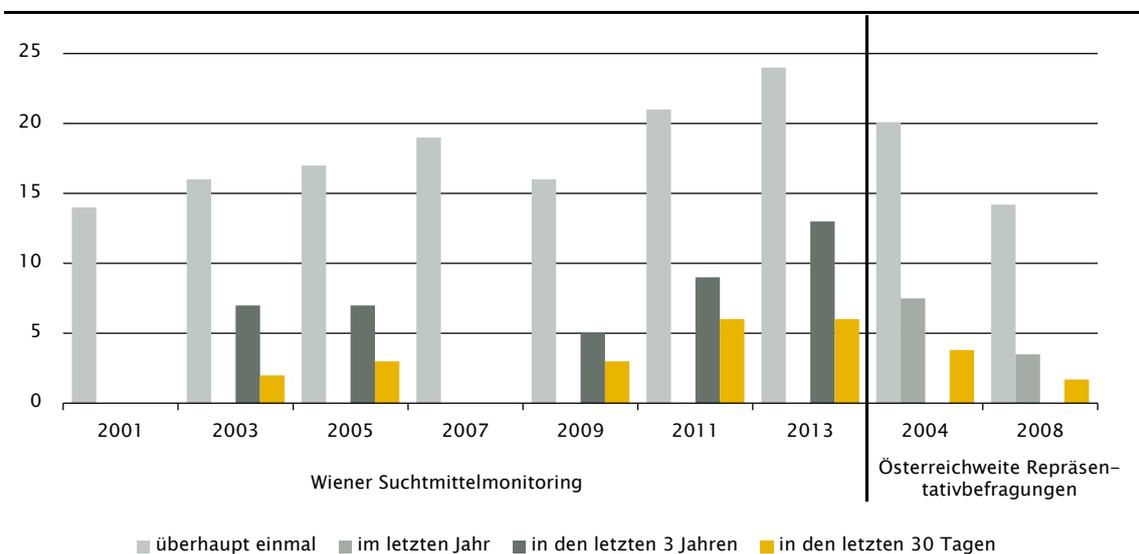
3.2.1.1 Prävalenz und Trends

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Das Wiener Suchtmittel-Monitoring zeigt über die Jahre einen kontinuierlichen Anstieg der Lebenszeitprävalenz für den Cannabiskonsum. Bei den österreichweiten Repräsentativerhebungen zeigt sich ein gegenläufiger Trend (vgl. Tabelle A3. 1). Dieser Trend ist jedoch vermutlich auf erhebungstechnische Artefakte zurückzuführen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009). Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich meist auf eine kurze Zeitspanne, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsyms im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 3.1)

Abbildung 3.1:

Cannabis: Lebenszeiterfahrung, Konsum in den letzten drei Jahren, im letzten Jahr und im letzten Monat aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring und aus den beiden österreichischen Repräsentativerhebungen (Zeitreihe)



Anmerkung: Wenn ein Jahresbalken fehlt, wurde die entsprechende Information in diesem Jahr nicht abgefragt.

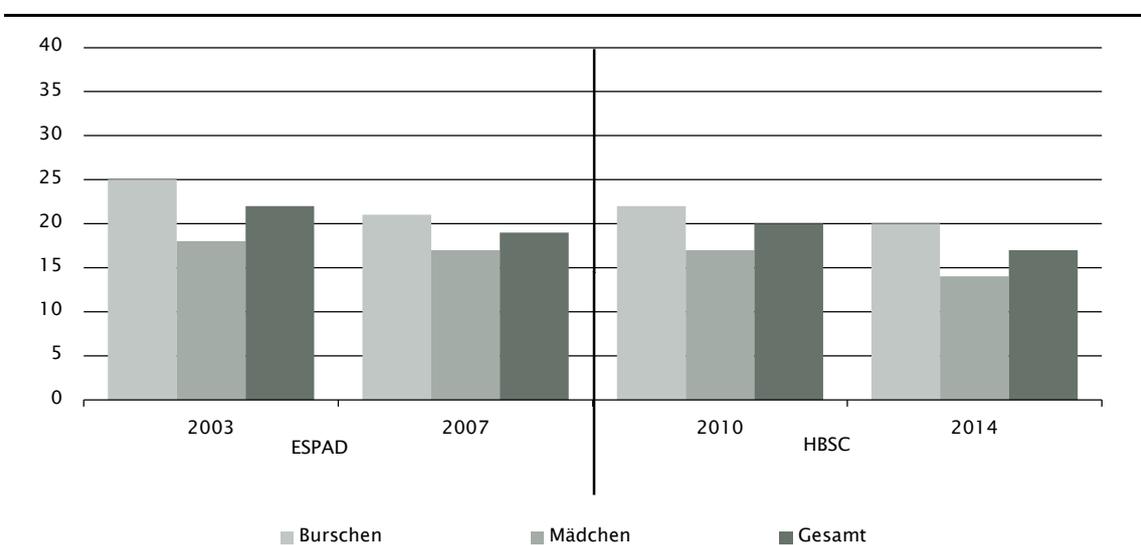
Quelle: IFES 2001 bis 2013; Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aktuellere Daten liegen aus Oberösterreich vor (Seyer und Paulik 2015). Im Rahmen des Drogenmonitorings Oberösterreich wurde bei den 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz bezüglich des Cannabiskonsums von 26 Prozent, eine Jahresprävalenz von sechs Prozent und eine Monatsprävalenz von drei Prozent erhoben.

Aktuelle österreichweite Zahlen wird die derzeit in Vorbereitung befindliche und vom GÖG-Kompetenzzentrum Sucht im Auftrag des BMG und der EU durchgeführte Studie zum Konsum von illegalen Drogen und Alkohol liefern (Publikation voraussichtlich 2016).

Cannabiskonsum bei Jugendlichen

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



Anmerkung: ESPAD: Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen, HBSC: Health-Behaviour in School-aged Children. Die ESPAD-Befragungsdaten beziehen sich auf 15- und 16-Jährige, die HBSC-Befragungsdaten auf 15- und 17-Jährige.

Quelle: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In den Befragungen von Schülerinnen und Schülern gibt etwa ein Fünftel an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben (vgl. Tabelle A3. 2). Burschen weisen immer eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Befragungen jüngeren Datums zeigen etwas niedrigere Werte (vgl. Abbildung 3.2). Ob dies als Trend zu interpretieren ist kann derzeit noch nicht gesagt werden. Hier gilt es, das Ergebnis der derzeit laufenden ESPAD-Befragung abzuwarten.

Aktuellere Daten für die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen liegen aus Oberösterreich vor (Seyer und Paulik 2015). Im Rahmen des Drogenmonitorings Oberösterreich wurde bei jungen Erwachsenen eine Lebenszeitprävalenz bezüglich des Cannabiskonsums von 35 Prozent, eine Jahresprävalenz von 13 Prozent erhoben.

In einer österreichweiten Onlinebefragung von Marketagent.com wurden 3.073 Jugendliche und junge Erwachsene (14 bis 29 Jahre) auch nach der Lebensprävalenz des Cannabiskonsums gefragt. 40 Prozent der Befragten gab an, Cannabis bereits einmal im Leben konsumiert zu haben (Knechtsberger und Schwabl 2014).

Aktuelle österreichweite Zahlen wird die derzeit vom GÖG-Kompetenzzentrum Sucht im Auftrag des BMG durchgeführte Studie im Rahmen von ESPAD liefern (Publikation voraussichtlich 2015/2016)

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

3.2.1.2 Risikoreiche Cannabiskonsum-Muster und Behandlung

Aktuelle spezifische Studien zum risikoreichen Cannabiskonsum liegen nicht vor.

Behandlung von Personen mit Cannabiskonsum

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. Im Jahr 2014 wurde in 1.216 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Busch et al. 2015 in Vorbereitung bzw. Kapitel 2). Dem stehen 19.262 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 einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis aufweist.

2014 befanden sich etwa 2.000 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in einer Einrichtung der Suchthilfe in Betreuung (vgl. Kapitel 5). Eine vertiefende Analyse aus dem Jahr 2012 zeigte jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor dem Behandlungsbeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum aufwies (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).

Bei den Spitalsentlassungen 2013 kommt schädlicher Gebrauch von Cannabis (31 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (77 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Werden Haupt- und Nebendiagnosen zusammen betrachtet, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.182 Fälle und für Abhängigkeit 615 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 Cannabiskonsum in den genannten Datenquellen nicht groß sein. Nicht erfasst sind gut sozial integrierte Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe suchen.

3.2.2 Quellen und Methodik

Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen: Personen, bei denen aufgrund einer Meldung der Polizei, einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde Hinweise auf Suchtgiftmissbrauch vorliegen, werden von der Gesundheitsbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet. Bezüglich der Begutachtungsergebnisse besteht eine Meldepflicht an das BMG. Insgesamt liegen aus dem Jahr 2014 7.035 Begutachtungsergebnisse über 6.726 Personen vor (einige Personen wurden 2014 mehrfach begutachtet). 4.627 Begutachtungsergebnisse enthalten Angaben zu einem behandlungsrelevanten Drogenkonsum; bei 142 Begutachtungen wurde „Drogenkonsum unbekannt“ vermerkt. 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.

Klientendaten aus dem Dokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI): siehe Kapitel 5

Diagnosen der Leistungsdokumentation der Österreichischen Krankenanstalten (ICD-10 Spitalsentlassungsdiagnosen): Die Zahlen zur stationären Versorgung wurden mittels QGIS-System gewonnen. Die Daten für dieses System stammen aus der Diagnosen und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG/ÖBIG vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthaltes. Zu jedem Aufenthalt gibt es Informationen über die Patientin bzw. 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 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 ergeben sich bei der Schätzung etwa durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, gleichem Geburtsdatum und gleicher Postleitzahl des Wohnorts (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch den Wohnsitzwechsel von Personen mit Änderung auch der Wohnpostleitzahl oder der Änderung der Wohnpostleitzahl ohne Änderung der Wohnortgemeinde (Überschätzung der Patientenzahl).

Studien

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 2013)

Bevölkerungsbefragung 2004: Die Repräsentativerhebung 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 – von 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 (Uhl et al. 2005a).

Bevölkerungsbefragung 2008: Der Fragebogen wurde in 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 Zielgruppe 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 dann, wenn mehrere Personen der definierten Altersgruppe vorhanden waren, mit der Person, die zuletzt Geburtstag hatte, ein Termin vereinbart. 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 erfolgte zwischen 27. Oktober und 1. Dezember 2008. Eine telefonische Kontrolle wurde bei 46 Prozent der Interviews durchgeführt. 73 Bögen mussten ausgeschieden werden, es verblieben 4.196 auswertbare Fragebögen (Uhl et al. 2009).

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 Zahl der zufällig ausgewählten Klassen pro Schultyp erfolgte indirekt proportional zur durchschnittlichen Klassengröße pro Schultyp, um eine möglichst repräsentative Stichprobe des Geburtsjahrgangs 1987 zu ziehen. In die endgültige 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 an bei 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).

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 wird 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 beobachtet. Durch die Konzentration auf diese Altersgruppen kann die Phase des Erwachsenwerdens besonders gut abgebildet werden. 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 Vierjahresrhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste 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%. (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).

Jugend-Trend-Monitor 2014: Von *DocLX & Marketagent.com* wurden 3.073 Computer Assisted Web-Interviews bei web-aktiven österreichischen Jugendlichen im Alter von 14 bis 29 Jahren (Youth Panel XXL) im Zeitraum 21. 07. 2014 bis 5. 9. 2014 durchgeführt. Es wurden Fragen zu „Aussehen und Körper-Kult“, „Legalisierung weicher Drogen“ und „Sexualität und Pornographie“ gestellt (Knechtsberger und Schwabl 2014).

Drogenmonitoring Oberösterreich 2014: 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 wurde ein Panel mit Expertinnen und Experten zum Thema Methamphetamin durchgeführt. Derzeit liegt erst ein vorläufiger Kurzbericht vor (Seyer und Paulik 2015).

3.3 Stimulantien

3.3.1 Aktuelle Situation

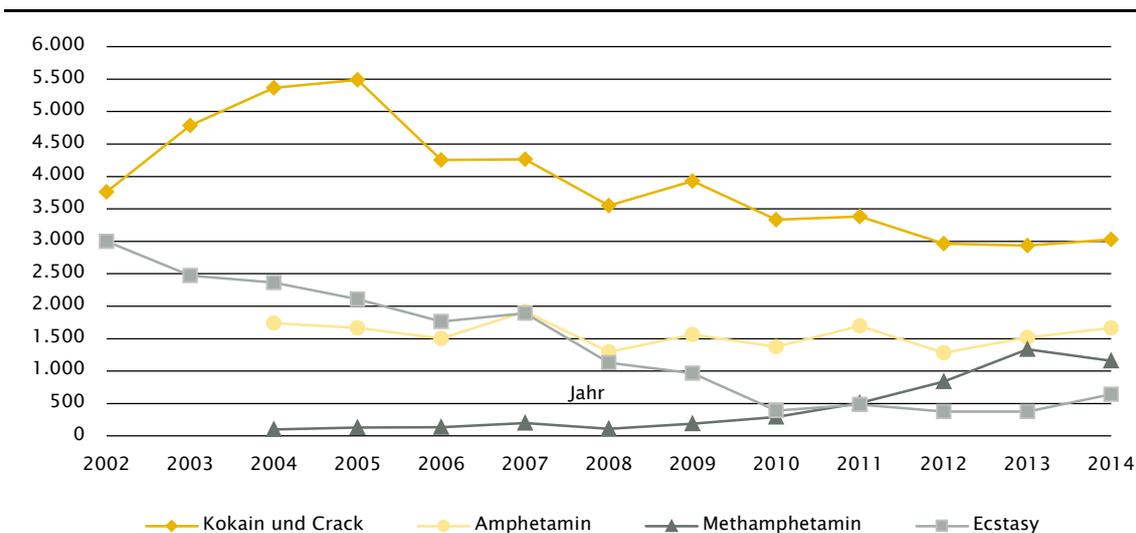
3.3.1.1 Prävalenz und Trends

Die relative Bedeutung verschiedener Stimulantien

Kokain ist jenes Stimulanzium, auf das sich die meisten Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin, Methamphetamin und Ecstasy (vgl. Abbildung 3.3 sowie Kapitel 7). Zu Methamphetamin ist anzumerken, dass 51 Prozent der Anzeigen in Oberösterreich erfolgten, wo sich eine lokale Methamphetaminszene etabliert hat (Busch et al. 2014) und auch verstärkt gezielte polizeiliche Aktivitäten bezüglich Methamphetamin stattfinden.

Abbildung 3.3:

Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich (nach Art des Suchtgiftes) 2002–2014



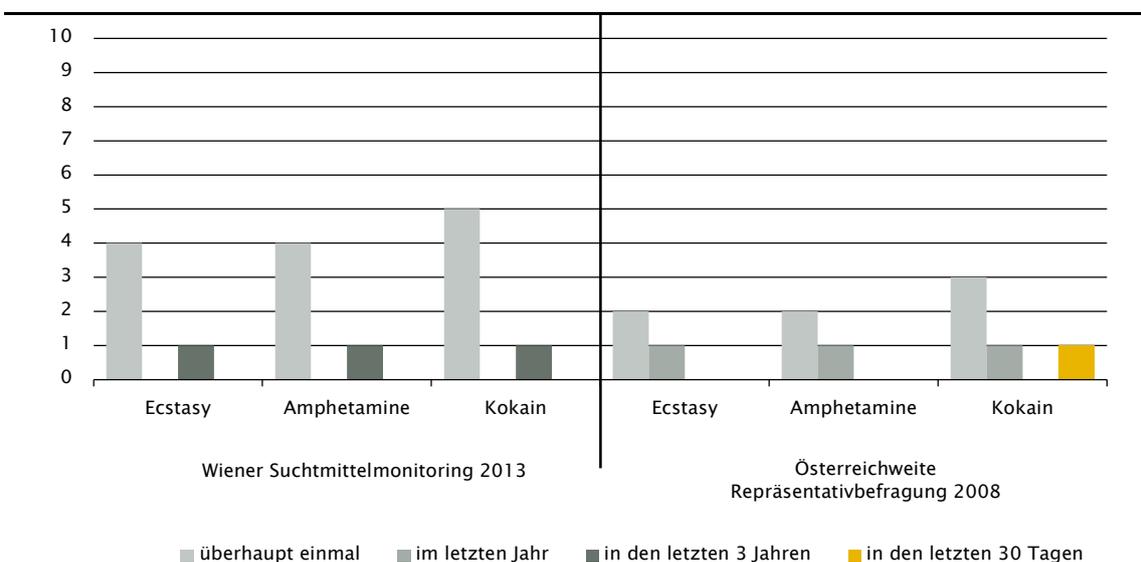
Anmerkung: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass es in Österreich bezüglich Crack kaum Anzeigen gibt.

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

Konsum von Stimulantien in der Gesamtbevölkerung

Erfahrungen mit den Stimulantien Ecstasy, Amphetamine und Kokain hat nur ein sehr kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung (vgl. Abbildung 3.4 und Tabelle A3.1). 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:
Konsum von Stimulantien: Lebenszeiterfahrung, Konsum in den letzten drei Jahren, im letzten Jahr und im letzten Monat (aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring 2013 und aus der österreichischen Repräsentativerhebungen 2008)

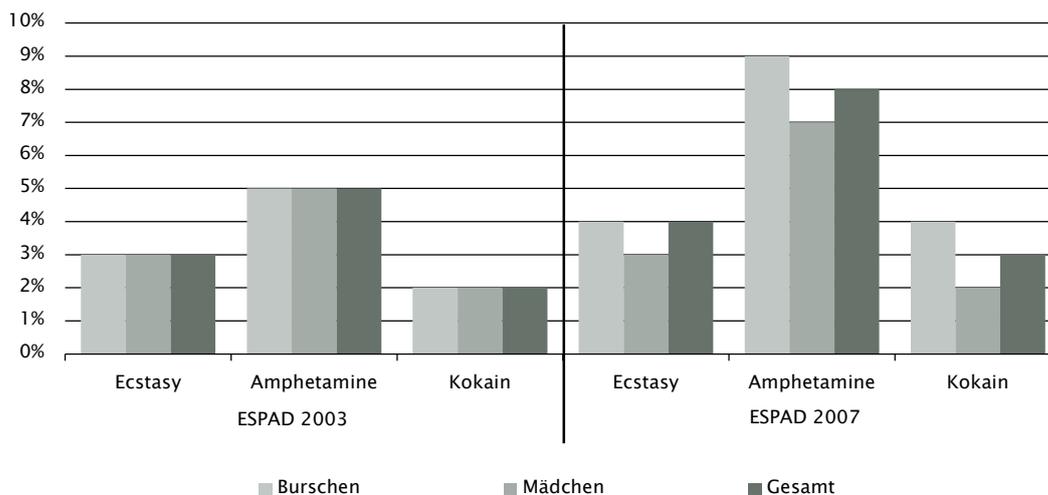


Quelle: IFES 2013; Uhl et al. 2009 Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aktuelle Daten zum Konsum von Stimulantien liegen aus Oberösterreich vor (Seyer und Paulik 2015). Im Rahmen des Drogenmonitorings Oberösterreich 2015 wurde eine Lebenszeitprävalenz bei 15- bis 59-Jährigen 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 der Konsum von Methamphetamin trotz der starken medialen Präsenz nicht in die Allgemeinbevölkerung Eingang gefunden hat. Im zusätzlich zur Bevölkerungsbefragung durchgeführten Expertenpanel „Crystal Meth“ zeigte sich aber, dass es einzelne Subgruppen bzw. Subkulturen gibt, die einen exzessiven Konsum von Methamphetaminen aufweisen. Dies bestärkt die Hypothese, dass sich der Methamphetaminkonsum in Oberösterreich in lokal abgegrenzten Szenen abspielt und kein „Massenphänomen“ darstellt.

Konsum von Stimulantien bei Jugendlichen und spezifischen Zielgruppen

Abbildung 3.5:
Stimulantien: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2003 und 2007)



Quelle: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch bei den Befragungen von Schülerinnen und Schülern zeigen sich durchwegs niedrige Werte hinsichtlich Konsumerfahrungen mit Stimulantien (vgl. Abbildung 3.5 und Tabelle A3. 2). Die im Jahr 2007 etwas höheren Werte bei Amphetaminen sind auf erhebungstechnische Ursachen zurückzuführen. Eine qualitative Validierungsstudie zeigte, dass einige Befragten irrtümlich Energy Drinks der Kategorie Amphetamine zugeordnet hatten (Schmutterer et al. 2008).

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

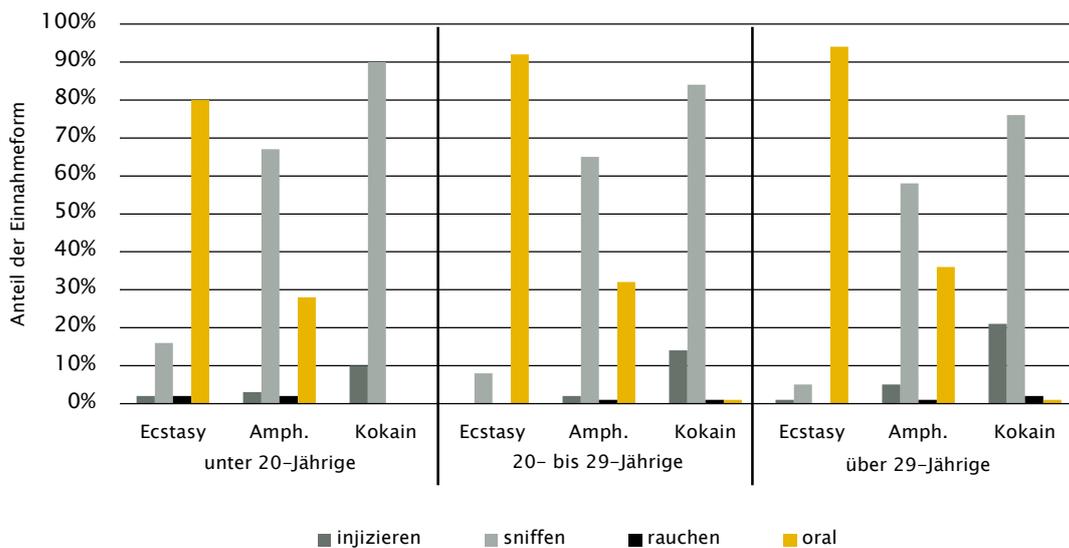
3.3.1.2 Risikoreiche Konsummuster und Behandlung bei Konsum von Stimulantien

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 bei Kokain mit dem Alter der Konsumentinnen/Konsumenten zunimmt (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:

Stimulantien: Vorwiegende Einnahmeform von Personen, die 2014 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen)



Anmerkung: Amph.=Amphetamin

Quelle: DOKLI (Klientenjahrgang 2014)

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

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 von Methamphetamin wird von einzelnen Fachleuten das Fehlen adäquater Behandlungsmöglichkeiten (z. B. durch Substitutionsbehandlung) kritisiert (Seyer und Paulik 2015).

Risikoreicher/problematischer Konsum von Stimulantien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulantien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 11 SMG. Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Am

häufigsten wird als Stimulantienkonsum ein behandlungsrelevanter Konsum von Kokain festgestellt, gefolgt von Amphetamin. In der Kategorie Amphetamine ist bei den amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert, was die vergleichsweise hohen Werte in Oberösterreich erklärt (lokale Methamphetamin-Szene, vgl. Busch et al. 2014). Allerdings sind mittlerweile auch die Zahlen in Oberösterreich rückläufig (Im Jahr 2013 wurden in Oberösterreich noch 84 Fälle mit behandlungsrelevantem (Meth-)Amphetaminkonsum registriert).

Tabelle 3.1:
Bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien (2014)

	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö
Ecstasy	2	9	6	11	2	3	0	3	36
(Meth)Amphetamin	5	10	14	35	6	15	7	16	108
Kokain	10	29	16	11	9	9	6	26	116

Anmerkung: 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

Im Jahr 2014 befanden sich etwa 600 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 350 Personen wegen des Konsums anderer Stimulantien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in einer Einrichtung der Suchthilfe in Betreuung. Insbesondere Kokainkonsum wird jedoch relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen 2013 kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (6 Fälle) und Kokaabhängigkeit (17 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 213 Fälle und für Abhängigkeit 121 Fälle. Schädlicher Gebrauch (15 Fälle) und Abhängigkeit (34 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 169 Fälle und für Abhängigkeit 105 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 gut sozial integrierte Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulantien, die keine Hilfe oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

3.3.2 Quellen und Studien

Quellen

Daten zu Anzeigen nach dem Suchmittelgesetz: siehe Kapitel 7

Amtsärztliche Begutachtungen: siehe Abschnitt 3.2.2

Daten aus dem Klientendokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI): siehe Kapitel 5

Diagnosen der Leistungsdokumentation der Österreichischen Krankenanstalten (ICD-10 Spitalsentlassungsdiagnosen: siehe Abschnitt 3.2.2

Studien

Wiener Suchtmittel-Monitoring: siehe Abschnitt 3.2.2

Bevölkerungsbefragung 2008: siehe Abschnitt 3.2.2

ESPAD 2003: siehe Abschnitt 3.2.2

ESPAD 2007: siehe Abschnitt 3.2.2

Drogenmonitoring Oberösterreich 2014: siehe Abschnitt 3.2.2

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Aktuelle Situation

3.4.1.1 Prävalenz 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 2015). Im Jahr 2014 erfolgten 1.529 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiaten (wobei es sich bei den anderen Opiaten um Einzelfälle handelte) und 1.616 Anzeigen wegen suchtgifthältiger Medikamente (vgl. Tabelle A7. 5). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide bei illegalem Opioidkonsum in Österreich dar. Stellt man die Menge der durch die Polizei sichergestellten Substitutionsmittel der insgesamt verschriebenen Menge gegenüber, so zeigt sich, dass lediglich 0,10 Prozent der verschriebenen Substitutionsmittel am Schwarzmarkt beschlagnahmt wird (GÖG/ÖBIG 2013b).

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

Die Schätzungen des Opioidkonsums 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.

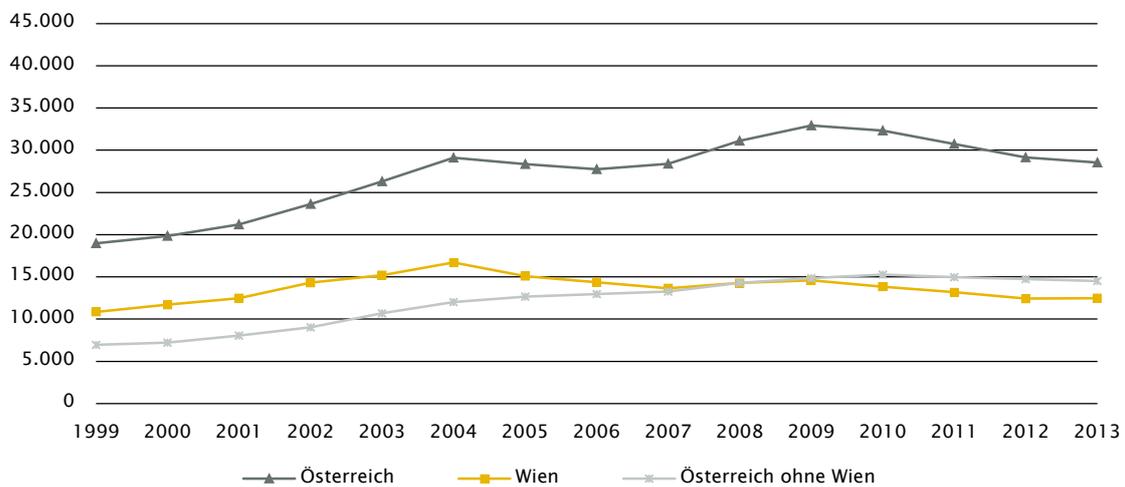
Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2012 bzw. 2013 machen eine Prävalenzrate von 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa fünf Personen pro 1.000 Österreicher/innen in der Altersgruppe 15– bis 64-Jährige von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich und 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt (43 %: 25 bis 34 Jahre).

Abbildung 3.7 zeigt einen steilen Anstieg des risikoreichen Drogenkonsums Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither schwanken die Werte um 30.000 bzw. ist seit 2009 ein leichter Rückgang der Prävalenz zu beobachten.

Betrachtet man die Entwicklung der Drogenkonsum-Werte für Wien und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild: Während für Wien die Werte bis 2004 anstiegen, stagnieren sie seither bzw. sind in den letzten Jahren leicht rückläufig. Für Österreich ohne Wien stiegen die Prävalenzen jedoch weiter an und sind erst seit 2010 stabil. Während bis 2009 für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt wurden als für die anderen Bundesländer, wird ab dem Jahr 2009 für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen der kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien handeln. Wien – als einzige Großstadt²² Österreichs – ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen.

Abbildung 3.7:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden (in Absolutzahlen) für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien im Zeitverlauf, 1999–2013



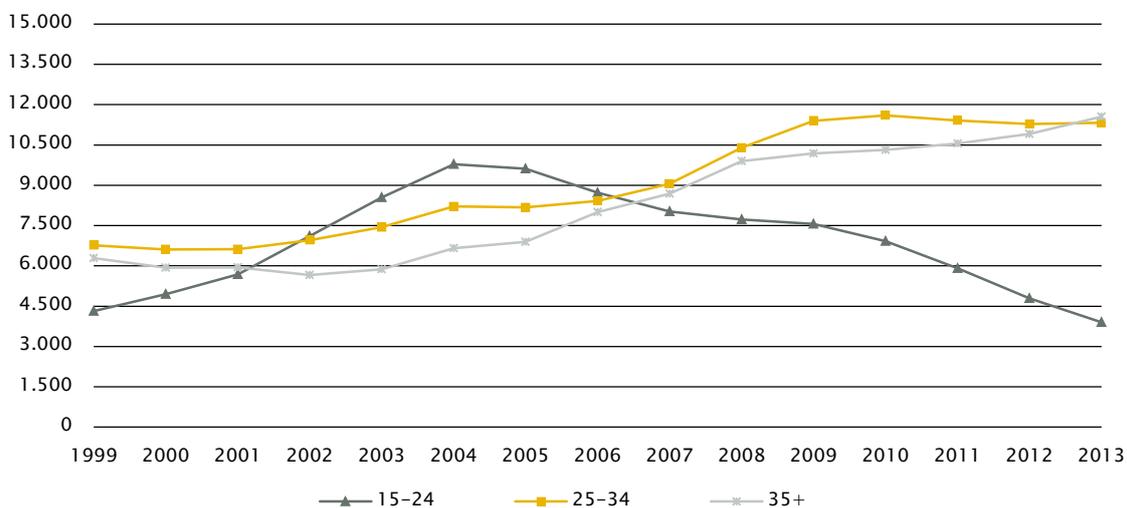
Anmerkung: Für die Jahre 1999 bis 2012 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren herangezogen (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000), für 2013 der Schätzwert für 2013.

Quelle: Busch et al 2014, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

22

Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten.

Abbildung 3.8:
 Prävalenzschätzung für risikoreichen Drogenkonsum inkl. Opioide (in Absolutzahlen)
 nach Altersgruppen im Zeitverlauf, 1999–2013



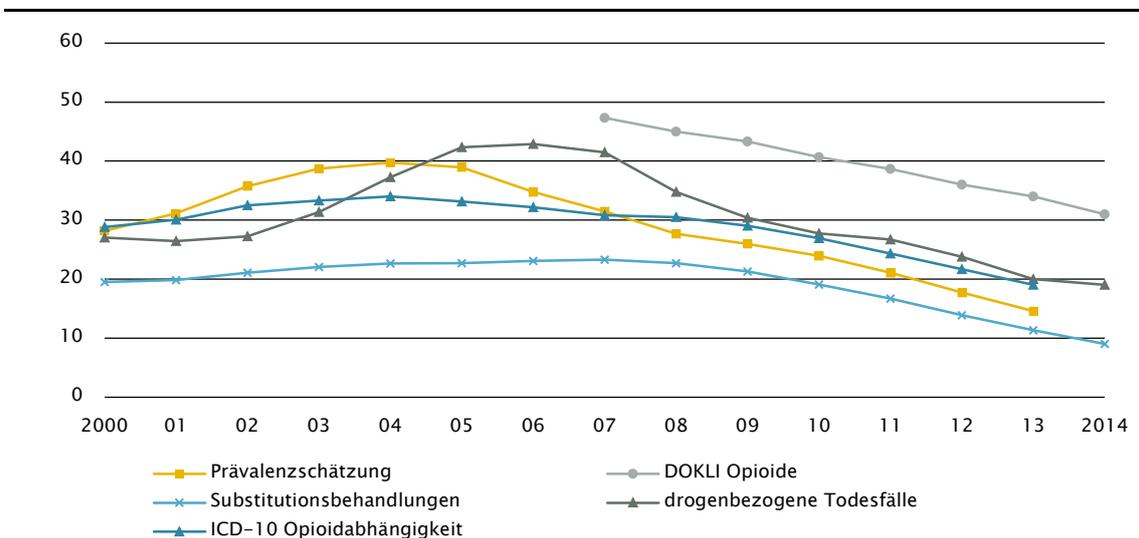
Anmerkung: Für die Jahre 1999 bis 2012 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren herangezogen (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000), für 2013 der Schätzwert für 2013.

Quelle: Busch et al 2014, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenz-Entwicklung von risikoreichem Drogenkonsum insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.8). Hier wird sichtbar, dass sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004 verdoppelt hat. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (es gibt also weniger Einsteiger). Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl an älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum weiter kontinuierlich an.

Abbildung 3.9:

Anteil der Personen unter 25 Jahren an der Prävalenz von risikoreichem Drogenkonsum (in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen) in Prozent, Zeitreihe 2000–2014 (gleitender Mittelwert)



Anmerkung:

DOKLI Opiode: Alle Personen mit der Leitdroge Opiode, die in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden;

ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassung aus stationärer Behandlung;

Bei allen Datenquellen wurde für die Jahre ab 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wurde der Rohwert herangezogen.

Quelle: Busch et al 2014, Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der deutliche Rückgang der Anzahl junger Personen mit Opioid-Problematik lässt sich in allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.9) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Weitere Daten zu den Spitalsentlassungen mit opioidbezogenen Diagnosen finden sich in Tabelle A3 und A4. Zu jenem behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, der im Rahmen von amtsärztlichen Begutachtungen nach § 11 SMG festgestellt wurde, siehe Kapitel 2.

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

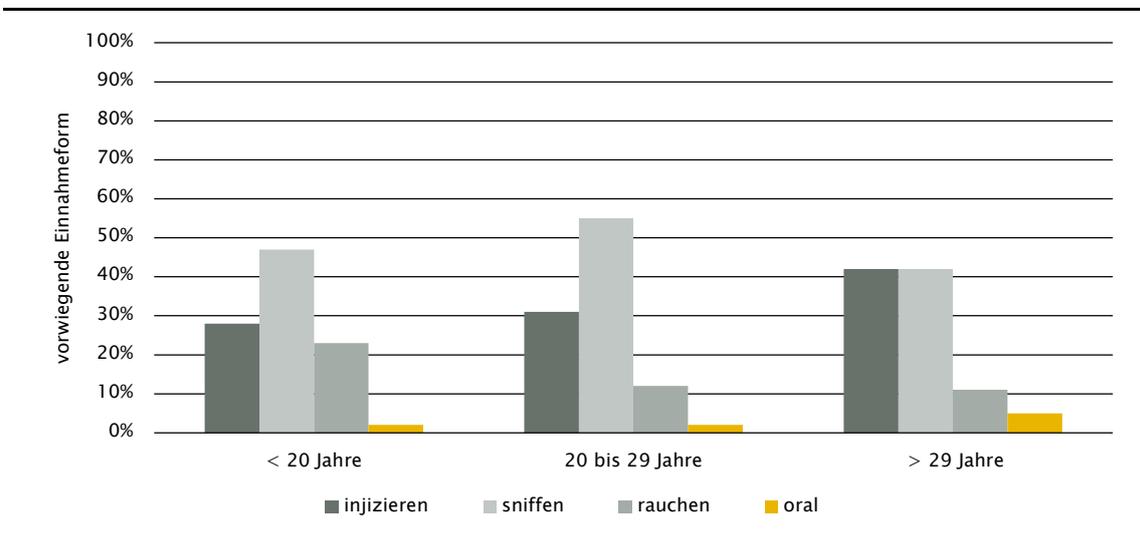
3.4.1.2 Risikoreiche Konsummuster und Behandlung bei Opioiden

Injizieren und andere Konsumformen

Aus epidemiologischen Gründen sind neben substanzspezifischen Prävalenzen (z. B. von Opiaten) auch konsummusterspezifische Prävalenzen (z. B. injizierender Konsum) interessant. 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 bis 50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Anteil von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 11.000 bis 15.000 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 eine drogen-spezifische 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 3.10). Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigten, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von der nasalen Applikationsform auf das Injizieren umsteigen (Busch und Eggerth 2010)

Abbildung 3.10:
Vorwiegende Heroin-Einnahmeform von Personen, die im Jahr 2014 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen)



Quelle: DOKLI Klientenjahrgang 2014

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.

3.4.2 Quellen und Methodik

Quellen

Daten zu Anzeigen nach dem Suchmittelgesetz: siehe Kapitel 7

Daten aus dem Klientendokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI): siehe Kapitel 5

Studien

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, des Substitutionsregister und der drogenbezogenen Todesfälle herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten durch die Drogen-einrichtungen. 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 Drogen 2014“ (Busch et al. 2014). 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.

3.5 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

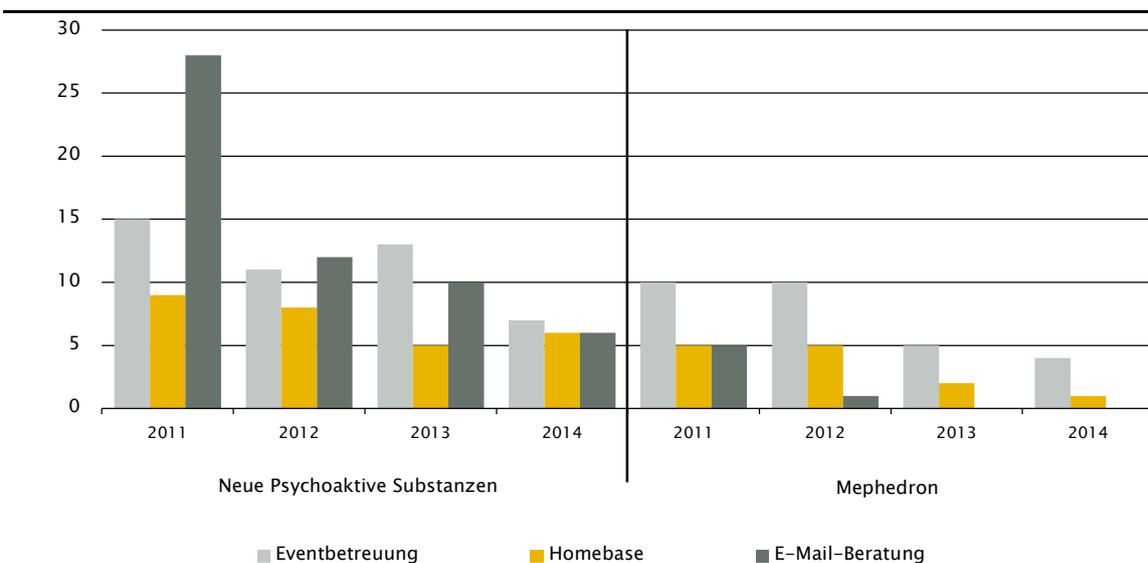
3.5.1 Neue Psychoaktive Substanzen und andere neue oder wenig verbreitete Drogen

Prävalenz und Trends bei neuen psychoaktiven Substanzen

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen wenige Anzeigen vor. Im Jahr 2014 gab es 113 diesbezügliche Anzeigen (2013: 128, 2012 93 – BMI 2015, vgl. auch Kapitel 7). Die wenigen verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung (Weigl et al. 2014).

Indirekte Informationen zu den konsumierten Substanzen im Party-Setting lassen sich daraus ableiten, was bei den Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisiert wurden.

Abbildung 3.11:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting (in Prozent) 2011 bis 2014



Quelle: SHW 2014d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten konsumierten Substanzen im Party-Setting. Die Thematisierung von *neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS) nimmt über die Jahre kontinuierlich ab (vgl. Abbildung 3.11). Der Prozentsatz von E-Mail-Beratungen, bei denen NPS thematisiert wurden, ist beispielsweise im Vergleich zum Jahr 2011 um 21 Prozentpunkte zurückgegangen. Auch Mephedron, das vor seiner Aufnahme in die Suchtgiftliste der Kategorie *Neue Psychoaktive Substanzen* zugezählt wurde, wird kaum mehr thematisiert. In Analyse der

Drug-Checking-Ergebnisse über den Zeitverlauf kommt das *checkit!*-Team zu den Schlüssen, dass der bewusste Konsum von NPS im Party-Setting eher eine Ausnahme darstellt und dass aufgrund der besseren Verfügbarkeit von MDMA und Amphetamin verstärkt auf diese Drogen zurückgegriffen wird (SHW 2015). Der Rückgang des Konsums von *neuen psychoaktiven Substanzen* zeigt sich auch bei den Beratungen von *MDA basecamp*. Im Jahr 2014 wurden solche Substanzen beispielsweise nur in drei Prozent der Beratungsgespräche am *MDA basecamp*-Infostand auf diversen Partyveranstaltungen thematisiert (Z6/Drogenarbeit 2015).

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) haben NPS in Österreich lediglich einmal in nennenswertem Umfang in den risikoreichen/problematischen Drogenkonsum Eingang gefunden. Es handelte sich dabei um Mephedron, das insbesondere in der Steiermark eine Zeit lang von Bedeutung war (GÖG/ÖBIG 2012).

Im November und Dezember 2014 mussten in Oberösterreich insgesamt 11 Personen nach dem Konsum einer Räuchermischung namens BONZAI (eine mit dem synthetischen Cannabinoid MDMB-CHMICA versetzte Pflanzenmischung) teils intensivmedizinisch betreut werden; vier der elf Personen befanden sich zeitweise in einem lebensbedrohlichen Zustand, eine entsprechende Warnung wurde über das österreichische Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum ausgesendet (Österreichisches Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum).

3.5.2 Quellen und Methodik

Quellen

Beratungsgespräche von *checkit!*: *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 ...) an. Im Jahr 2014 verzeichnete *checkit!* 23 Eventbetreuungstage, rund 5.400 Informations- bzw. Beratungskontakte, mindestens 1.500 über Workshops erreichte Personen und 945 analysierte Proben (SHW 2015).

Österreichisches Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum: Seit 2006 ist GÖG/ÖBIG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang Informationen zu *neuen psychoaktiven Substanzen*. Diese stammen im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) bzw. dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES²³), das fallweise Analysen jener Substanzen durchführt,

23

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

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 Bibliographie und Anhang

Bibliographie

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 (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. 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. Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien.

Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. Epidemiologiebericht Drogen 2015 (in Vorbereitung). 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 (2011 a). 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 (2011 b). 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.
- Klimont, J., Kytir, J., und Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Knechtsberger, A. und Schwabl, T. (2014) Jugend-Trend-Monitor 2014
- 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. und Paulik, R. (2015). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 Kurzbericht zur Bevölkerungsbefragung und dem ExpertInnenpanel „Crystal Meth“ /Pro Mente OÖ. Linz.

SHW (2015). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2014. 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.

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.

Z6/Drogenarbeit (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Innsbruck

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

Anhang

Tabelle A3. 1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2013

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	Anteil (%)
Bevölkerungsbefragung 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 von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)	Cannabis	15-24	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Bevölkerungsbefragung 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 Suchtmittelstudie (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15+	4
			3		
Drogenmonitoring Oberösterreich (Seyer und Paulik 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 15-59: 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
			Kräutermischun- gen	15-59	2,1
			1,2		
			Badesalz	15-59	2,5
			2,5		
Wiener Suchtmittelstudie (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 andere Drogen (z. B. LSD)	15+	6
			2		
Wiener Suchtmittelstudie (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 andere Drogen (z. B. LSD)	15+	7
			4		

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3. 2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2014

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befrag- ten 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	15-24	16,5
			biogene Drogen	15-24	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 Zeit- raum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befrag- ten 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 Suchtverhal- ten von Jugendlichen in Nie- derösterreich (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 und Schü- ler (n = 1.712 bzw. 1.184)		15	10
				17	25
Drogenmonitoring Oberös- terreich (Seyer und Paulik 2015)	Österreich 2014 (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

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3. 3:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Absolutanzahl der Personen									
2004	40	605	40	29	7	16	8	4	266	1.678
2005	28	664	38	40	5	20	3	3	174	1.634
2006	30	607	37	41	4	10	5	5	149	1.749
2007	26	738	26	49	4	17	4	6	118	1.587
2008	37	842	29	47	9	17	8	5	128	1.560
2009	32	775	24	33	4	16	4	11	123	1.551
2010	25	706	41	45	8	11	23	15	122	1.512
2011	32	855	39	56	5	10	17	14	396	1.499
2012	21	940	33	57	7	16	18	16	530	1.378
2013	11	874	31	77	6	17	15	34	357	1.304
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									
2004	0,7	10,9	0,7	0,5	0,1	0,3	0,1	0,1	4,8	30,2
2005	0,5	11,9	0,7	0,7	0,1	0,4	0,1	0,1	3,1	29,3
2006	0,5	10,9	0,7	0,7	0,1	0,2	0,1	0,1	2,7	31,3
2007	0,5	13,2	0,5	0,9	0,1	0,3	0,1	0,1	2,1	28,4
2008	0,7	15,0	0,5	0,8	0,2	0,3	0,1	0,1	2,3	27,8
2009	0,6	13,7	0,4	0,6	0,1	0,3	0,1	0,2	2,2	27,5
2010	0,4	12,5	0,7	0,8	0,1	0,2	0,4	0,3	2,2	26,7
2011	0,6	15,0	0,7	1,0	0,1	0,2	0,3	0,2	7,0	26,3
2012	0,4	16,5	0,6	1,0	0,1	0,3	0,3	0,3	9,3	24,2
2013	0,2	15,3	0,5	1,3	0,1	0,3	0,3	0,6	6,3	22,9

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 (z. B. Amphetamin) – schädlicher Gebrauch

F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (z. B. Amphetamin) – 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.

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3. 4:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Absolutanzahl der Personen									
2004	177	1.007	667	178	187	82	56	20	871	2.879
2005	160	1.118	647	211	156	101	58	15	678	2.823
2006	136	1.138	689	255	147	69	48	29	629	2.952
2007	132	1.303	684	317	137	115	54	23	603	2.755
2008	165	1.486	671	267	164	85	59	15	605	2.790
2009	190	1.534	812	262	154	66	45	28	605	2.729
2010	187	1.629	848	369	152	68	92	31	581	2.770
2011	183	1.617	935	412	154	97	94	44	903	2.869
2012	140	1.628	1.001	434	166	100	117	41	1.023	2.699
2013	152	1.654	1.182	615	213	121	169	105	776	2.475
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									
2004	3,2	18,1	12,0	3,2	3,4	1,5	1,0	0,4	15,7	51,9
2005	2,9	20,1	11,6	3,8	2,8	1,8	1,0	0,3	12,2	50,7
2006	2,4	20,4	12,3	4,6	2,6	1,2	0,9	0,5	11,3	52,9
2007	2,4	23,3	12,2	5,7	2,5	2,1	1,0	0,4	10,8	49,3
2008	2,9	26,5	11,9	4,8	2,9	1,5	1,1	0,3	10,8	49,7
2009	3,4	27,2	14,4	4,6	2,7	1,2	0,8	0,5	10,7	48,4
2010	3,3	28,8	15,0	6,5	2,7	1,2	1,6	0,5	10,3	49,0
2011	3,2	28,4	16,4	7,2	2,7	1,7	1,7	0,8	15,9	50,4
2012	2,5	28,6	17,6	7,6	2,9	1,8	2,1	0,7	18,0	47,4
2013	2,7	29,0	20,7	10,8	3,7	2,1	3,0	1,8	13,6	43,4

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 (z. B. Amphetamin) – Schädlicher Gebrauch

F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein (z. B. Amphetamin) – 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.

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Suchtprävention

Inhalt

4	SUCHTPRÄVENTION	83
4.1	Zusammenfassung.....	83
4.2	Aktuelle Situation.....	84
4.2.1	Strategien und Organisation	84
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	88
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	88
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	90
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	93
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	94
4.2.3	Qualitätssicherung	95
4.3	Trends.....	96
4.4	Neue Entwicklungen.....	96
4.5	Zusätzliche Information	97
4.6	Quellen und Methodik.....	98
4.7	Bibliographie	99
4.8	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	100
4.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	100
4.10	Anhang.....	101

4 Suchtprävention

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Ziele und Leitsätze für die Ausrichtung der Suchtprävention finden sich in allen Sucht- bzw. Drogenstrategien 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, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten zu fördern. In diesem Sinne ist Suchtprävention auch im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert bzw. wird als Teil von Gesundheitsförderung verstanden und umgesetzt.

Planung, Organisation und Umsetzung von präventiven Maßnahmen erfolgen in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. 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.

Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und 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 gibt es auch zu legalen Substanzen.

Trends

Abgesehen von den vielfältigen, hinsichtlich möglicher Suchtformen unspezifischen Maßnahmen liegt in Österreich ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten schon lange 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.

Neue Entwicklungen

Der Ausbau von Multiplikatorenschulungen steht im Vordergrund aktueller Bemühungen, d. h. der Unterstützung jener Personen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt sind und Einfluss auf deren Überzeugungen und Verhaltensweisen ausüben können. Zu diesen Angeboten gehören neue Fortbildungen für Pädagoginnen und Pädagogen in Schulen, aber auch in spezifischen Settings (z. B. in sogenannten „Time out“-Gruppen) sowie für Mitarbeiter/innen der außerschulischen Jugendarbeit, aber auch neue Workshop-Angebote für Eltern.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) finden sich Ziele oder Leitsätze für den Bereich Suchtprävention. Darin wird zumeist betont, dass in der Suchtprävention 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 substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird 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 z. B. mit 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.

In den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden auch 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* 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 Entwicklung neuer Angebote anhand von Risikoprofilen genannt.

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) sowie verschiedene strategische Dokumente, z. B. des Bildungsressorts, 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“ (BMUKK 2008)²⁴. Aber auch die Grundsätze schulischer Suchtprävention²⁵ oder

24

Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/?L=0> (22.7.2015)

25

Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/> (22.7.2015)

das Rundschreiben Nr. 3/2006 zum Nichtraucherschutz an Schulen²⁶ sind von Relevanz. Erwähntes Rundschreiben untersagt das Rauchen in öffentlichen Schulen (und privaten Schulen mit Öffentlichkeitsrecht), wobei die Schulgemeinschaft dennoch auf dem Gelände der Schule einen Raucherbereich definieren kann.

Auf Ebene der Bundesländer gibt es ebenfalls strategische Dokumente, die sich auf Suchtprävention beziehen, z. B. die nach wie vor umgesetzte Tabakpräventionsstrategie 2007–2010 der Steiermark, die Vorarlberger Alkoholpräventionsstrategie 2004–2014 oder die neue Tabakpräventionsstrategie Kärntens (die bis Juni 2017 umgesetzt werden soll; Drobesch–Binter, p. M.).

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, als Ziele werden Raucheinstieg verhindern, Rauchausstieg unterstützen und Nichtraucherschutz genannt. Das Positionspapier listet eine Vielfalt an 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 Fachstelle im Burgenland dem PSD Burgenland zugeordnet ist und die Fachstelle für Suchtprävention NÖ Vereinsstatus hat, gehört die Landesstelle für Suchtprävention Kärnten der Abteilung 5 (Gesundheit und Pflege, Unterabteilung Sanitätswesen) des Amtes der Kärntner Landesregierung an.

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. Die Angebote der Fachstellen decken nicht nur unspezifische und

26

Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/tabak/> (22.7.2015)

spezifische Maßnahmen ab, sondern auch verschiedene Settings und Ansätze, meist zur universellen²⁷ und selektiven²⁸ Prävention. Maßnahmen zur indizierten Prävention²⁹ werden zwar auch von den Fachstellen konzipiert, die Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend durch Mitarbeiter/innen anderer Einrichtungen, wie z. B. Drogenberatungsstellen oder 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 Suchtprevention 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 Suchtprevention 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.

Langjährige Erfahrungen gibt es beispielsweise in Tirol (*Schulische Suchtinformation*)³⁰ und Oberösterreich (*clever & cool*)³¹. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/innen spielen eine Rolle (vgl. Abschnitt 4.2.2), z. B. ist Styria Vitalis Träger des internetbasierten Präventionsprogrammes *feel-ok.at*³². 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. Dies entspricht nicht dem Verständnis der professionellen Suchtprevention, kann jedoch nicht gänzlich verhindert werden.

27

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

28

Selektive Suchtprevention zielt auf kleinere 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).

29

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

30

Mehr Information unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfor/ (22.7.2015)

31

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.416/level.3/> (22.7.2015)

32

Mehr Information unter http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (22.7.2015)

Zur Koordination von österreichweiten Präventionsprogrammen sowie von Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung haben sich die Fachstellen zur ARGE Suchtvorbeugung zusammengeschlossen. Diese organisiert eine jährliche Fachtagung für ihre Mitarbeiter/innen, 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. So gibt es beispielsweise in der Steiermark die *Arbeitsgruppe SAG*, 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 Vernetzungsaktivitäten mit den für die Prävention wichtigen Akteuren und Institutionen, wie z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*³³.

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. Auf Bundesebene besteht eine Finanzierungsmöglichkeit über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), diese bezieht sich jedoch vorwiegend auf 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)³⁴ oder über den Bildungsförderungsfonds für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung Projekte zu unterschiedlichen Gesundheits- und Umweltthemen 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.

Für die Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen fallen teilweise Kosten an, die die „Auftraggeber“ (d. h. Schulen, Kindergärten etc., die an Programmen teilnehmen wollen) aus den eigenen Budgets bezahlen bzw. von den Eltern übernommen werden müssen. Beim Tiroler Angebot der

33

Mehr Informationen unter <http://www.akzente.net/fachbereiche/suchtprevention/salzburgen-praeventionsfruehstueck/> (29.7.2015)

34

Stehen online zur Verfügung unter <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtprevention/> (22.7.2015)

Schulischen Suchtinformation beispielsweise werden Präventionsbeamte und Mitarbeiter/innen von kontakt+co in ihrer Arbeitszeit eingesetzt, nach einer Vereinbarung mit dem Landesschulrat fallen für die Schulen nur dann Kosten an, wenn von der Schule kein Dokumentationsblatt übermittelt wird³⁵.

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 Förderrichtlinien³⁶ zu berücksichtigen).

In Österreich sind keine Anteile von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen zweckgebunden. 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 Stabstelle 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 Suchtprävention 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.

4.2.2 Präventionsmaßnahmen³⁷

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das unmittelbare Umfeld Jugendlicher hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, psychoaktive Substanzen zu probieren und in der Folge häufiger zu konsumieren. Es wird daher mit vielfältigsten Maßnahmen versucht, dieses Umfeld so zu gestalten, dass es schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, die Wahrscheinlichkeit für den Konsum psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Aktivitäten werden als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen von Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen zum Jugendschutz und zur

35

Mehr Information unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfor/ (22.7.2015)

36

Die Förderrichtlinien sind nachzulesen unter <http://sdw.wien/downloads/130730-FDRL-2014-final-mit-Logo.pdf> (22.7.2015).

37

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

Gesundheitsförderung³⁸ bis hin 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 Rahmen-Gesundheitszielen (BMG 2012) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) verankert (vgl. auch Kapitel 1).

Konkret gefördert wird dies z. B. durch Initiativen wie *Gesunde Schule*³⁹ oder *Gesunde Gemeinde* sowie das *Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung*. In diesem Zusammenhang sind auch sog. *Frühe Hilfen* relevant.. *Frühe Hilfen*⁴⁰ 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 eine Zielgruppe von *Frühen Hilfen*.

Weitere Maßnahmen, die das Umfeld positiv beeinflussen sollen und sich auch direkt an Kinder- und Jugendliche richten, 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). Jugendcoaches nehmen beispielsweise in Wien an Fortbildungen zum Thema „Cannabis, Glücksspiel & Co.“ teil (SDW 2015). Zu erwähnen sind auch die zunehmend umgesetzten *Jugendgesundheitskonferenzen*⁴¹, bei denen die im Vorfeld von den Jugendlichen durchgeführten Projekte und dabei erarbeitete Vorschläge rund um das Thema Gesundheit präsentiert werden.

38

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>)

39

Siehe <http://www.gesundeschule.at/> (22.7.2015)

40

Mehr Information unter <http://fruehehilfen.at/> (29.7.2015)

41

Diese werden als ein Schwerpunkt der Vorsorgestrategie 2015/2016 mit dem Ziel der Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen von der Bundesgesundheitsagentur gefördert. Mehr Information unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Vorsorgemittel/Projekte_im_Zeit-raum_2015_bis_2016 (29.7.2015)

Hinsichtlich struktureller Maßnahmen mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol und Tabak sei auf die in GÖG/ÖBIG (2012) beschriebenen Landesgesetze sowie das bereits erwähnte Rundschreiben Nr. 3/2006 zum Nichtraucherschutz an Schulen⁴² verwiesen. Die Veränderung sozialer Normen steht im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des aktuellen Trends hin zum Nichtrauchen und die Sensibilisierung von Erwachsenen hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. Zur Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bietet z. B. VIVID⁴³ 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 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. *Party Fit!* in Wien⁴⁴), ist aber oft auch substanzübergreifend ausgerichtet (z. B. das oberösterreichische Projekt *Peer Education*⁴⁵).

Genderspezifische Ansätze werden v. a. beim Thema Essstörungen berücksichtigt, wobei aber auch zu anderen Suchtt Themen häufig nach Geschlechtern getrennte Workshops durchgeführt werden. 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 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

42

Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtprevention/tabak/> (22.7.2015)

43

Mehr Information unter <http://www.vivid.at/angebot/gesundheitsberufe/> (3.9.2015)

44

Mehr Information unter <http://www.partyfit.at/> (22.7.2015)

45

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.235/level.3/> (22.7.2015)

von weiteren suchtrelevanten Informationen verknüpft (z. B. im Rahmen des Vorarlberger Projekts *REFLECT AND ACT! 2.0*⁴⁶; vgl. Abschnitt auch 4.2.3)

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Eigenständig werden*⁴⁷ und *plus*⁴⁸; vgl. Tabelle A4. 1 bis Tabelle A4. 3 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. Beispielsweise wird das Vorarlberger Projekt *Choice* nun auch in der Steiermark eingesetzt. Auch das Programm *feel-ok.at*⁴⁹ wird in den meisten österreichischen Bundesländern umgesetzt. 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 ist die **Schule**. Präventionsmaßnahmen 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 bei Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen zielt Suchtprävention v. a. auf die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und deren Reflexion ab.

Neben den erwähnten österreichweit umgesetzten Programmen wird z. B. in Niederösterreich bereits seit Langem ab der 5. Schulstufe das modulare *Stationenmodell*⁵⁰ eingesetzt. Auch Theater- und Erlebnispädagogik wird gerne eingesetzt, vor allem substanzunspezifisch (z. B. in Wien unter dem Titel *GrenzGang*⁵¹ als Outdoor-Angebot für die 8. Bis 13. Schulstufe) oder zum Thema Alkohol (z. B. in Wien unter dem Titel *Fetter Auftritt – Forumtheater zur Alkoholsuchtprävention*⁵² für Schüler/innen und Lehrlinge).

46
Mehr Information unter <http://www.supro.at/projekte/reflect-and-act/> (22.7.2015)

47
Mehr Information unter <http://www.eigenstaendig.net/> (22.7.2015)

48
Mehr Information unter <http://www.suchtvorbeugung.net/plus/> (22.7.2015)

49
Mehr Information unter http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (22.7.2015)

50
Mehr Information unter <http://www.suchtpraevention-noe.at/de/index.php?nav=41&id=1002> (22.7.2015)

51
Mehr Information unter <http://sdw.wien/3445/grenzgang/> (22.7.2015)

52
Mehr Information unter <http://sdw.wien/?s=forumtheater> (1.10.2015)

In den Settings **Kindergarten** und **Familie** werden v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umgesetzt sowie Informationsmaterialien bereit gestellt und Elternabende organisiert. Viele Maßnahmen setzen auch direkt an den Erziehungskompetenzen der Eltern an. In allen Bundesländern werden beispielsweise an den Schulen Elternworkshops angeboten, die neben einem theoretischen Input viel Zeit für die Diskussion von konkreten Situationen aus dem Erziehungsalltag bieten.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen größtenteils darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung, Reflexion und Handlungsanleitungen für die Verantwortlichen oder Bezugspersonen in Betrieben und Lehrlingshäusern sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. Auch das Verhindern einer Suchtentwicklung bei bzw. der Umgang mit suchtgefährdeten Erwachsenen im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier das Thema Alkohol im Vordergrund steht. 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 die Jugendlichen durchgeführt werden (Stiftung Maria Ebene 2015).

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, wobei sich diese Angebote sowohl an Jugendliche im Setting Schule als auch in der außerschulischen Jugendarbeit richten. Beispielsweise hat in Kärnten inzwischen der 3. Lehrgang "Jugend und Sucht" für Vertreter/innen aus jugendrelevanten Einrichtungen stattgefunden (Drobesch-Binter, p. M.).

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*⁵³ Gemeinden bei der Planung und Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen unterstützt werden.

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 (vgl. Abschnitt 4.4).

53

Mehr Informationen unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.17/view.481/level.3/> (22.7.2015)

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Zu selektiven Präventionsmaßnahmen zählen z. B. Angebote für **Kinder aus suchtblasteten 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 werden können⁵⁴.

Etlche bereits etablierte und weiterhin umgesetzte Präventionsmaßnahmen zielen auf **Jugendliche** in besonderen Settings ab, wie z. B. in **sozialpädagogischen Einrichtungen, arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten**. Für die meisten der genannten Settings werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/innen aus diesen Einrichtungen und Projekten umgesetzt, um Wissen zu vermitteln und Handlungskompetenzen zu fördern. Beispielsweise bietet VIVID sowohl einen Lehrgang und eine Weiterbildung zum Thema Suchtvorbeugung als auch individuelle fachliche Beratung⁵⁵ an. Aktivitäten, die sich direkt an die Jugendlichen richten, zielen auf eine Förderung von Risikokompetenz ab. Dazu wird z. B. in Wien das Projekt *GrenzGang* eingesetzt (vgl. Abschnitt 4.2.2.2).

Im **Freizeitbereich** 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. Einen besonderen Stellenwert nimmt hier *checkit!* im Raum Wien ein, das einerseits wissenschaftliches Projekt ist, andererseits aber auch Substanztestungen („Drug checking“⁵⁶) vornimmt und konkret vor unerwartet hohen Dosierungen und potentiell gesundheitsgefährdenden Substanzen warnt (vgl. Kapitel 3 und 7) und dies zur Kontaktaufnahme mit Jugendlichen nutzen kann. Ähnliche Projekte bestehen in Tirol (*Mobile Drogenarbeit Z6*⁵⁷) und in Vorarlberg (*taktisch klug*⁵⁸, dort aber ohne Substanztestung).

54

Mehr Information unter <http://sdw.wien/ueber-uns/suchtpraevention/arbeitsbereiche/projekte-zur-suchtpraevention-mit-kindern-und-familien/> (22.7.2015)

55

Mehr Information unter <http://www.vivid.at/angebot/jugendqualifizierung-und--beschaeftigung/> (3.9.2015)

56

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/> (3.9.2015).

57

Mehr Information unter <http://www.drogenarbeit6.at/mda.html> (22.7.2015)

58

Mehr Information unter <http://www.taktischklug.at/index.php/begleiten> (22.7.2015)

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 es, 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 **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 selektive Projekte sind *Mamma Mia* (Oberösterreich)⁵⁹ und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁶⁰, deren Ziele, die Förderung der sozialen Vernetzung und die Stärkung der Elternkompetenzen, mit Hilfe von informellen und professionell moderierten Gesprächsrunden erreicht werden sollen.

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und aufgrund von Substanzkonsum, der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist, eingesetzt. Sie basieren ausschließlich auf einem beobachteten Risikoverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten und beziehen sich meistens auf den Konsum von Alkohol. In allen Bundesländern werden seit vielen Jahren für Personen aus verschiedensten Bereichen (z. B. außerschulische Jugendarbeit) regelmäßig Fortbildungen zur motivierenden Kurzintervention bei (riskant) konsumierenden Jugendlichen angeboten (vgl. auch Tabelle A4. 3).

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). 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 Kärntner Projekt *Grenzwert*⁶¹ zielt auf Jugendliche ab, die aufgrund ihres riskanten Alkoholkonsums ins Krankenhaus eingeliefert wurden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

59

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.18/view.549/level.3/> (22.7.2015)

60

Mehr Information unter <http://www.supro.at/home/eltern/eltern-chat/> (3.9.2015)

61

Mehr Information unter <http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=106> (22.7.2015)

4.2.3 Qualitätssicherung

Die 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). Aber auch Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, die teilweise die Voraussetzung für die Mitarbeit in den jeweiligen Fachstellen darstellen, tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Dazu 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. zum Thema “Suchtprävention in Schulen” der Pädagogischen Hochschule in Niederösterreich, der Lehrgang zur Ausbildung von Koordinatoren/Koordinatorinnen für Suchtprävention an Schulen in Oberösterreich (3 Semester, 100 UE) oder
- » die jährlichen 2-tägigen *Prägend*-Weiterbildungsveranstaltungen des Instituts Suchtprävention pro mente Oberösterreich für Mitarbeiter/innen der Polizei in Oberösterreich (Institut Suchtprävention 2015) sowie
- » der Lehrgang “JUGEND & SUCHT” der Landesstelle Suchtprävention für Kärnten, der sich u. a. an Mitarbeiter/innen aus Jugendwohngemeinschaften richtet.

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 2014 den Titel “Brennpunkt Tabak” trug und grundsätzlich der Auseinandersetzung mit aktuellen Themen dient.

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.

4.3 Trends

Ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten in Österreich liegt schon lange im Bereich der legalen Substanzen, dies 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 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*.

Gemeindeorientierte Suchtprävention nimmt ebenfalls kontinuierlich zu, wobei auch hier kein spezifischer Fokus auf illegalen Substanzen liegt. Beispielsweise wurde im Pielachtal/Niederösterreich Suchtprävention in einer Kleinregionstrategie 2013–2015 verankert; seither erstellen drei Gemeindeteams Maßnahmenpakete zu verschiedenen Themen (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2014).

4.4 Neue Entwicklungen

Im letzten Jahr wurden die Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ausgebaut. In Kärnten wurde beispielsweise von der Fachstelle in Kooperation mit dem Landesschulrat ein neuer Lehrgang konzipiert, der ab Juni 2015 Pädagoginnen und Pädagogen für den Umgang mit jenen Schülerinnen und Schülern ausbilden soll, die aufgrund von multiplen Problematiken (inkl. Risikoverhalten hinsichtlich Substanzkonsum) – zumindest vorübergehend – nicht im Klassenverband gehalten werden können und statt dessen in sogenannten *Time out*-Gruppen betreut werden (Drobesch–Binter, p. M.). In Vorarlberg wurde erstmalig eine fachspezifische Weiterbildung für Mitarbeiter/innen der außerschulischen Jugendarbeit und von Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationseinrichtungen angeboten (Stiftung Maria Ebene 2015). Diese beinhaltet fünf Module und insgesamt 48 UE und vermittelt praxisnah Methoden und Konzepte der Suchtprävention. In Wien wurden sowohl Aufbau-Schulungen zu *MOVE* abgehalten, die den zukünftigen Einsatz im Setting Betrieb ermöglichen sollen, als auch erstmalig Hebammen geschult, um diese Methode auch in Familien anwenden zu können (SDW 2015).

Digital Storytelling nimmt als Methode zur Umsetzung von Suchtprävention (neben der Förderung von Medienkompetenz) einen immer größeren Stellenwert ein. In Niederösterreich wurden in einer Pilotphase Fortbildungen für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren und Pädagoginnen/Pädagogen umgesetzt. Die Erfahrungen zeigen, dass in den Kleingruppen die sozialen Kompetenzen der Jugendlichen gestärkt und die erstellten „Stories“ zur Auseinandersetzung mit dem Thema Ressourcen verwendet werden konnten (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2014). In Kärnten wurde das The-

aterstück *Immer und überall* erarbeitet, das sich mit exzessivem Alkoholkonsum von jungen Menschen auseinandersetzt (Drobesh-Binter, p. M.). Reflexionsrunden sowie Materialien für Pädagoginnen und Pädagogen unterstützen die Nachbearbeitung.

In Oberösterreich wird in Kooperation mit der Sozialversicherung (OÖGKK) ein neues Workshop-Angebot für Eltern umgesetzt, das unter dem Titel *Starke Partnerschaft von Anfang an* Eltern kurz nach der Geburt bei der bewussten Gestaltung des Alltags zu dritt bzw. der Partnerschaft unterstützen möchte (Institut Suchtprävention 2015).

Zum Setting Gemeinden wurde in Oberösterreich im Rahmen des EU-Projektes "Communities that Care (CTC)⁶² European Network" ein Jugendsurvey adaptiert und getestet (Institut Suchtprävention 2015, vgl. auch Abschnitt 4.5). In Tirol lag der Fokus auf einer guten Abstimmung mit dem Sicherheitswesen, wozu auch die aktive Teilnahme an der Gemeinderatsenquete *Kommunale Sicherheit* im Oktober 2014 diente (Gstrein p. M.).

Einhergehend mit den verstärkten Diskussionen und der Novellierung des Tabakgesetzes (vgl. Kapitel 2) wurde vom BMG auch eine Tabakpräventionsinitiative gestartet, die aus verschiedenen Modulen besteht und sich auf die Zielgruppe der 10- bis 14-Jährigen bezieht. Unter Einbindung der Zielgruppe wurde eine Kampagne mit dem Titel *Leb dein Leben. Ohne Rauch. YOLO* konzipiert, die u. a. aus einem Klassenwettbewerb inklusive Unterrichtsmaterial zur Vorbereitung⁶³, einem Pixelcontest zum Thema „Nichtrauchen“ für die Ferienzeit, Kurzinterventionen für Eltern im Rahmen von Elternabenden (um diesen ihre Vorbildfunktion bewusst zu machen) sowie die verstärkte Umsetzung des Programms *plus* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2) im bzw. ab dem Jahr 2015 besteht.

4.5 Zusätzliche Information

Im Berichtszeitraum Sommer 2014 bis Sommer 2015 wurden einige Masterarbeiten des Lehrgangs Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern erstellt, von denen zwei im Folgenden kurz beschrieben werden:

Krenmayr (2014) setzt sich in seiner – mit dem EU-Projekt zu CTC verknüpften – Arbeit mit den Vor- und Nachteilen und der Übertragbarkeit des CTC-Jugendsurveys auf oberösterreichische Gemeinden auseinander. Er kommt zum Schluss, dass die eher einfach formulierten Fragen, die aber in den USA wissenschaftlich gut belegt sind, von den Jugendlichen gut verstanden und akzeptiert werden und ein klares Bild einer Gemeinde ergeben. Der CTC-Jugendsurvey ist demnach durchaus einsetzbar und ermöglicht Aussagen über das Gefährdungspotential der Gemeindejugend, es bedarf jedoch einiger Adaptierungen hinsichtlich der Durchführung und entsprechender Trainings

62

Mehr Information zum Originalprogramm unter <http://www.communitiesthatcare.net/> (28.7.2015)

63

Die Unterrichtsmaterialien stehen unter von www.yolo.at zum Download zur Verfügung.

für die Projektdurchführenden in Gemeinden. Weiteres sollten entsprechende evidenzbasierte Präventionsprogramme regional verfügbar sein, mit denen auf spezifische Gefährdungslagen reagiert werden kann.

Schartner (2014) hinterfragt Hindernisse, Chancen und Möglichkeiten von Suchtprävention in Berufsschulen und stellt fest, dass aufgrund der strukturellen Unterschiede (nur 20 % der Ausbildungszeit verbringen Lehrlinge in den Berufsschulen) Präventionsmaßnahmen für das Setting Schule nicht 1:1 übernommen werden können. Dies bestätigt laut Schartner die Annahme, dass die bestehenden Qualitätskriterien für schulische Suchtprävention in der Berufsschule nicht zur Gänze erfüllt werden können. Dennoch werden Möglichkeiten für die notwendige Suchtprävention in Berufsschulen identifiziert und Empfehlungen abgeleitet. Diese umfassen

- » die Entwicklung eines Lebenskompetenzprogramms für den Schultyp Berufsschule unter Berücksichtigung der Lebenssituation von Lehrlingen,
- » die Integration von Suchtprävention in die Grundausbildung der Berufsschulpädagoginnen/-pädagoginnen und die Verbesserung entsprechender Weiterbildungsangebote,
- » die Integration von Suchtprävention in das Leitbild der Schulen,
- » spezifische Weiterbildungen zum Ablauf des § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) und
- » die Etablierung ähnlicher Handlungsmodelle für Alkohol- und Tabakkonsum.

4.6 Quellen und Methodik

Quellen

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Fachstellen für Suchtprävention, der ARGE Suchtvorbeugung⁶⁴, des Bildungsressorts (BMBF) und des FGÖ sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im *Best practice portal* der EMCDDA⁶⁵.

Studien

Für die Masterthesis von Krenmayr (2014) wurde der CTC-Jugendsurvey 2013 als Online-Erhebung in einer Gemeinde getestet. Dazu wurde die deutsche Version aus dem Jahr 2009 sprachlich angepasst und durch einige weitere Items ergänzt. Es wurden demographische Variablen sowie Variablen zum Substanzkonsum (plus Depression, Gewalt und Teenagerschwangerschaft) und zu Risiko- und Schutzfaktoren (hinsichtlich Familie, Schule, Freundeskreis, Gemeinde) abgefragt. 541

64

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

65

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

Jugendliche (13- bis 17-Jährige) wurden befragt, Daten von 119 Jugendlichen standen für die Auswertung zur Verfügung.

Die Masterthesis von Schartner (2014) besteht aus einer Analyse suchtpreventiver Ansätze und Methoden sowie der Lebens- bzw. Schulsituation von Berufsschülern/-schülerinnen in Oberösterreich auf der Basis von Fachliteratur, ergänzt durch vier leitfadengestützte, problemzentrierte Interviews mit Suchtpräventionsfachleuten aus Österreich und Südtirol.

4.7 Bibliographie

BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. 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 (2014). Jahresbericht 2014. 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 Suchtprävention (2015). Jahresbericht 2014. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.

Krenmayr, D. (2014). Die Anwendung des „Communities That Care (CTC)“-Jugendsurveys auf die Ebene oberösterreichischer Landgemeinden und Kleinstädte (am Beispiel der Marktgemeinde Siernig). Unveröffentlichte Master Thesis. Linz.

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2014). Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.

Schartner, T. (2014). Suchtprävention in der Berufsschule mit besonderer Berücksichtigung der Situation in Oberösterreich. Hindernisse, Chancen und Möglichkeiten suchtpreventive Maßnahmen in der Berufsschule umzusetzen. Unveröffentlichte Master Thesis. Linz.

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.

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

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

4.8 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

BGBI. 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

4.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Drobesch-Binter, Barbara	Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Gstrein, Christof	Suchtkoordinator Tirol

4.10 Anhang

Österreichweit eingesetzte standardisierte Interventionen zur Suchtprävention der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Die folgenden Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf eine Förderung der Lebenskompetenzen ab. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe von standardisiertem Material, 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. Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht des Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und Miteinbeziehung des Gruppenprozesses. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2002 (B, K, S, St, T, W), 2004 (NÖ) bzw. 2006 (V) und umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer/innen im Ausmaß von 24 UE.

Tabelle A4. 1:

Programm *Eigenständig werden*, Schuljahr 2014/2015

Bundesland	Anzahl abgeschlossener Schulungen SJ 2014/15	Anzahl an Trainingseinheiten Lehrer/innen ¹ SJ 2014/15	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2014/15	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2014/15	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Elternabende SJ 2014/15	Anzahl Workshops SJ 2014/15	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2014/15	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2014/15 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2014/15	Anzahl erreichter VS bis SJ 2014/15 in %
B	1	28	16	1,6	10	5,7	1	1	186	18,8	85	50,6
K	3	90	47	2,0	12	5,1	0	2	413	17,8	131	55,5
NÖ	3	90	43	0,6	6	0,9	0	4	754	10,5	167	23,9
OÖ	7	196	119	2,4	17	2,9	13	2	1832	37	461	81,3
S	4	112	55	2,5	17	9,2	3	3	591	26,9	129	70,1
St	3	92	35	0,9	13	2,8	0	11	496	12,4	187	39,8
T	4	96	93	2,7	17	5,0	1	3	566	23,5	184	48,6
V	2	51	28	2,8	4	2,4	21	6	802	57,3	104	62,0
W	2	56	20	0,3	15	5,6	n. v.	1	1423	24,1	n. v.	n. v.

n. v. = nicht verfügbar, VS = Volksschulen, SJ = Schuljahr

¹ inklusive Reflexionstreffen

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das Programm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10– bis 14–Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch 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 2014/2015

Bundesland	Anzahl Fortbildungskurse für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl erreichter Lehrer/innen SJ 2014/15	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2014/15	Anzahl erreichter Klassen SJ 2014/15	Anteil erreichter Schulen SJ 2014/15 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2014/15	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2014/15 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2014/15	Anteil erreichter Schulen bis SJ 2014/15 in %	Anzahl erreichter Klassen bis SJ 2014/15
B	11	0	0	0	0	0	60	3,7	18	34,0	30
K	11	142	4,6	37	96	44,6	215	7	47	56,6	154
NÖ	7	47	0,5	10	23	3,4	128	1,4	28	9,4	67
OÖ	22	300	3,2	85	150	30	410	4,4	110	39	210
S	7	40	1,2	14	28	13,7	92	2,7	25	24,5	60
St	11	214	5,3	39	113	24,1 ⁶⁶	305	7,5	51	31,5 ⁶⁷	160
T	7	88	2,9	34	n. v.	40,2	124	4,0	45	52,0	n. v.
V	8	135	5,1	44	n. v.	65,0	119	4,5	41	62,0	n. v.
W	9	146	1,4	84	137	26,9	201	1,9	104	33,3	114

HS = Hauptschulen, NMS = Neue Mittelschulen, AHS = Allgemeinbildende Höhere Schulen, 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: GÖG/ÖBIG

66
Prozentsatz bezieht sich nur auf HS und NMS.

67
Prozentsatz bezieht sich nur auf HS und NMS.

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 umfassen durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und -strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (S) oder 2009 (V).

Tabelle A4. 3:

Seminare *movin'* bzw. *MOVE*, 2014

Bundesland	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/ Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen/ Seminarreihen im Jahr 2014	Anzahl UE für Multiplikat. im Jahr 2014	Anzahl zertifizierter Teilnehmender im Jahr 2014	Dokumentation ja/nein	Prozess-Evaluation ja/nein
K	12- bis 21-jährige Jugendliche in Jugendzentren, Klientel von stationären Einrichtungen	Schlüsselpersonen in Schulen-Jugendcoaching; Mitarbeiter/innen des Klinikums Klagenfurt; Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit	4	64	70	ja	ja
NÖ	Kinder und Jugendliche; rauchende Personen; werdende Mütter, Mütter von Neugeborenen	Hebammen, Mitarbeiter/innen in der Gesundheitsförderung, der außerschulischen Jugendarbeit und (Sucht-)Beratungseinrichtungen, der Bewährungshilfe und der sozialen Arbeit; Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus dem Suchthilfenetzwerk, Jugendcoaching	7	140	94	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche in Jugendzentren und AMS-Projekten, Beratungs- und Sozialeinrichtungen bzw. in Kontakt mit Streetwork	Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit, aus Sozial- und Beratungseinrichtungen; Grundkurs des Landesjugendreferates zur außerschulischen Jugendarbeit; Trainer/innen aus arbeitsmarktpolitischen Projekten	1	6	5	ja	ja
S	Jugendliche in Jugendzentren; Jugendliche in div. soz. Maßnahmen (Arbeitsplatz, Lehre, betreute WG); Schüler/innen, Klientel v. Drogenberatung, Streetwork u. a.	MitarbeiterInnen in Jugendzentren, Jugend-WGs und Jugendwohlfahrts-einrichtungen; BeratungslehrerInnen; Berufsausbildner; Streetwork, Präventionspolizisten, etc	5	80	66	ja	ja
St	Jugendliche in Jugendzentren; Jugendliche in div. soz. Maßnahmen (Arbeitsplatz, Lehre, betreute WG); Schüler/innen, Klientel v. Drogenberatung, Streetwork u. a.	MitarbeiterInnen in Jugendzentren, Jugend-WGs und Jugendwohlfahrts-einrichtungen; BeratungslehrerInnen; Berufsausbildner; Streetwork, Präventionspolizisten, etc	6	96 EH (à 50 Min.)	93	ja	ja
St	12- bis 25-jährige Jugendliche, junge Erwachsene	Mitarbeiter/innen von offener Jugendarbeit und Schulsozialarbeit bzw. -beratung, Jugendausbildung und -beschäftigung; sozialpädagogische Betreuer/innen	2	32	35	ja	ja
T	Jugendliche und junge Erwachsene, (10-21 Jahre)	Mitarbeiter/innen aus Jugendarbeit, Streetwork, Beschäftigungsprojekten; Schulärzte/-ärztinnen	2	44	25	ja	ja
V	12- bis 21-jährige Jugendliche; Schwangere, Menschen mit Suchtproblematik	Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe, der offenen Jugendarbeit, von Jugendbeschäftigungsprojekten; Hebammen	3	48	47	ja	ja
W	12- bis 25-jährige, Schwangere	Mitarbeiter/innen und Peers in der offenen Jugendarbeit; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben; Hebammen	9	243	127	ja	ja

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG	108
5.1	Zusammenfassung.....	108
5.2	Aktuelle Situation.....	109
5.2.1	Strategien und Koordination.....	109
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	111
5.2.2.1	Ambulante Suchtbehandlung	111
5.2.2.2	Stationäre Suchtbehandlung	115
5.2.2.3	Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen	117
5.2.3	Schlüsseldaten	124
5.2.3.1	Drogenkonsummuster im gesamten Behandlungsbereich	124
5.2.3.2	Charakteristika von behandelten Personen aus den DOKLI-Einrichtungen.....	125
5.2.3.3	Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutions-behandlung	129
5.2.4	Soziale Reintegration.....	130
5.2.5	Qualitätssicherung	131
5.3	Trends.....	134
5.4	Neue Entwicklungen.....	137
5.5	Quellen und Methodik.....	138
5.6	Bibliographie	140
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	141
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	141
5.9	Anhang.....	142

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Die Basis für die Gestaltung der Suchtberatung, -betreuung und -behandlung bilden die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer. Diese 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 zu einem 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 für einzelne Substanzen oder Zielgruppen ausgerichtet, es gibt aber durchaus auch einzelne spezifische Maßnahmen, z. B. für Kokainkonsumierende oder drogenabhängige Frauen.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2014 etwa 23.000 Personen in drogenspezifischer Betreuung. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 19.500 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen die Behandelten mit alleiniger Leitdroge Cannabis dar (etwa 2.000 Personen).

Trends

Während insbesondere bei Personen, die sich erstmals in drogenspezifischer Behandlung befinden, Opioide als Leitdroge abnehmen, nimmt Cannabis zu. Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulantien gewinnen 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 genommen werden, kann derzeit noch nicht gesagt werden. Positiv hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 60 Prozent liegende In-Treatment-Rate bei Personen mit Opioid-Problematik.

Neue Entwicklungen

Im Bereich der Beratung, Betreuung und Behandlung findet eine zunehmende Ausweitung der Angebote spezialisierter Suchthilfe-Einrichtungen auf andere Suchtformen statt und steht die regionale Vernetzung im Vordergrund neuer Entwicklungen. Die schwierige finanzielle Situation mancher Bundesländer macht sich auch im Suchtbereich bemerkbar und führt nicht nur dazu, dass in diesen Bundesländern Weiterentwicklungen und Studien unmöglich gemacht werden, sondern auch zu einzelnen Schließungen.

Eine positive Entwicklung stellen die Vereinbarungen über spezielle Leistungspositionen zur Abrechnung der Substitutionsbehandlung dar, die aus Niederösterreich (Verlängerung des Pilotprojektes) und der Steiermark (Abschluss neuer Vereinbarungen) berichtet wurden.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht- bzw. Drogenstrategien** der Bundesländer bzw. auch in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt. (Die Suchtgiftverordnung definiert den Rahmen für die Substitutionsbehandlung, die Weiterbildungsverordnung die Voraussetzungen für die Substituierenden; vgl. Kapitel 2.) Zusätzlich sind auch die Struktur- und Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer betonen großteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums an Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (inklusive vielfältiger Methoden), das mit Hilfe von interdisziplinären Teams auf die unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen sowie die individuellen Problematiken eingehen kann. Dieses Spektrum 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 der NÖ Suchtplan als auch die Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 stellen die Förderung der Lebensqualität unabhängig vom aktuellen Status eines Drogenkonsums bzw. einer Abhängigkeit als höchst prioritär dar. Der NÖ Suchtplan beschreibt Abstinenz als mögliches Ziel nach einer Stabilisierung, wobei betont wird, dass die Entscheidung bei den Betroffenen liegt.

Hinsichtlich konkreter Maßnahmen gibt es recht unterschiedliche Pläne. Einige Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer betonen beispielsweise die Notwendigkeit einer getrennten Versorgung von jugendlichen und erwachsenen Suchtkranken. Salzburg sieht z. B. eine Kompakttherapie für Jugendliche als gemeinsame Maßnahme von Jugendhilfe und Suchthilfe vor. In manchen Strategien werden getrennte Angebote für Konsumierende verschiedener Substanzen geplant (z. B. in Vorarlberg für ältere Kokainkonsumierende), andere legen den Fokus auf interdisziplinäre

Zusammenarbeit und die Vernetzung spezialisierter Einrichtungen mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem (z. B. Wien). Der Abklärung und langfristigen Begleitung/Behandlung sowie der Reintegration wird im ambulanten Setting ein hoher Stellenwert eingeräumt. Das Burgenland beschränkt sich auf ambulante Behandlung und Betreuung, stationäre Plätze (abgesehen von Entzugsbehandlungen) sollen aufgrund der geringen Anzahl v. a. in den angrenzenden Bundesländern mitfinanziert werden. Auch andere Bundesländer betonen die Notwendigkeit der Nutzung von Angeboten über Bundeslandgrenzen hinweg. 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 der Steiermark sollen regionale Suchthilfe-Netzwerke geschaffen und eine einheitliche Leistungsdokumentation eingeführt werden, in Vorarlberg liegt der Fokus auf sofortiger therapeutischer Hilfe (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*).

Die **Koordination der Umsetzung** von Suchtberatung und -behandlung entsprechend der Drogen- bzw. Suchtstrategien/-pläne liegt im Wesentlichen auf Ebene der Bundesländer bzw. konkret 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 BMG (entsprechend § 15 und 16 SMG),
- » Finanzierung von Therapie statt Strafe durch das BMJ (vgl. Kapitel 1),
- » Führung eines Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen durch das BMG (§ 24 und § 25 SMG, vgl. Kapitel 2),
- » zur Verfügung stellen von Suchtgiftvignetten für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2), einer Datenbank für die Erfassung der zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen berechtigten Ärztinnen und Ärzte gemäß Weiterbildungsverordnung *orale Substitution* (vgl. Kapitel 2).

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 Koordinierung der Substitutionsbehandlung einzusetzen.

Eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden bzw. die Amtsärztinnen und -ärzte; diese kontrollieren z. B. in der Substitutionsbehandlung die Vidierung von Verschreibungen, nehmen Eintragungen in die bzw. Streichung von der Liste der zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen berechtigten Ärztinnen und Ärzte vor und stellen Bescheinigungen für die Mitnahme von suchtgifthaligen Arzneimitteln auf Reisen aus (§ 24 SV).

Die Österreichische Ärztekammer wiederum ist zuständig für ein ausreichendes Weiterbildungsangebot betreffend die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Abschnitt 5.2.5).

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMG 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.

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

5.2.2.1 Ambulante Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich steht auch Personen mit Suchterkrankung das gesamte Gesundheitssystem zur Verfügung und wird von diesen auch genutzt. Zusätzlich gibt es jedoch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. 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, Psychotherapeuten/-therapeutinnen etc.) 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, aber auch – in einem wesentlich geringeren Ausmaß – psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung geleistet wird, bieten spezialisierte Einrichtungen wie Drogen-/Suchtberatungsstellen meist ein umfassendes Spektrum an Maßnahmen an. Ambulante Behandlung in Krankenhäusern erfolgt in erster Linie an Spezialambulanzen (Sucht-/Drogenambulanz) und umfasst ebenfalls 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 2014 waren in den DOKLI-Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.2.3) insgesamt 8.220 Personen in längerfristiger ambulanter Behandlung. 17.272 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioidsubstitutionsbehandlung. Von diesen 17.272 Personen wurden 663 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 290 der 17.272 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 Coverage (Abdeckung) 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 Prozent, kommt man zu folgenden Zahlen:

- » 8.176 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2014 eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung in einer nach § 15 kundgemachten Einrichtung oder eine Substitutionsbehandlung in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen.
- » 12.671 Personen nahmen im Jahr 2014 eine Opioid-Substitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich. Es zeigt sich deutlich, dass sich die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum entwickelt hat (vgl. Abschnitt 5.2.2.3).

Behandlungsmodalitäten in ambulanten Einrichtungen

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Einrichtungen gibt Karte A5. 2, der Suchthilfekompass⁶⁸ sowie regionale Informationsschienen (z. B. eine interaktive Karte für die Steiermark⁶⁹). 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).

Zum Spektrum an verfügbaren ambulanten Angeboten gehören Sucht- bzw. 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 auch 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 und der 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, darüber hinaus wurden 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 bzw. werden AMS-Geschäftsstellen 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 beinhalten z. B. die Kokainsprechstunden an der Drogenambulanz Innsbruck, die auch eine spezifische medizinisch-therapeutische Behandlung umfassen, oder *Beyond the line*, die Zeitschiene des Vereins *Dialog* 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 werden⁷⁰.

68

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

69

Mehr Information unter <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (22.7.2015)

70

Mehr Information unter <http://www.checkyourdrugs.at/beratung-2/homebase/> (29.7.2015)

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 frauenspezifisches Angebot in Anspruch nehmen zu können, ist gerade hinsichtlich der Behandlung von drogenabhängigen Frauen relevant. Spezifische Angebote für Frauen sind jedoch rar. Beispielsweise bieten der Verein *Dialog* eigene Zeiten für Frauen (*Frauensache*) und *Clean Regenz* eine eigene Frauengruppe an.

Bereichsübergreifend (stationäre 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 Niederösterreich⁷¹; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011). Im Sinne eines vernetzten Handelns sind hier Suchthilfe, Geburtshilfe und die Kinder- und Jugendhilfe involviert. Einzelne Bestandteile von *DESK* sind Informationsbroschüren für die betroffenen Frauen und 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 der Lebenssituation und damit auf suchtvorbeugende Wirkung bei den betroffenen Kindern.

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

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

Selbsthilfegruppen existieren im Zusammenhang mit illegalen Substanzen in Österreich kaum, der Verein *Starke Süchtige*⁷² existiert jedoch bereits seit Langem.

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

71

Mehr Information unter <http://www.suchtpraevention-noe.at/index.php?nav=1615> (22.7.2015)

72

Mehr Information unter <http://www.starkesuechtige.at> (22.7.2015)

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.

5.2.2.2 Stationäre Suchtbehandlung

Stationäre Einrichtungen

Auch für stationärer Behandlung gilt, dass grundsätzlich das gesamte Gesundheitssystem auch Personen mit Suchterkrankung zur Verfügung steht und von diesen auch 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).

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

Stationäre Einrichtungen haben ebenfalls 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 sollten wie außerhalb; das gilt auch für Suchtbehandlung (vgl. auch Kapitel 8).

Nutzung der stationären Einrichtungen

Im Jahr 2014 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 1.174 Personen in stationärer Behandlung. 17.272 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 17.272 Personen wurden 663 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 290 der 17.272 Personen waren stationär aufgenommen und sind bereits in den oben genannten 1.174 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:

- » 1.202 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2014 eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder eine stationäre Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen.
- » 606 Personen haben einen stationären Entzug gemacht.
- » 663 Personen nahmen in Haft eine Substitutionsbehandlung in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich.

Behandlungsmodalitäten in stationären Einrichtungen

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass⁷³ und andere regionale Informationsschienen (z. B. eine interaktive Karte für die Steiermark⁷⁴ sowie eine Liste stationärer Behandlungseinrichtungen auf der Website des Verein b.a.s.⁷⁵) sowie die Karte A5. 1. Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an.

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. noch 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. Beispielsweise steht die Abteilung für Abhängigkeitserkrankung des Landeskrankenhauses Amstetten-Mauer sowohl für den körperlichen Entzug von illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen, die abstinenzorientierten 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 einen Schwerpunkt auf stoffgebundenen Abhängigkeiten 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, wo ihre Kapazitäten, therapeutischen Ansätze und ihre – im Allgemeinen an einer ganzheitlichen Behandlung orientierte – Angebotspalette ausführlich beschrieben wird.

73

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

74

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (29.7.2015)

75

http://www.suchtfragen.at/media/pdf/2014-10_stationaere_therapieeinrichtungen_fuer_menschen_in_abhaengigkeit_von_illegalisierten_drogen.pdf (29.7.2015)

Im stationären Bereich gibt es keine spezifischen Angebote für einzelne Substanzen. 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, sowie der Verein *Ubuntu* mit ebenfalls eigenen Häusern für Männer und Frauen.

Für substanzabhängige Schwangere und Mütter mit Kleinkindern gibt es auch im stationären Bereich bereichsübergreifende (stationär und ambulant) 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 getrennte Angebote benötigen.

5.2.2.3 Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen

Durchführende Ärztinnen und Ärzte

Die Organisation und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Personen hängt stark von regionalen Strategien ab (zentrale Stellen versus dezentrale Versorgung). Spezialisierte ambulante Einrichtungen und Ambulanzen von Krankenhäusern bieten zwar auch Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger an – wobei hier meistens sowohl Indikationsstellung und Einstellung als auch Weiterbehandlung möglich sind – vorrangig erfolgt diese Behandlung jedoch im niedergelassenen 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).

Einen Überblick über die Anzahl bzw. die Verteilung von jenen Ärztinnen und Ärzten, die zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifiziert sind, gibt Karte 5.1. In der Karte (Stand 31.12.2014) wird einerseits das Verhältnis der durch einschlägige Weiterbildung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zum gesamten Behandlungspotenzial dargestellt (d. h. zu jenen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer Fachrichtung grundsätzlich für die Durchführung

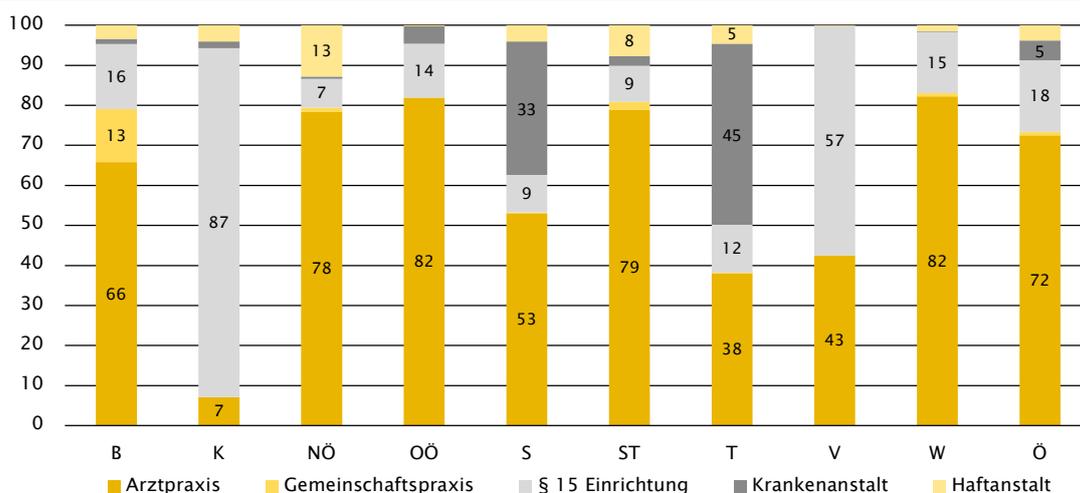
einer Substitutionsbehandlung in Betracht kämen)⁷⁶, andererseits enthält die Karte Informationen zur Verteilung jener Ärztinnen und Ärzte, die sowohl zur Einstellung als auch zur Weiterbehandlung oder nur zur Weiterbehandlung qualifiziert sind.

Zu beachten ist, dass nicht alle zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte auch tatsächlich versorgungswirksam sind, unter Umständen können sie aber auch in angrenzenden Bundesländern versorgungswirksam sein können (vgl. Karte 5.2). Grundsätzlich ist eine wohnortnahe Versorgung wünschenswert, um den Zugang zur Substitutionsbehandlung möglichst allen Personen, die sie benötigen, zu ermöglichen. Angebote für eine Substitutionsbehandlung im stationären Setting sind in Karte A5. 1 zu finden.

Die folgende Abbildung 5.1 zeigt, in welchen Einrichtungsarten die Substitutionsbehandlung in Österreich am häufigsten durchgeführt wird. Auch hier spiegeln sich organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern wider.

Abbildung 5.1:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2014



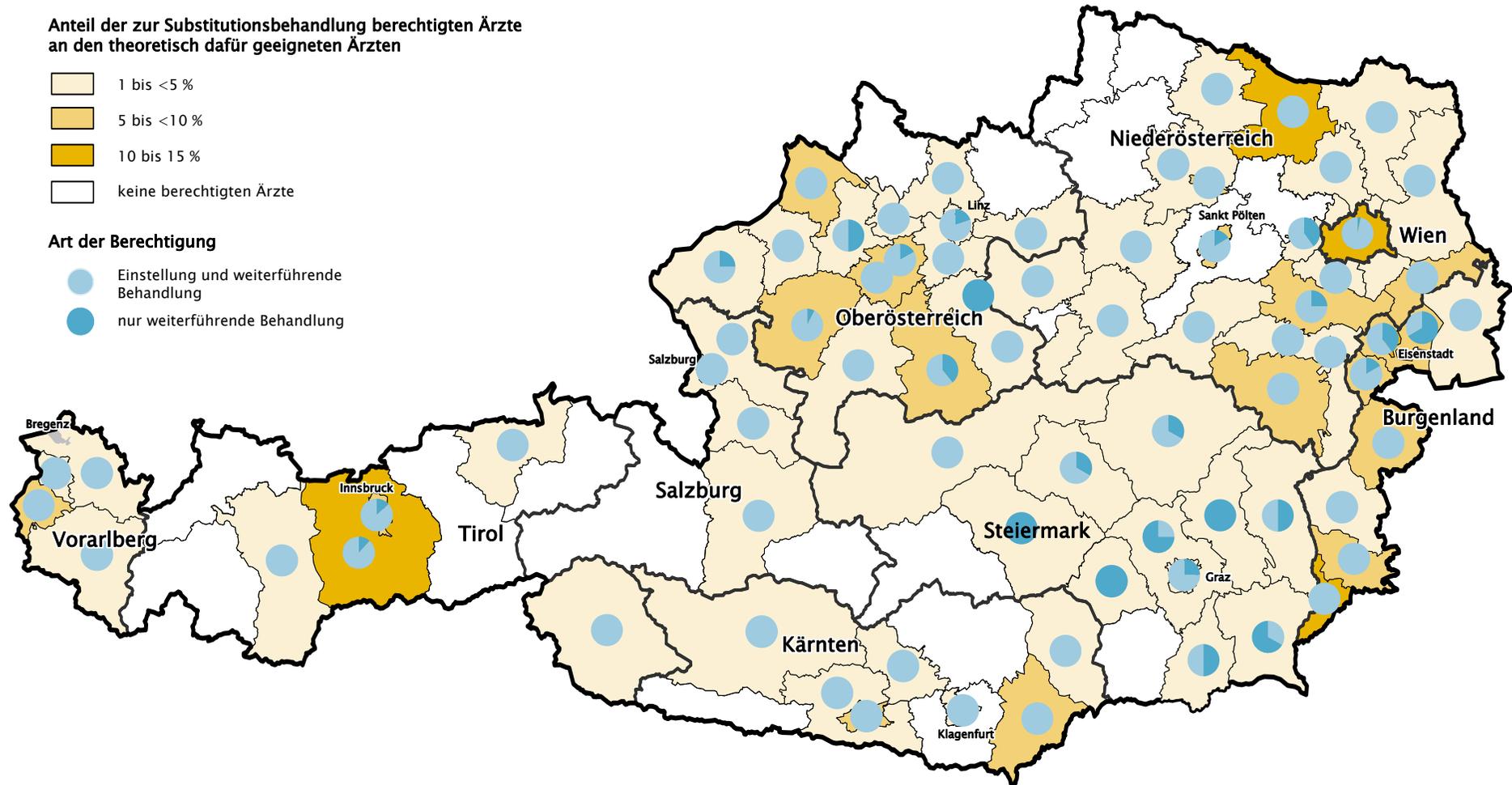
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

76

Für die vorliegende Abbildung wurden jene Personen ausgewählt, die laut Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer entweder Allgemeinmediziner/innen sind oder einen Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Additivfach Neuropädiatrie) haben. Es wurden die Angaben aus dem Jahr 2014 zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren erste Ordinationsadresse verwendet. Die Angaben zu den substitutionsberechtigten Ärztinnen und Ärzten stammen aus der BMG-geführten Liste (LISA).

Karte 5.1:

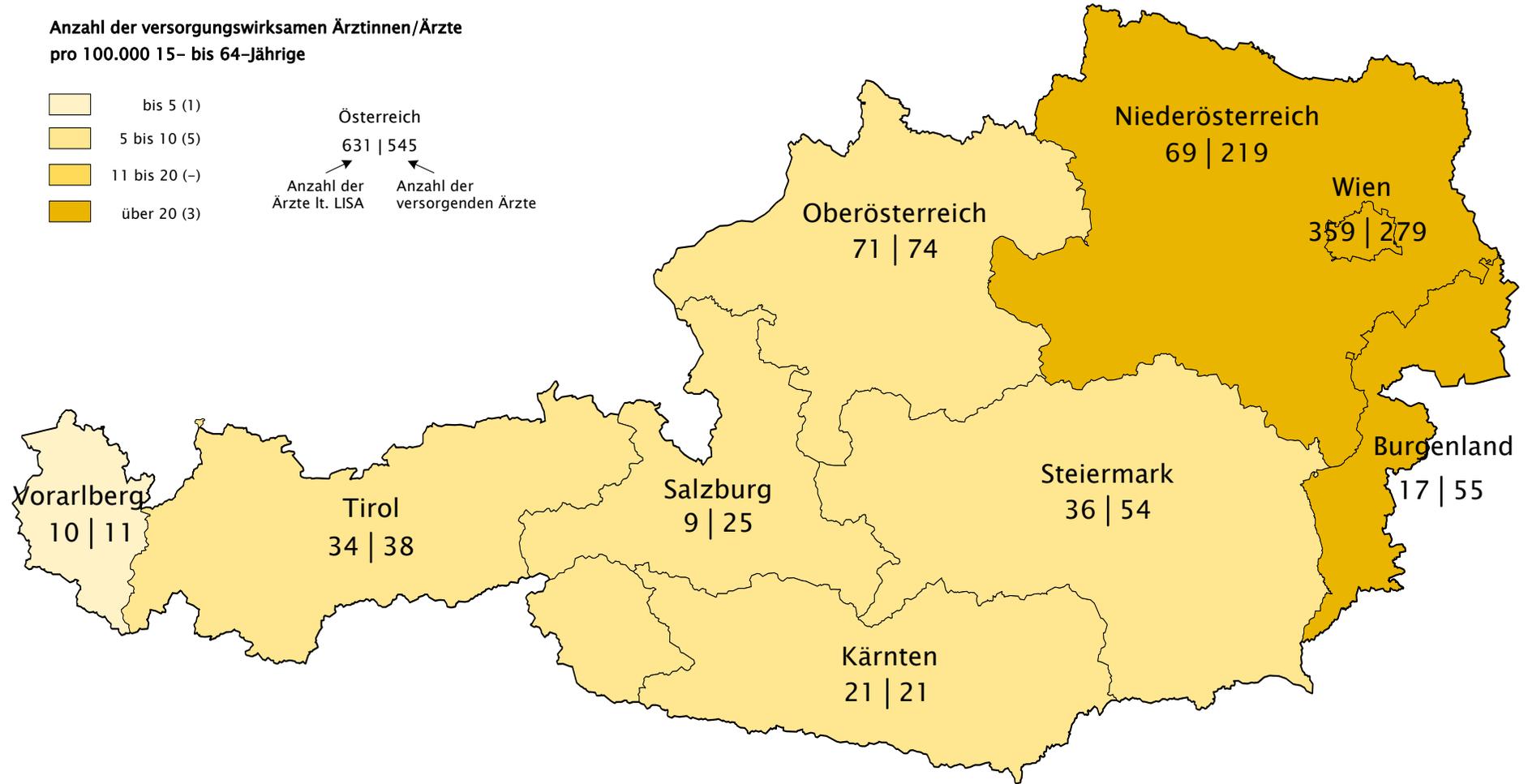
Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich (Stand 31. 12. 2014)



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

Karte 5.2:

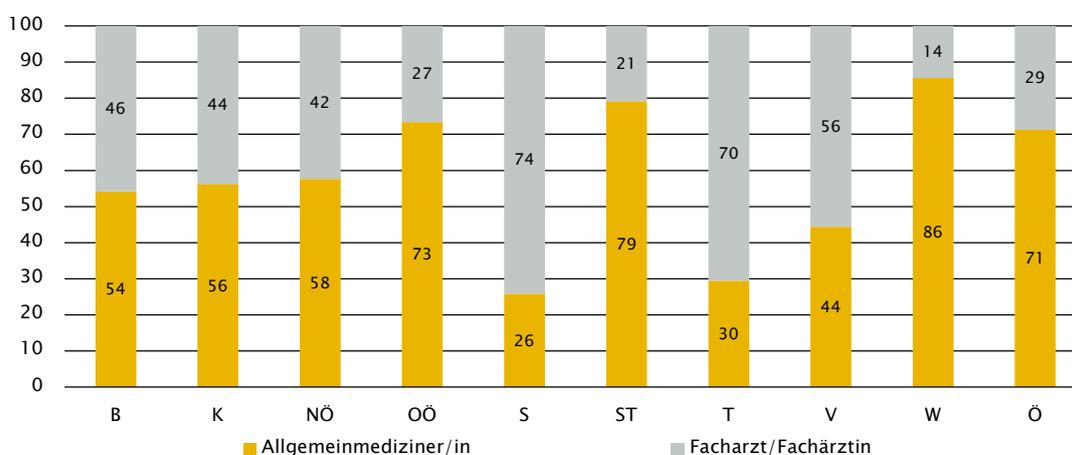
Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich (Stand 31. 12. 2014)



Quellen: BMG (LISA) und eSuchtmittel; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.2 zeigt, dass in Österreich die Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Auch hier gibt es jedoch unterschiedliche Verteilungen: Während in Salzburg 74 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen und Fachärzten behandelt werden, werden in Wien 86 Prozent von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreut.

Abbildung 5.2:
Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Prozentsatz der Patientinnen/Patienten betreut durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern (31. 12. 2014)



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

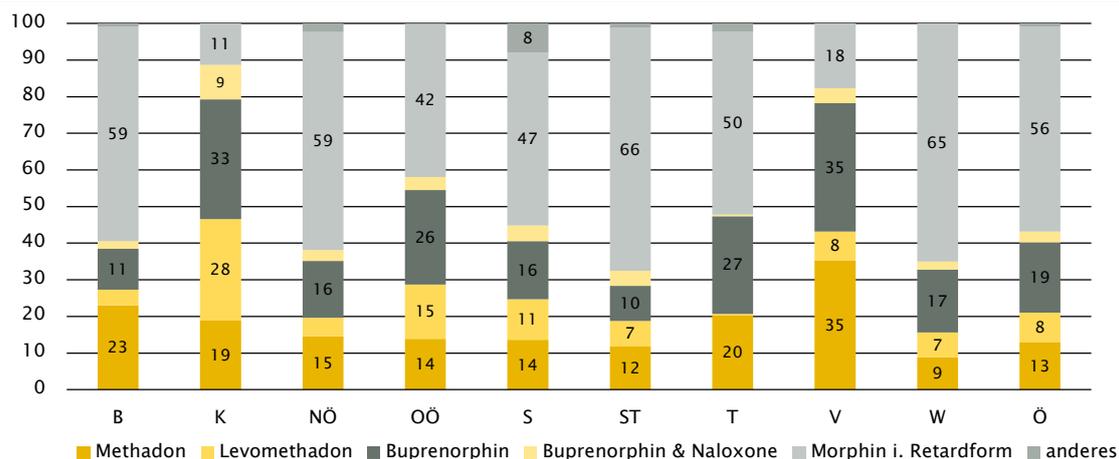
Weitere organisatorische Aspekte und Behandlungsmodalitäten

Die Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/374) definiert neben den bereits genannten Voraussetzungen für die Durchführung der Substitutionsbehandlung auch weitere Rahmenbedingungen. 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 5.3 zeigt die Verteilung der tatsächlich verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (56 %), gefolgt von Buprenorphin (19 %)

und Methadon (13 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haft eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich.

Abbildung 5.3:
Personen in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland (in Prozent), 2014



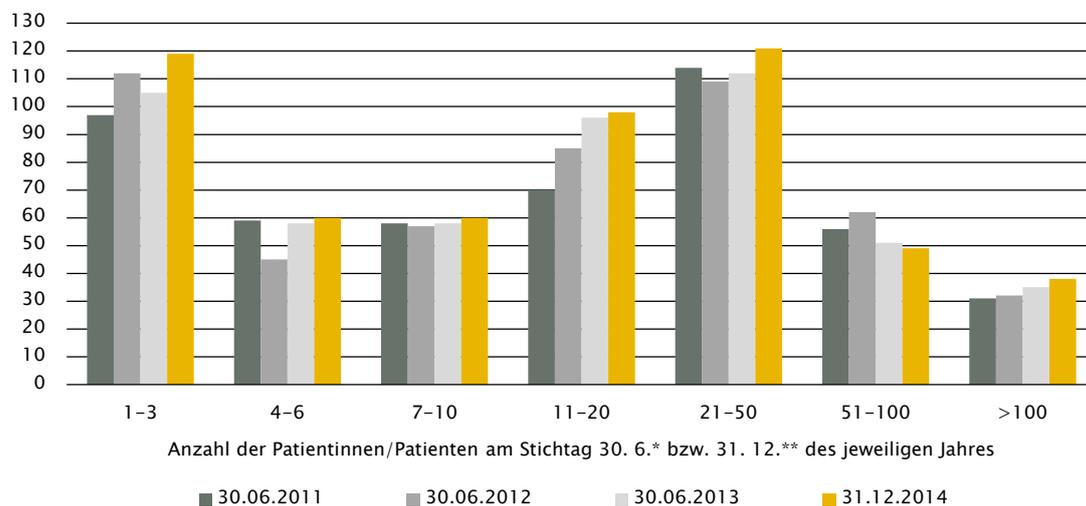
Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 17.115 der insgesamt 17.272 Personen, da bei 157 Personen (<1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.4 zeigt nicht nur die starke Streuung, sondern auch die Entwicklung der Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt in den letzten vier Jahren. Während im Jahr 2014 179 Ärztinnen/Ärzte (33 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 87 (16 %) Ärztinnen und Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 5.4:

Entwicklung der Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt über die Jahre 2011–2014



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2014 waren Insgesamt 17.272 Personen in Substitutionsbehandlung gemeldet, davon 985 zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 3.1 Tabelle 5.1 zeigt die Verteilung der Personen in Substitutionsbehandlung über die Bundesländer. Die Zahlen zur Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.1:

Anzahl der dem BMG aktuell gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern (2014)

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Fortgesetzte Behandlung	218	667	2.287	1.715	461	1.281	1.100	587	7.971	16.287
Erstbehandlung	16	119	156	157	31	66	73	41	326	985
Gesamt	234	786	2.443	1.872	492	1.347	1.173	628	8.297	17.272

Anmerkung: **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: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.2.3 Schlüsseldaten

5.2.3.1 Drogenkonsummuster im gesamten Behandlungs-be-reich

Zur Analyse der Drogenkonsummuster werden Entzugsbehandlungen im Spital ausgeschlossen, denn es kann eine sehr hohe Rate von Doppelzählungen mit ambulanter oder stationärer Therapie angenommen werden. Insgesamt wird in Österreich von etwa 23.000 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2). (Sozial gut integrierte) Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die keine Hilfe oder Hilfe außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind in dieser Schätzung nicht inkludiert.

Tabelle 5.2:
Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2014

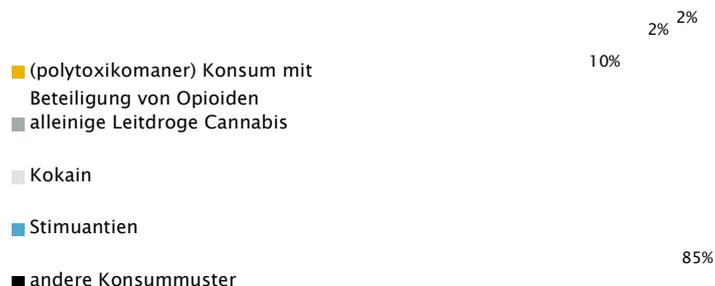
Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl der Klientinnen und Klienten
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	8.176
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.671
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.202
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	663
Insgesamt	22.702

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; eSuchtmittel

Aus Abbildung 5.5 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 19.500 Personen – wegen Opioidkonsum, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist.

Abbildung 5.5:

Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung (Schätzung), 2014



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis; diese macht etwa 2.000 Personen aus. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

5.2.3.2 Charakteristika von behandelten Personen aus den DOKLI-Einrichtungen

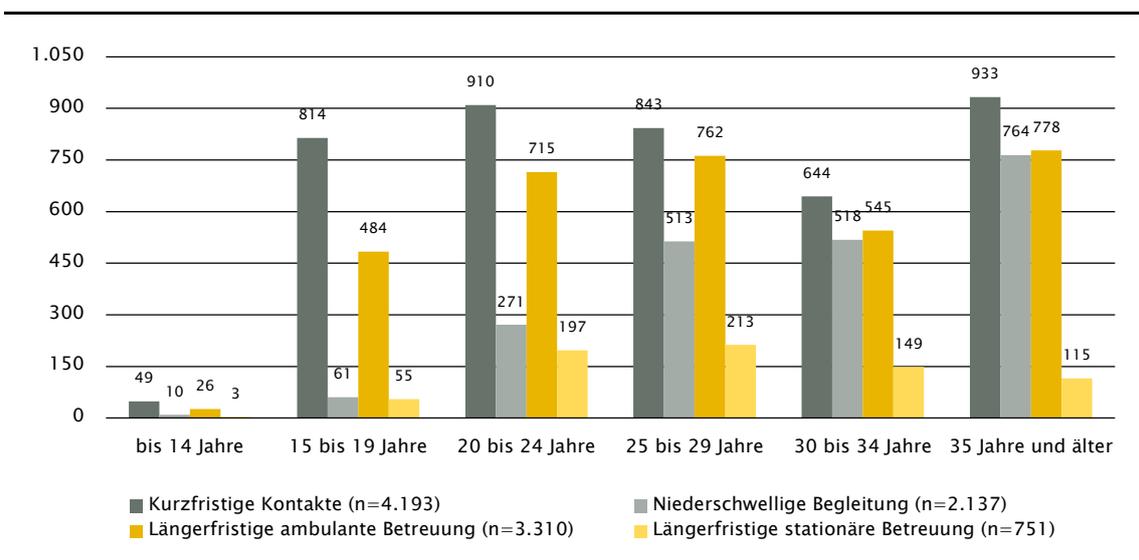
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klienten-Dokumentationsystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten, die im Epidemiologiebericht Drogen 2015 (Busch et al. 2015 in Vorbereitung) publiziert werden. Die wenigen vorhandenen Daten zu Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.3.3 dargestellt.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.310 Personen vor, die im Jahr 2014 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.394 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 751 Personen begonnen, bei 334 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen in drogenspezifischer Behandlung im klassischen Sinn wurden in DOKLI 2.137 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 4.193 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen drei (in niederschwelliger Begleitung) und 21 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 37 Prozent

(in niederschwelliger Begleitung) und 55 Prozent (in langfristiger stationärer Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Anzahl der Personen, die 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 19 und 26 Prozent (vgl. auch Tabelle A5. 1).

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI als Leitdroge und Begleitdroge erfasst⁷⁷. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen. Abbildung 5.7 zeigt die Leitdrogen mit Mehrfachnennungen für das Jahr 2014. Personen, die mehr 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 Tabelle A5. 2).

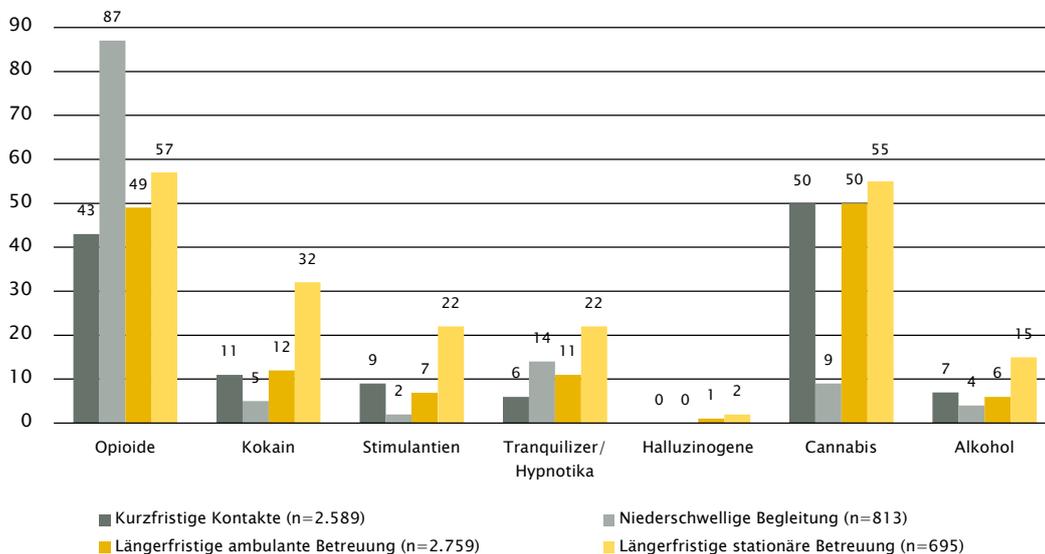
77

Unter **Leitdroge** ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche 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 vorliegen. Ausschließlich rechtliche Problematik ist anzukreuzen, wenn kein behandlungsrelevanter Konsum vorliegt, aber eine rechtliche Weisung besteht (GÖG/ÖBIG 2013a).

Abbildung 5.7:

Leitdroge(n) der Personen, die 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung (in Prozent)



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

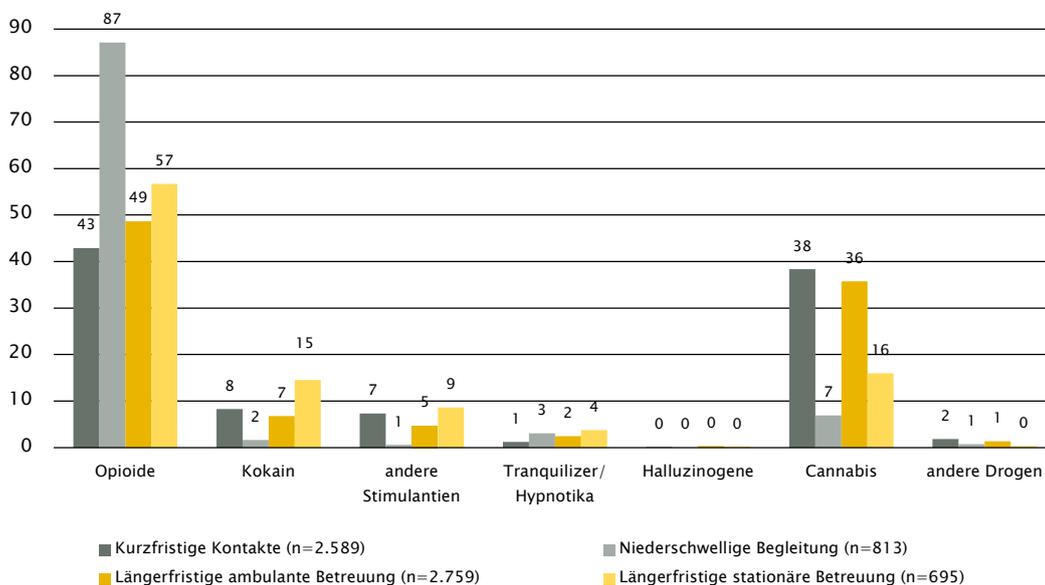
Eine andere Darstellungsform von Konsummustern, in welcher die österreichischen Daten auch an die EMCDDA übermittelt werden, ist die sogenannte „hierarchische Leitdrogendefinition“⁷⁸. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.8).

78

Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (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 ihr Opiode als Leitdroge zugeordnet. Folgende Hierarchie wird dafür herangezogen: Opiode > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis. Diese Definition entspricht am ehesten der 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 5.8:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition bei Personen, die 2014 eine drogen-spezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung (in Prozent)



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

In beiden Darstellungsformen treten zwei Gruppen hervor: Personen mit Leitdroge Opioid und Personen mit Leitdroge Cannabis. Wird die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen, ist die Gruppe der Personen mit Leitdroge Cannabis wesentlich kleiner als bei der Darstellung mit Mehrfachnennung, d. h., es gibt viele Personen, die neben der Leitdroge Cannabis auch noch andere Leitdrogen, z. B. Opioid, angeben. Weiters muss bei der Interpretation der Zahlen zu Cannabis bedacht werden, dass der Anteil von Personen mit behördlicher Therapieauflage in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist (siehe auch GÖG/ÖBIG 2013b).

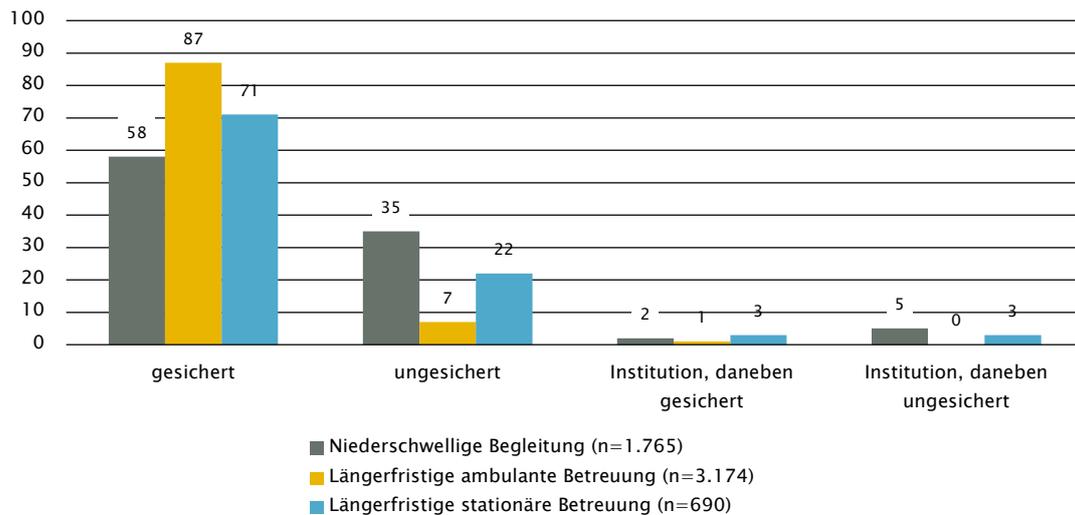
Opiate dominieren demnach im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge. Kokain als Leitdroge spielt nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.7 und Abbildung 5.8). Damit zeigt sich, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen anderen EU-Ländern Opiate die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EMCDDA 2014).

36 Prozent der längerfristig ambulant und 54 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (Kurzfristige Kontakte: 23 %, niederschwellige Betreuung: 71 % - vgl. Tabelle A5. 3).

Soziale Situation: Während Obdachlosigkeit für den Großteil der längerfristig Betreuten kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, zeigt die Klientel im niederschweligen Betreuungsbe-reich große Defizite hinsichtlich der Wohnsituation (vgl. Abbildung 5.9 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 5.9:
Personen, die 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung (in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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

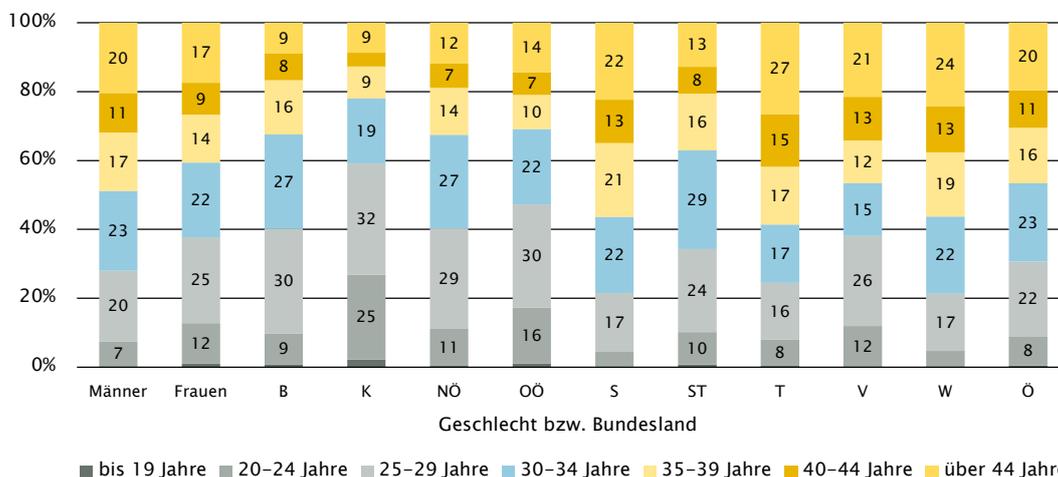
Erwerbstätig ist nur ein geringer Anteil der behandelten Personen (längerfristige ambulante Betreuung: 32 %, längerfristig stationäre Betreuung: 11 %, niederschwellige Begleitung: 13 % – vgl. Tabelle A5. 6).

5.2.3.3 Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 17.272 insgesamt im Jahr 2014 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 73 Prozent männlich und 27 Prozent weiblich. Die Verteilung nach Geschlecht bei den 985 im Jahr 2014 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (76 % Männer, 24 % Frauen).

Abbildung 5.10:

Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland (in Prozent), 2014



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.10 zeigt die Altersstruktur der 2014 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind 8 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt. 22 Prozent gehören der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre an, 39 Prozent sind im Alter von 30 bis 39 Jahren und 31 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 Viertel.

5.2.4 Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die die Selbstständigkeit der Menschen und ihre soziale Integration aufrechterhalten oder helfen sollen, sie wieder zu erreichen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. 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 Wien⁷⁹) gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch

79

Mehr Information unter <http://www.suchthilfe.at/> (29.7.2015)

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 Doppelgleisigkeiten 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 2014 wurden insgesamt 494 Personen zur suchtspezifischen Diagnostik zugewiesen. Bei 83 Prozent dieser Personen konnte die aktuelle gesundheitliche Situation abgeklärt werden. 64 Prozent davon wurden an *Standfest* vermittelt, 26 Prozent an die *Wiener BerufsBörse* und 10 Prozent für andere Behandlungen vorgeschlagen. Einen Überblick über die Angebote zur sozialen Reintegration bietet die Karte A5. 3 sowie regionale Informationsschienen⁸⁰.

5.2.5 Qualitätssicherung

Die Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung erfolgt 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 der *Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung* (BGBl. II 2006/449). Dazu gehören auch die Vorgaben hinsichtlich Behandlungs- und Betreuungskonzept sowie materieller, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen und Dokumentation für §15-SMG-Einrichtungen und deren Überprüfung durch das BMG. Damit stehen auch die Weiterbildungen für substituierende Ärztinnen und Ärzte in Zusammenhang, die von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit den Ärztekammern der Bundesländer und weiteren Akteurinnen und Akteuren sicherzustellen sind. Auch der Aufbau dieser Weiterbildung als Basismodul und vertiefende Module mit entsprechendem Stundenumfang ist gesetzlich festgelegt.

Zusätzlich gibt es Überprüfungen hinsichtlich baulicher, technischer, sicherheitstechnischer und bauhygienischer Beschaffenheit jener Einrichtungen, die als Sozialhilfe-Einrichtung entsprechender 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", die "Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ" und

80

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (29.7.2015)

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.

Relevant sind auch verschiedene **Gremien** mit der Aufgabe Qualitätssicherung. Dazu gehören beispielsweise der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* beim BMG sowie die Sachverständigenkommissionen der Bundesländer, aber auch die regional stattfindenden 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) und jährliche Fachtagungen (z. B. das Substitutionsforum in Mondsee der ÖGABS und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee⁸¹ oder – auf regionaler Ebene – die Tiroler Suchttagung) veranstaltet.

Eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung spielen auch **Evaluationen** von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen. Hier kann nur auf einzelne Studien verwiesen werden, die die Einrichtungen in Auftrag geben oder selbst durchführen. Manche führen selbst regelmäßig Katamneseuntersuchungen durch (z. B. die Therapiestation Carina), andere lassen einzelne Angebote einmalig extern evaluieren (z. B. das Jugendangebot des Vereins Dialog). Aktuell liegt ein Evaluationsbericht der Therapiestation Carina vor, andere wurden bereits in früheren Berichten zur Drogensituation beschrieben.

Für den Katamnesebericht 2014⁸² der Therapiestation Carina (Stiftung Maria Ebene 2015b) konnten weniger ehemalige Klienten/Klientinnen befragt werden als in früheren Studien. 52,5 Prozent der ehemaligen Klienten/Klientinnen gehen entweder einer Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung nach oder befinden sich in einer Qualifizierungsmaßnahme bzw. einer Ausbildung, die anderen sind erwerbslos und beziehen z. B. Invaliditätspension. Die Wohnsituation ist in 95 Prozent der Fälle gesichert. Die Abstinenzquote für illegale Substanzen wurde mit 33 Prozent berechnet, für Alkohol mit 15 Prozent, was im Vergleich zum Katamnesebericht 2013 (Stiftung Maria Ebene 2014)

81

Veranstalter waren 2015 die Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft (MAW), die Johannes Kepler Universität, Cocoon, Österreichischer Ärztekammer (ÖÄK), Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP)

82

64 Personen haben im Jahr 2013 ihre Behandlung beendet, davon konnten 49 in die Katamneseuntersuchung aufgenommen und 21 tatsächlich erreicht werden.

deutlich geringer ist. 76 Prozent gaben an, Nachsorgeangebote in Anspruch genommen zu haben. 43 Prozent der Befragten beurteilen ihre aktuelle Lebenssituation als gut oder sehr gut, 28,5 Prozent als durchschnittlich. Die Lebensqualitätsentwicklung beurteilen 81 Prozent als positiv (Verbesserung) und 14 Prozent als unverändert. Während die Befragten mit ihren Sozialkontakten (52,5 %), ihrer Arbeitsfähigkeit (52,5 %), ihrer finanziellen Situation (57 %), ihrer Freizeitgestaltung (62 %), ihrer Wohnsituation (62 %) und ihrer Gesundheit (66 %) zufrieden oder sehr zufrieden sind, sind 57 Prozent mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden oder sehr unzufrieden.

Der mit dem Katamnesebericht gekoppelte Evaluationsbericht der Therapiestation Carina zeigt, dass im Jahr 2014 von 64 beendeten Behandlungen 40 erfolgreich waren, in 34,5 Prozent der Fälle kam es zu einem Abbruch. Die durchschnittliche Behandlungsdauer regulär abgeschlossener Therapien betrug 140 Tage, 14 Prozent der Fälle kamen aufgrund von gerichtlichen Auflagen und Weisungen zustande. Zur Messung der Ergebnisse wird an der Therapiestation Carina seit 2012 die Methode des semantischen Differenzials⁸³ eingesetzt. Diese zeigt im Verlauf der Therapie eine signifikante Abnahme des positiven Potentials, der positiven Valenz und der Aktivierungsqualität der Leitdrogen und gleichzeitig eine signifikante Zunahme der positiven Potenz und der positiven Valenz von Abstinenz. Die Aktivierungsqualität von Abstinenz nimmt zwar zu, steigt aber nicht signifikant. Sowohl Leidensdruck als auch Suchtdruck nehmen im Lauf der Therapie signifikant ab. Während 85 Prozent der Klienten/Klientinnen mit erfolgreichem Therapieabschluss ihren Therapie-Erfolg als gut oder sehr gut einschätzen, schätzen nur 50 Prozent jener, die ihre Therapie abgebrochen haben oder entlassen wurden, ihren Therapie-Erfolg als gut oder sehr gut ein. Dieser Erfolg wird Großteils dem therapeutischen Angebot (v. a. der Psychotherapie) zugeschrieben, gefolgt von den Therapiebausteinen Freizeitgestaltung und Outdoor-Aktivitäten sowie den Angeboten der Soziotherapie und Sozialarbeit. Yoga und medizinische Betreuung und Versorgung spielen demnach eine geringe Rolle, wobei letztere keinen Schwerpunkt der Therapiestation darstellt.

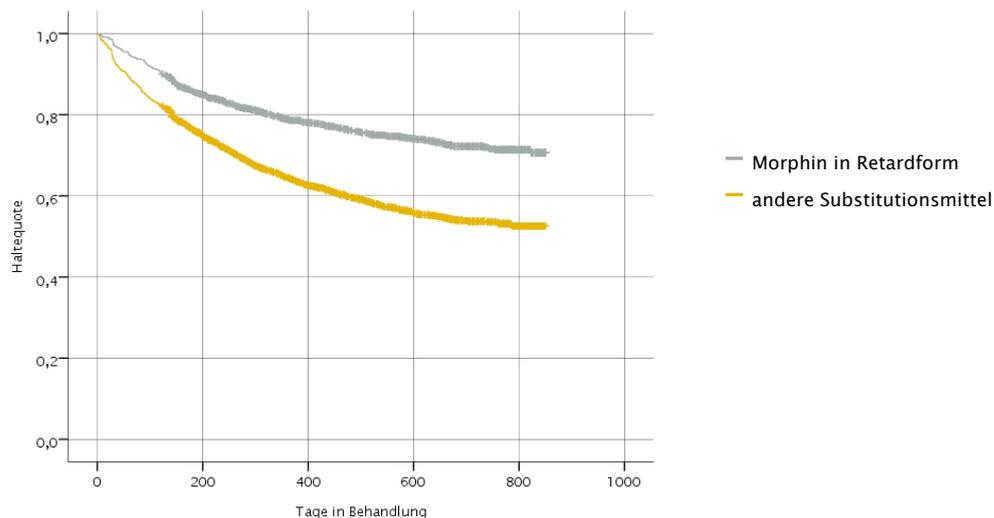
Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung gab es verschiedene Studien (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Es werden aber auch von der GÖG regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durchgeführt, die einzelne Aspekte untersuchen. Ein Beispiel ist die Berechnung der Haltequoten, die ausführlich in GÖG/ÖBIG 2013b beschrieben wurden. Dabei zeigte sich eine im internationalen Vergleich hohe Haltequote. Nach einem halben Jahr befinden sich 80 Prozent, nach einem Jahr 70 Prozent und nach zwei Jahren über 60 Prozent noch in Substitutionsbehandlung. Frauen haben eine höhere Haltequote als Männer, Personen, die in Wien in Substitutionsbehandlung sind, eine höhere als solche in den Bundesländern, Personen, die zu Beginn 30 Jahre oder älter sind, eine höhere als Personen unter 30 Jahren. Hinsichtlich der Substitutionsmittel zeigte sich retardiertes Morphin allen anderen Substitutionsmedikamenten überlegen (Abbildung 5.11). Weitere Auswertungen betrafen z. B. die Diversifikation der Verschreibungen (vgl. Weigl et al. 2014).

83

Bei der Methode des semantischen Differenzials werden affektive Wortdeutungen quantitativ analysiert. Die Valenzdimension misst die gefühlsbezogene Qualität eines Begriffs, die Potenzdimension die Macht oder Stärke und die Aktivierungsdimension den Grad der Erregung/Spannung, die/der mit einem Begriff verbunden ist.

Abbildung 5.11:

Haltedauer der Personen, die zwischen 1. 1. 2011 und 31. 12. 2012 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, nach Morphin in Retardform und anderen Substitutionsmitteln (Überlebensfunktion nach Kaplan–Meier; n = 5.165)



Anmerkung: Bei einem Wechsel des Substitutionsmittels wird immer das letzte verschriebene Substitutionsmittel für die Berechnung herangezogen. Eine Betreuung gilt dann als beendet, wenn innerhalb von 32 Tagen nach der Meldung des Endes einer Betreuung keine Meldung eines Betreuungsbegins erfolgte. Personen, die unter einem Tag gemeldet waren, werden von der Analyse ausgeschlossen.

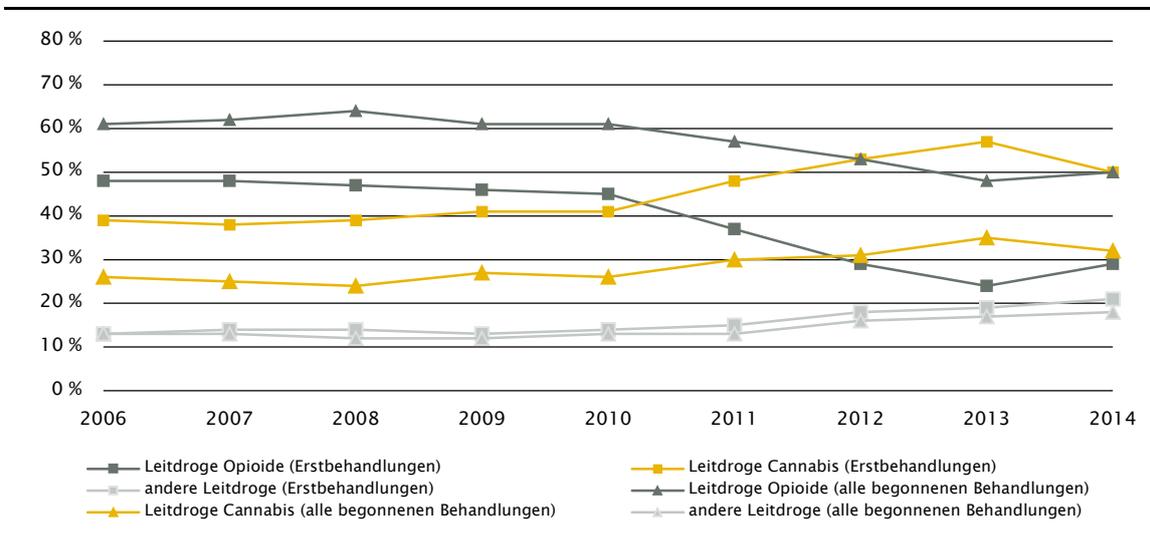
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.3 Trends

Wird die Zeitreihe zu Cannabis und Opioiden als Leitdroge anhand der hierarchischen Leitdrogengdefinition in den DOKLI-Daten betrachtet, so zeigen sich über die Jahre eine Abnahme des Opioid- und eine Zunahme des Cannabis-Konsums. Dieser Sachverhalt ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Drogen als Leitdrogen über die Jahre leicht gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulantien (Erstbehandlungen: Kokain 10 %, Stimulantien 8 %; alle Betreuungsanfänge: Kokain 8 %, Stimulantien 6 %). Es ist aber zu beachten, dass der weitest- aus größte Teil von Personen in Substitutionsbehandlung (Opioidproblematik) nicht in DOKLI auf- scheint.

Abbildung 5.12:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den hierarchischen Leitdrogen Opioiden und Cannabis und nach Jahren

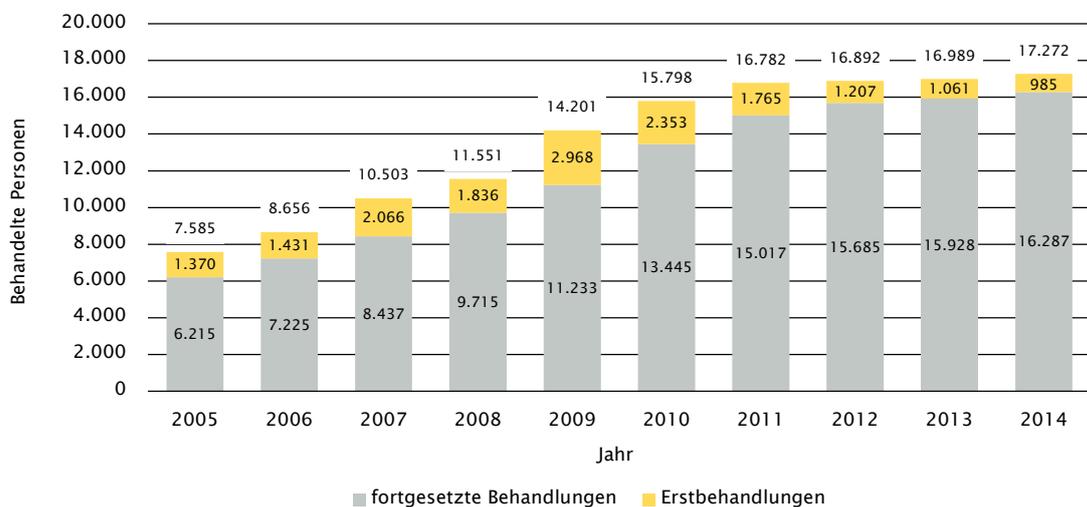


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2006 bis 2014

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abbildung 5.13). Das Abflachen des Anstiegs der in oraler Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen dürfte durch einen Sättigungseffekt zu erklären sein – der Großteil der Personen, für den diese Behandlung in Frage kommt, ist bereits in Substitutionsbehandlung.

Abbildung 5.13:

Entwicklung der Zahl jährlicher Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2004–2014



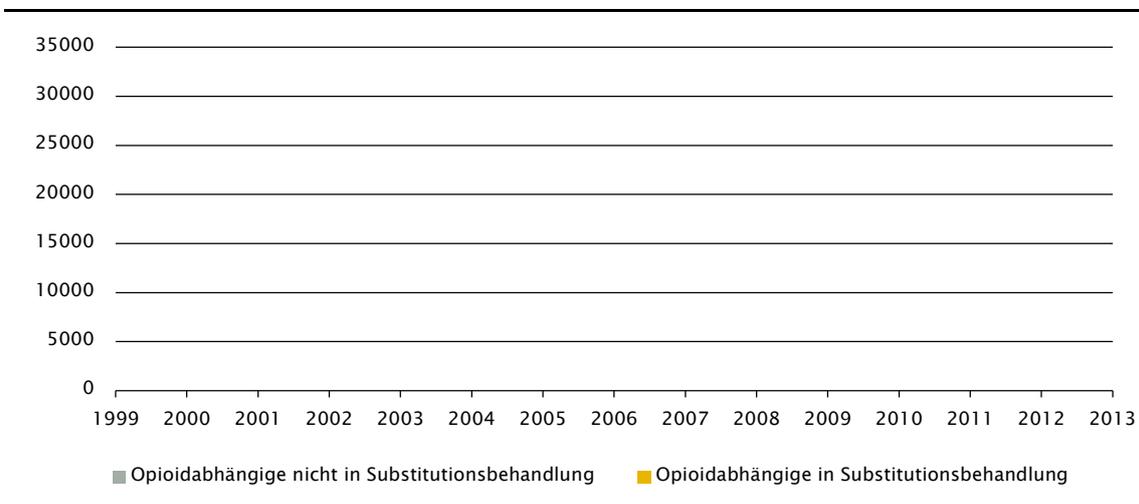
Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechende Person bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zur geschätzten Prävalenz, so zeigt sich, dass sich die In-Treatment-Rate über die Jahre massiv erhöht hat. Während sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Drogenproblemen (Opiode) seit 1999 lediglich um 50 Prozent erhöht hat und in den letzten Jahren leicht rückläufig ist, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht. Insgesamt werden von den geschätzten 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 59 und 61 Prozent durch Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.14) bzw. zwischen 66 und 68 Prozent durch drogenspezifische Behandlung erreicht (Busch et al. 2014). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.14:

Opioidabhängige Personen, nach Integration in Substitutionsbehandlung



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

5.4 Neue Entwicklungen

Die schwierige finanzielle Situation mancher Bundesländer macht sich z. B. in Form von Budgetkürzungen bemerkbar (vgl. Kapitel 1) und führt nicht nur dazu, dass bereits geplante Weiterentwicklungen (wie die Implementierung von Disease Management an den Drogenambulanzen in Kärnten) nicht durchgeführt werden, sondern auch dazu, dass Regionalstellen dauerhaft oder in der Urlaubszeit kurzfristig geschlossen werden (z. B. in der Steiermark; b.a.s. 2015).

Das gleichzeitige Vorliegen mehrerer Suchtformen (nicht nur in Form eines in Österreich „traditionellen“ polytoxikomanen Konsums, sondern z. B. in Form eines problematischen Cannabiskonsums neben einer Alkoholabhängigkeit oder in Form einer Abhängigkeit von Beruhigungsmitteln neben einer Spielsucht, vgl. Stiftung Maria Ebene 2015a) rückt wieder stärker in den Fokus. Auf dieser Basis werden weitere Suchtformen in die Behandlungskonzepte der spezialisierten Suchthilfeeinrichtungen integriert. Als Beispiel kann das Projekt *Alkohol 2020* in Wien genannt werden, in dessen Zusammenhang sich auch der Verein Dialog im Jahr 2014 mit integrativen Konzepten zur gemeinsamen Behandlung von Alkoholabhängigen, Personen mit problematischem Drogenkonsum und Personen mit nicht substanzgebundenem Suchtverhalten auseinandergesetzt hat. In Salzburg wurden die Bemühungen um ein neues integriertes Suchthilfesystem Salzburg (substanzübergreifender Ansatz, strukturierte Behandlungs- und Betreuungsketten nach dem stepped-care-Prinzip) fortgesetzt, es soll ein regionaler Therapieverbund mit verbindlichen Schnittstellenvereinbarungen geschaffen werden (Schabus-Eder, p. M.). Die Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II (Suchtmedizin) wurde im Jahr 2014 als eigenständige Abteilung aufgelöst und in den Bereich Abhängigkeitserkrankungen als Teil einer gemeinsamen Psychiatrie-Abteilung

übergeführt. Im Zuge der Ausweitung auf das Thema Sucht wurde im Jahr 2015 auch die Drogenberatung des Psychosozialen Dienstes des Landes Salzburg auf Suchtberatung umgestellt, allerdings vorerst nur im Zentralraum.

In der neuen Steirischen Suchtpolitik wurde als ein Ziel die Etablierung regionaler Suchthilfenetzwerke formuliert. Im Jahr 2014 wurde zum regionalen Suchthilfe-Netzwerk in Hartberg/ Fürstentfeld eine Studie durchgeführt, die eine gute Kooperation zwischen den involvierten Einrichtungen bestätigt (Ederer, p. M.). Die Anregung, dass regelmäßige Informationen über die Netzwerkpartner/innen hilfreich wären, wurde von der steirischen Suchtkoordination aufgegriffen und soll nun in Form von vierteljährlichen Aussendungen umgesetzt werden.

Hinsichtlich der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen laufen ebenfalls positive Entwicklungen: Das niederösterreichische Pilotprojekt „Substitutionsbehandlung“, in dessen Rahmen im April 2012 für drei Jahre eigene Leistungspositionen zur Abrechnung der Substitutionsbehandlung durch Vertrags(fach)ärztinnen und -ärzte vereinbart wurden, wurde im April 2015 um drei weitere Jahre verlängert und auf Wahlärztinnen und -ärzte erweitert (Hörhan p. M.). In der Steiermark gibt es seit 1. 1. 2015 ebenfalls die Möglichkeit, die Leistung „Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen“ mit der GKK zu verrechnen, allerdings lediglich mit max. 36 Euro Euro pro Fall und Quartal (Ederer, p. M.).

Neu ist auch der Leitfaden „Beratung, Betreuung, Behandlung und Therapie von Abhängigkeit/Suchterkrankung in NÖ“, der im November 2014 fertiggestellt wurde und Professionistinnen/Professionisten einen Überblick über Angebote und Konzepte der Suchthilfe in Niederösterreich gibt und helfen soll, einen optimalen Behandlungsplan zu erstellen (Hörhan, p. M.).

Von der Drogenarbeit des Z6 (Tirol) wird seit Herbst 2014 ein spezielles Entwöhnprogramm für Cannabis-Konsumierende angeboten (*CANDIS*⁸⁴), das aus einer modularen Kurzintervention besteht und speziell auf die Bedürfnisse von Jugendlichen und Erwachsenen mit problematischem Cannabiskonsum zugeschnitten ist (Drogenarbeit Z6).

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe: Daten zur Beschreibung der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den

84

Mehr Informationen unter <http://www.candis-projekt.de/therapie.html> (29.7.2015)

Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. 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 2014 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit der 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 an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen: Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMG wahrgenommen, basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und erfolgten oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 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 Opioidkonsums wird in Kapitel 3 beschrieben.

Für den Evaluations- und Katamnesebericht 2014 der Therapiestation Carina wurden die Daten des medizinischen Dokumentationssystems (MEDOS) der Stiftung Maria Ebene und weitere routinemäßig erhobene Daten der Therapiestation Carina (ICD-10-Diagnoseblätter sowie Befragungen zu Beginn und zum Ende der Therapie) ausgewertet, zusätzlich wird ehemaligen Klienten/Klientinnen zwölf Monate nach Therapieabschluss ein Fragebogen zugeschickt bzw. werden sie anhand des Fragebogens telefonisch befragt (Stiftung Maria Ebene 2015b).

5.6 Bibliographie

- b.a.s. (2015). Infomail vom 14.7.2015. b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. Epidemiologiebericht Drogen 2015 (in Vorbereitung). Wien
- EMDDDA (2015). European Drug Report 2015. Trends and Developments. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Lisbon
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. 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. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013c). Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen. Aktuelle Rahmenbedingungen und Studienergebnisse. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- IFES (2012). BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. 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 (2014). 1–Jahres–Katamnese 2013. Patientinnenjahrgang 2012. Stiftung Maria Ebene, Therapiestation Carina. Frastanz.

Stiftung Maria Ebene (2015a). Jahresbericht 2014. Frastanz.

Stiftung Maria Ebene (2015b). Evaluations- und Katamnesebericht 2015. Stiftung Maria Ebene. Frastanz

Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. 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

Z6/Drogenarbeit (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Innsbruck

5.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

BGBl. 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
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordinator Steiermark
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg

5.9 Anhang

Tabelle A5. 1:

Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0
15 bis 19	19	22	19	2	5	3	14	17	15	6	14	7
20 bis 24	22	21	22	10	20	13	21	23	22	26	28	26
25 bis 29	20	21	20	23	26	24	23	24	23	29	24	28
30 bis 34	15	16	15	25	22	24	17	15	16	19	22	20
35 bis 39	8	9	8	17	11	15	10	9	10	9	9	9
40 bis 44	6	4	6	10	8	10	6	4	6	5	2	5
45 bis 49	4	4	4	7	4	6	4	4	4	3	0	2
50 bis 54	3	2	2	3	3	3	3	2	3	1	1	1
55 bis 59	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0
60 bis 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben	3.288	905	4.193	1.592	545	2.137	2.583	727	3.310	603	148	751
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: 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: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2014;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A5. 2:

Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Leitdrogen und Geschlecht (in Prozent)

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Opioide gesamt	41	49	43	88	84	87	46	60	49	54	66	57
Heroin	35	40	36	76	72	75	38	48	40	46	56	48
Methadon	3	4	3	51	47	50	4	5	5	10	16	11
Buprenorphin	4	4	4	49	44	47	7	7	7	2	2	2
Morphin in Retardform	9	12	10	60	54	58	13	22	15	7	13	8
Anderes Opioid	2	3	2	0	0	0	2	2	2	11	12	11
Kokaingruppe	12	4	11	5	7	5	12	9	12	33	27	32
Kokain	12	4	11	5	7	5	12	9	12	33	27	32
Crack	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0
Anderes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien gesamt	9	12	9	2	3	2	7	6	7	22	20	22
Amphetamin (z. B. Speed)	5	5	5	2	2	2	5	3	4	18	16	17
MDMA (Ecstasy) und Derivate	2	2	2	0	1	0	3	1	2	10	9	10
Anderes Stimulans	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Tranquilizer/Hypnotika ge- samt	5	8	6	12	18	14	10	15	11	20	27	22
Benzodiazepine	5	8	6	12	18	14	10	15	11	20	27	22
Barbiturate	0	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
Anderer Hypnotika bzw. Tran- quilizer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene gesamt	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	2
LSD	0	0	0	0	0	0	1	0	1	2	0	2
Anderes Halluzinogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	52	43	50	9	8	9	53	40	50	56	51	55
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0
Alkohol	7	7	7	4	5	4	7	4	6	13	22	15
Anderer Drogen	1	0	1	9	12	9	1	0	1	2	1	2
Leitdroge (Nennungen)	2.844	723	3.567	1.668	585	2.253	3.361	956	4.317	1.299	348	1.647
Leitdroge angegeben (Perso- nen)	2.048	541	2.589	599	214	813	2.157	602	2.759	557	138	695
Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	228	83	311	27	13	40	118	28	146	15	2	17
Keine Leitdroge angegeben (Personen)	980	275	1.255	964	318	1.282	255	86	341	12	2	14
Missing	32	6	38	2	0	2	53	11	64	19	6	25

Anmerkung: 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.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A5. 3:

Personen, die im Jahr 2014 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	79	71	77	29	26	29	66	57	64	49	36	46
Ja	21	29	23	71	74	71	34	43	36	51	64	54
Gültige Angaben	3.003	817	3.820	1.307	434	1.741	2.411	693	3.104	445	125	570
Unbekannt	234	80	314	268	101	369	139	28	167	146	21	167
Missing	51	8	59	17	10	27	33	6	39	12	2	14

Anmerkung: 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: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A5. 4:

Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht (in Prozent)

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Gesichert (z. B. eigene Wohnung)	-	-	-	58	58	58	87	85	87	70	74	71
Ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	35	35	35	7	8	7	22	19	22
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	2	2	2	1	1	1	3	4	3
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	5	4	5	0	0	0	3	2	3
Betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	0	0	1	1	1	1	0	1
Betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	0	0	0	2	4	3	0	1	0
Haft	-	-	-	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Gültige Angaben	-	-	-	1.313	452	1.765	2.477	697	3.174	556	134	690
Unbekannt	-	-	-	261	82	343	73	22	95	43	12	55
Missing	-	-	-	18	11	29	33	8	41	4	2	6

Anmerkung: 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: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A5. 5:

Über 20-Jährige, die im Jahr 2014 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
keine	-	-	-	-	-	-	2	3	2	4	2	4
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule	-	-	-	-	-	-	1	1	1	3	0	2
Pflichtschule	-	-	-	-	-	-	43	49	45	48	51	49
Lehrabschlussprüfung	-	-	-	-	-	-	41	31	39	36	34	36
Berufsbildende mittlere Schule	-	-	-	-	-	-	4	6	4	3	2	3
AHS, BHS	-	-	-	-	-	-	7	7	7	5	11	6
Studium, Fachhochschule, Kolleg	-	-	-	-	-	-	1	2	2	0	1	1
gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.026	547	2.573	489	110	599
unbekannt	-	-	-	-	-	-	148	37	185	70	15	85
missing	-	-	-	-	-	-	33	9	42	7	2	9

Anmerkung: 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: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Tabelle A5. 6:

Personen, die im Jahr 2014 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (in Prozent)

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
erwerbstätig	-	-	-	14	9	13	33	27	32	10	11	11
arbeitslos	-	-	-	52	41	49	40	41	41	51	48	51
Bedarfsorientierte Mindestsicherung	-	-	-	15	24	17	9	16	11	9	5	8
Kind, Schüler/in, Student/in (=sog. "erhaltene Person")	-	-	-	1	2	1	4	6	4	0	3	1
Präsenz- oder Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	8	12	9	8	11	8	4	15	6
Haushalt, Umschulung, sonstiges	-	-	-	15	11	14	10	14	11	6	5	6
nicht erwerbstätig und sonstiges unbekannt	-	-	-	22	24	22	13	10	12	18	14	17
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	1.330	453	1.783	2.424	686	3.110	544	130	674
unbekannt	-	-	-	244	78	322	112	27	139	51	15	66
missing	-	-	-	18	14	32	47	14	61	8	3	11

Anmerkung: 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.

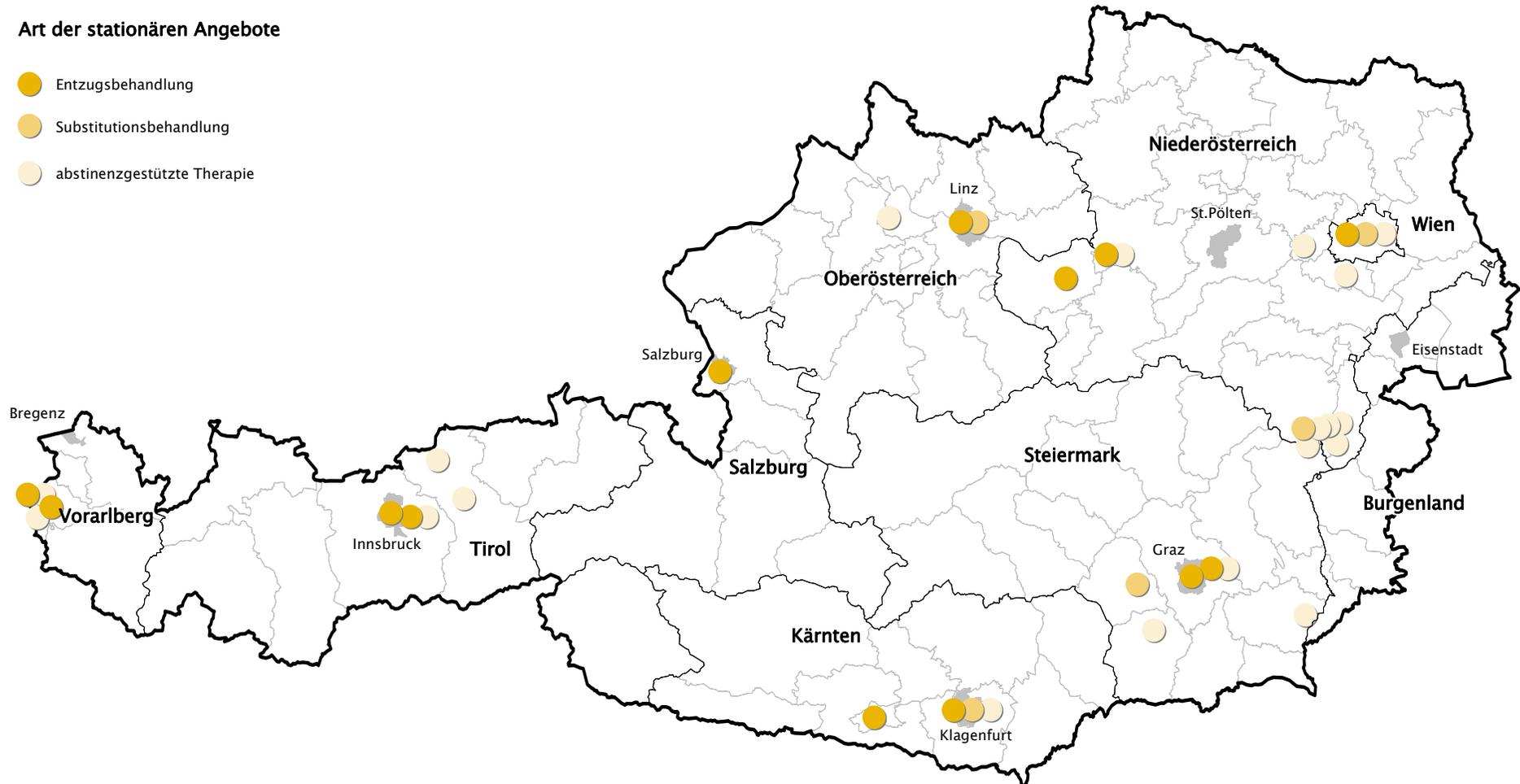
Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Karte A5. 1:

Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2015

Art der stationären Angebote

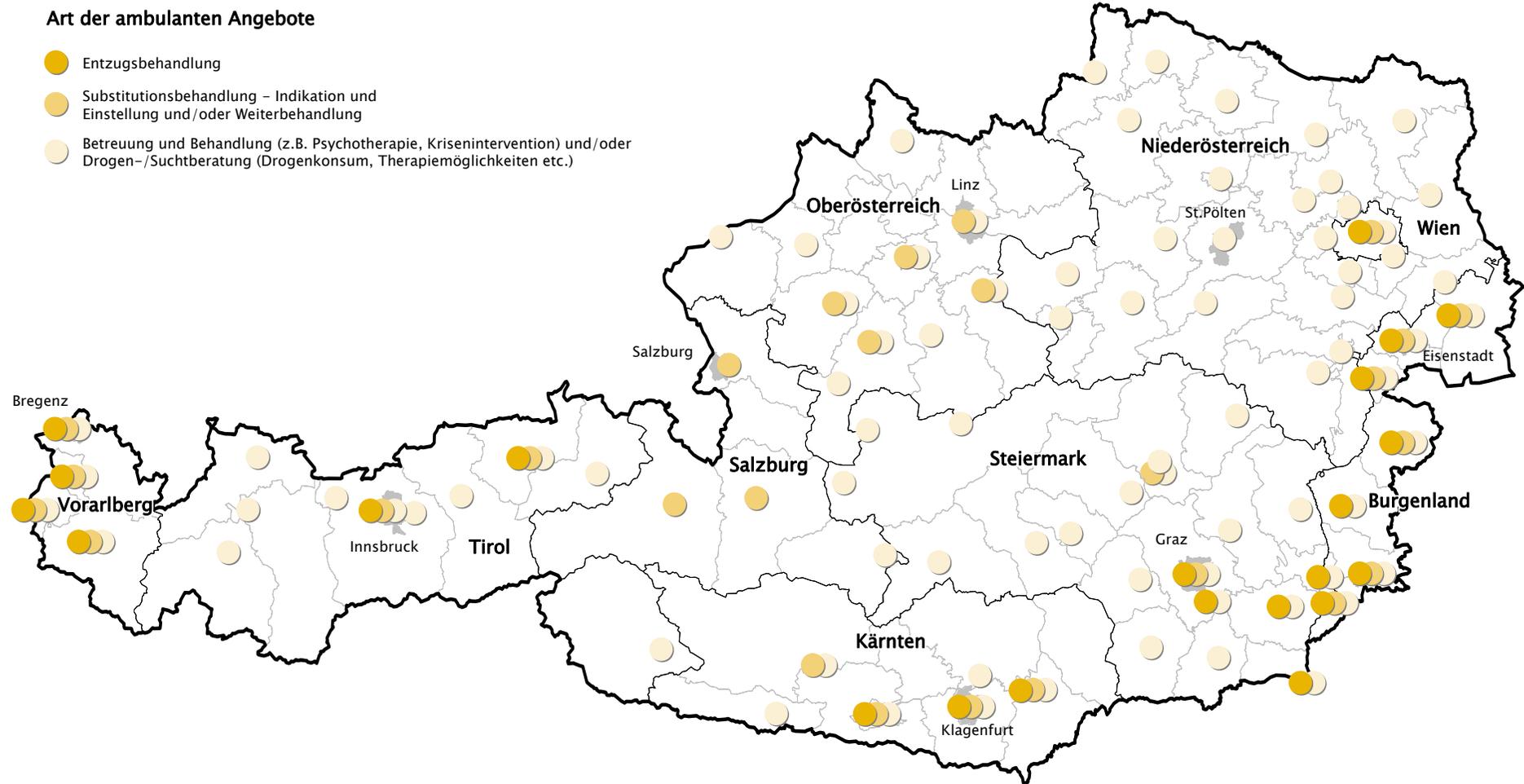
- Entzugsbehandlung
- Substitutionsbehandlung
- abstinenzgestützte Therapie



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

Karte A5. 2:

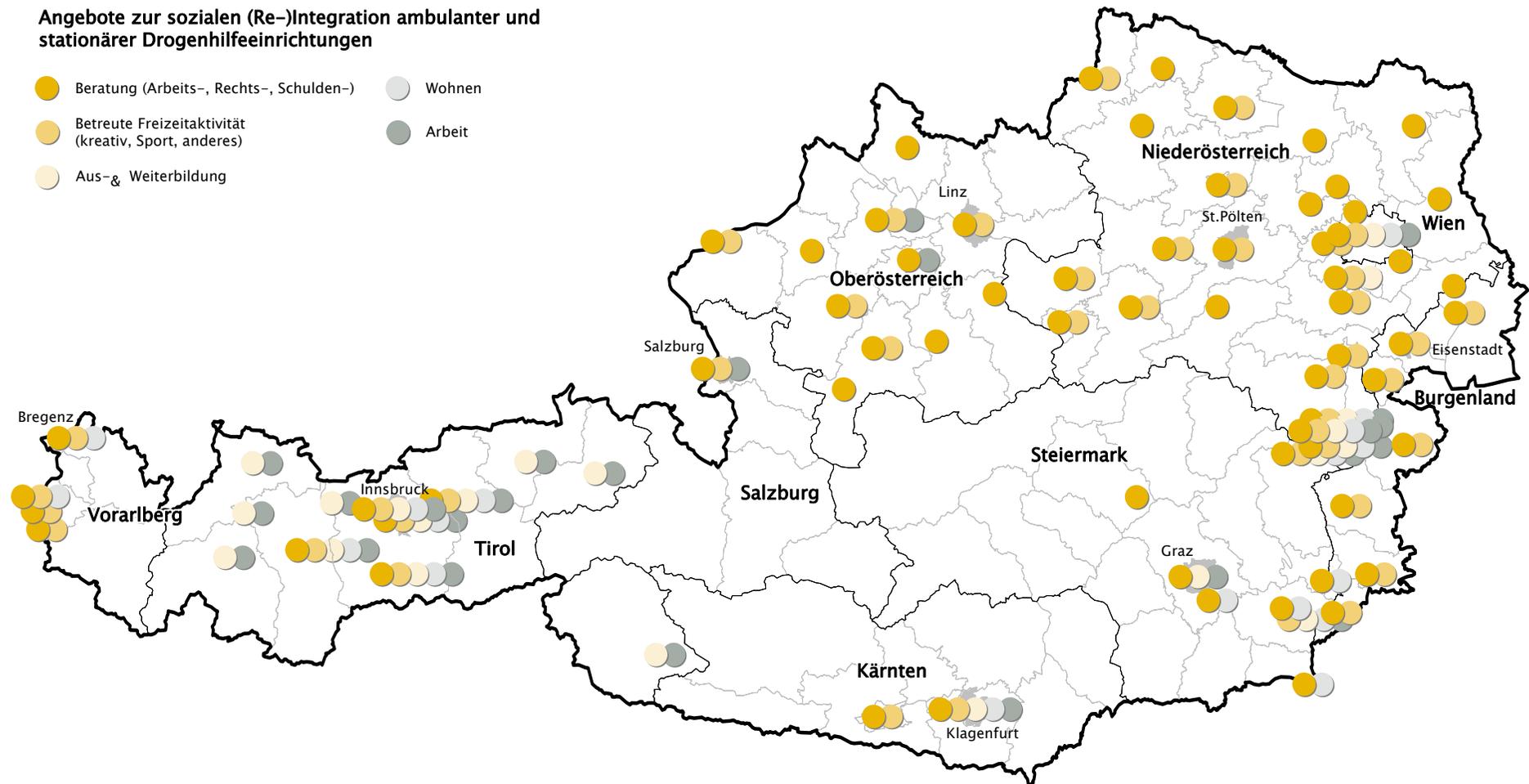
Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2015



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

Karte A5. 3:

Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2015



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

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN.....	154
6.1	Zusammenfassung.....	154
6.2	Aktuelle Situation.....	155
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	155
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	156
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	157
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	160
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	161
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	164
6.2.7	Qualitätssicherung	164
6.3	Trends.....	165
6.4	Neue Entwicklungen.....	169
6.5	Quellen und Methodik.....	171
6.6	Bibliographie	174
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	175
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	175
6.9	Anhang.....	176

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Grundlegend für Maßnahmen der Schadensminimierung sind die neun Sucht- und Drogenstrategien der Bundesländer. Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei der Spritzentausch und -verkauf, der in sieben von neun Bundesländern angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe, wie kostenfreie Statusbestimmungen, HAV/HBV-Impfprogramme und auch sozialarbeiterische Betreuung oder fachärztliche Behandlung angeboten.

Ein Teil der derzeit verfügbaren Datenquellen zur Prävalenzschätzung von Hepatitis C (HCV) bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum zeigt nach wie vor sehr hohe Werte (über 70 % sind HCV-Antikörper-positiv). Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Konsumierenden stellt demnach ein gravierendes Problem dar. Die Zahlen zu HIV bewegen sich weiterhin auf niedrigem Niveau (0 % bis 11 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei intravenös Konsumierenden beträgt zwischen 0 % und 20 %. Die Infektionsraten variieren je nach Datenquelle stark. Psychiatrische Komorbidität im Kontext der Drogenabhängigkeit steht in Österreich weiterhin im Blickpunkt. Es gibt dazu zwar keine Routinedaten, jedoch Daten und Berichte aus dem Behandlungsbereich.

Insgesamt wurden für das Jahr 2014 auf Basis der Obduktionsbefunde 102 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 20 nicht obduzierte Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2014 von 122 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2013: 138 Fälle).

Trends

Neben dem Rückgang der Anzahl drogenbezogener Todesfälle ist positiv hervorzuheben, dass auch der Anteil der Drogentoten unter 25 Jahren gesunken ist. Betrug dieser 2004 bis 2006 noch etwa 40 Prozent, lag er 2014 bei 19 Prozent. Dies dürfte in erster Linie auf eine geringere Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioid-Konsum zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 3).

Seit 2009 ist ein Anstieg von Hepatitis-C-Infektionen bei intravenös Drogenkonsumierenden auf ein sehr hohes Niveau (2014 je nach Datenquelle bis zu 74 %) zu beobachten. Die Zahlen zu HIV bewegen sich seit 2009 auf niedrigem Niveau (2014: 0 bis 11 %), auch die HBV-Prävalenz bei i. v. Konsumierenden liegt seit Jahren etwa im gleichen Bereich (2014: 0 bis 20 %).

Neue Entwicklungen

Neue Entwicklungen zeigen sich bei der Behandlung von HCV-Infektionen bei Drogenkonsumierenden. Die Aufklärung über und die Ermunterung zur Behandlung mittels antiviraler interferon-freier Therapie wird zu einem wichtigen Thema bei Einrichtungen der Drogenhilfe. Diskutiert wird in Fachkreisen auch die Abgabe von Naloxon im niederschweligen Setting als Notfallsprophylaxe bei Überdosierungen (vgl. Weigl et al. 2014).

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Insgesamt wurden für das Jahr 2014 auf Basis von Obduktionsbefunden 102 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 20 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)⁸⁵. In Summe wird daher für das Jahr 2014 von 122 auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (= direkt drogenbezogene Todesfälle) ausgegangen (vgl. Tabelle A6. 1).

Der gruppierte Median⁸⁶ des Sterbealters betrug im Jahre 2014 34,8 Jahre und ist damit etwas höher als in den letzten Jahren (2013: 32 Jahre, 2012: 30 Jahre). Der Anteil der Frauen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen liegt mit 20 Prozent im langjährigen Durchschnitt (vgl. Tabelle A6. 4). In sieben Fällen ist von einem Suizid auszugehen (entsprechende Angaben im Obduktionsgutachten, z. B. Abschiedsbrief).

Die nachfolgenden Analysen beziehen sich auf Fälle mit aussagekräftiger Toxikologie (102 Fälle). Bei 10 Prozent wurden ausschließlich Opiate festgestellt. 83 Prozent der Fälle waren Mischintoxikationen mit Opiaten (d. h. Opiate in Kombination mit Alkohol, Psychopharmaka oder anderen Suchtgiften). Es überwiegen somit deutlich die Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (vgl. Abbildung 6.3). Polytoxikomane Konsummuster unter Beteiligung von Opiaten, bei denen die sich teilweise potenzierende Wirkung unterschiedlicher Substanzen schwer kontrollierbar ist, sind

85

Bei 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).

86

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

nach wie vor stark verbreitet und 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 identifiziert 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 der typische Marker von 6-MAM im Falle von Heroinkonsum festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen. (Laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn das Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird.) In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker durchgeführt und im Gutachten angeführt wurde. Mit neun Todesfällen unter Beteiligung von Heroin handelt es sich daher um eine Mindestzahl der Verstorbenen. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 68 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich sechs auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Im Jahr 2014 verstarb eine Person an *neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS) ohne Beteiligung von Suchtgiften (3-MMC, Methylbuphedron, Methylon). In einem weiteren Fall wurde die NPS (4-MEC) in Kombination mit Suchtgiften im Blut festgestellt. Anzumerken ist auch, dass zwei Personen an einer reinen Ecstasy (MDMA)-Überdosierung gestorben sind und bei einer Person hochdosiertes Ecstasy (MDMA) in Kombination mit Morphin, Amphetamin, Methamphetamin (hoch dosiert) und Benzodiazepinen festgestellt wurde.

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Da es aktuell keine systematische routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen gibt, soll hier nur auf Einzelberichte im Zusammenhang mit *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS) in Kapitel 3 verwiesen werden.

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Wichtigste drogenbezogene Infektionskrankheiten bei i. v. Drogenkonsumierenden (HIV, HBV, HCV)

Tabelle 6.1:

Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2014

Datenquelle	HBV–Rate	HCV–Ab–Rate	HIV–Rate
<i>Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg</i>	0 % (0/59) ¹	34 % (20/59)	0 % (0/59)
<i>ambulatorium suchthilfe wien</i>	20 % (30/151) ²	74 % (137/185)	0 % (0/191)
<i>Caritas Marienambulanz, Graz</i>	12 % (10/82) ³	72 % (59/82)	0 % (0/82)
DOKLI	0 % (0/34)	36 % (12/33)	0 % (0/35)
Drogenbezogene Todesfälle (verifizierte Intoxikationen) 2014	nicht erfasst	20 % (20/102) ⁴ 51 % (20/39) ⁴	4 % (4/102) ⁴ 11 % (4/38) ⁴

1 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die laut Anamnese nicht gegen Hepatitis B geimpft waren.

2 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, die gesichert Kontakt mit Hepatitis B hatten.

3 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen sowohl HBVc– als auch HBVs–Antikörper nachgewiesen wurden. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer alleinigen antiHBVs–Positivität, da diese auf eine HBV–Impfung zurückzuführen ist.

4 Nur in 39 bzw. 38 von 102 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV–Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober– bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV–Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Im Jahr 2014 lag die HIV–Prävalenzrate in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen 0 und 11 Prozent.

Die Prävalenzrate für Hepatitis B streut in den verfügbaren Datenquellen im Berichtsjahr von 0 Prozent bis 20 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).

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 Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Die HCV–Ab–Prävalenz lag im Jahr 2014 bei 20 bis 74 Prozent. Bezüglich der HCV–RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV–Ab–Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. *Caritas Marienambulanz*: 61 %, *ambulatorium suchthilfe wien*: 62 %).

Im Jahr 2014 wurden 21 Personen, die sich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten, in die österreichische HIV-Kohortenstudie aufgenommen. (vgl. auch Abbildung 6.5).

Zum Zeitpunkt der Berichtlegung waren noch keine Daten über Meldungen der kontinuierlichen nationalen Statistik der Aids-Erkrankungsfälle verfügbar. Daher werden in diesem Bericht die Daten des Jahres 2013 herangezogen. Die Meldungen für das Jahr 2013 zeigten, dass intravenöser Konsum mit 10 Meldungen (29 %) als Risikosituation an zweiter Stelle nach heterosexuellen Kontakten (n = 14) steht (homosexuelle Kontakte n = 9) (BMG 2014; siehe Tabelle A6. 6).

Im Jahr 2014 wurden über DOKLI erstmals verhaltensbezogene Daten zum „Needle Sharing“⁸⁷ im Zuge des i. v. Drogenkonsums erhoben. Aus dem ambulanten Bereich liegen dazu Daten von 63 Prozent (n = 434) und aus dem stationären Bereich von 23 Prozent (n = 64) jener Personen, die bereits einmal intravenös konsumiert haben, vor.⁸⁸ Im ambulanten Bereich geben 30 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 42 Prozent. Allerdings liegt das „Needle Sharing“ bei einem überwiegenden Anteil der Personen länger als ein Jahr zurück (ambulanter Bereich: 86 %; stationärer Bereich: 67 %). Geschlechtsunterschiede lassen sich nicht erkennen. Hinsichtlich der Alterskategorien ist festzustellen, dass die Häufigkeit, bereits mindestens einmal Spritzen mit jemandem anderen geteilt zu haben, mit dem Alter zunimmt. Umso interessanter ist es, dass auch in der Gruppe der unter 20-Jährigen jeder Dritte angibt, schon einmal Spritzen gemeinsam mit anderen verwendet zu haben. Allerdings ist die Anzahl von Personen in dieser Gruppe sehr klein (21 Personen), was das Ergebnis sehr unsicher macht. Dennoch sollte das Phänomen weiter beobachtet werden (siehe Abbildung 6.1) und Busch et al. 2015a (in Vorbereitung)).

87

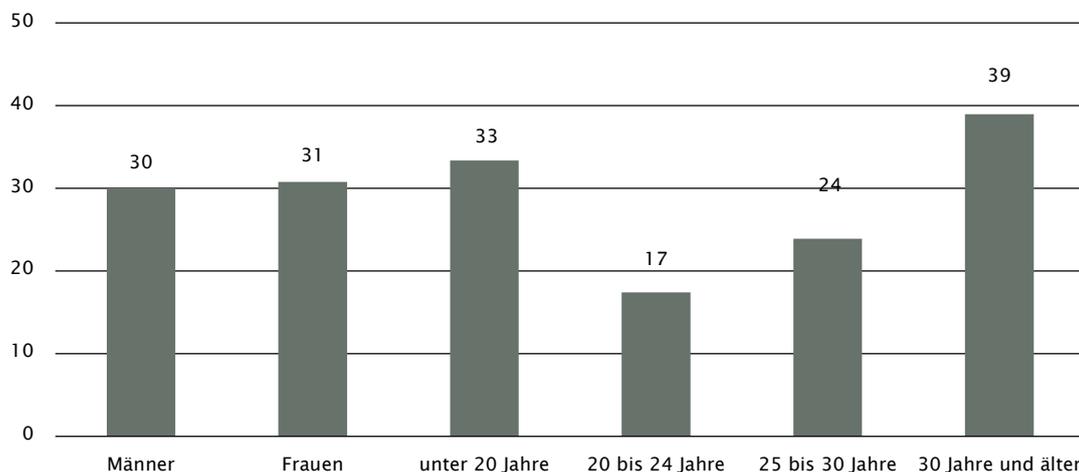
Darunter versteht man die gemeinsame Benützung von Injektionszubehör, insbesondere von Spritzen und Kanülen.

88

Da diese Variable in Wien nicht erhoben wird, beziehen sich die vorliegenden Daten auf Österreich ohne Wien.

Abbildung 6.1:

Jemals „Needle Sharing“ bei Personen in ambulanter Betreuung (2014), die bereits mindestens einmal intravenös Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter (in Prozent)



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2014

Daten aus der *Action Hepatitis C Datenbank* weisen darauf hin, dass der häufigste Ansteckungsweg bei Hepatitis C aktuell der i. v. Drogenkonsum ist. Der früher häufigste Ansteckungsweg über erhaltene Blutprodukte findet sich heute vor allem bei älteren und somit in ihrer Erkrankung eher weit fortgeschrittenen Personen.⁸⁹ Bei jüngeren und damit eher kürzlich erkrankten Personen nimmt der Ansteckungsweg über intravenösen Drogenkonsum eindeutig die Vorrangstellung ein. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen der dokumentierten Fälle nicht bekannt ist oder nicht angegeben wird (*Action Hepatitis C Datenbank*, 2012).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich Tuberkulose (Tbc) vor. Von insgesamt neun Angaben zum aktuellen Tbc-Status im DOKLI-Datensatz wurde im Berichtsjahr eine Person aufgrund der anamnestischen Erhebung Tbc-positiv diagnostiziert. Zur Testung auf Tbc gibt es im DOKLI-Datensatz im Berichtsjahr aus den an DOKLI beteiligten Einrichtungen keine Angaben. Die ermittelte Tbc-Impfquote basiert auf den Daten von 203 Personen. Auch die diesjährigen Daten zeigen mit drei Prozent eine geringe Durchimpfungsrate bei Tbc (Busch et al. 2015b (in Vorbereitung)).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 265 Personen vor, zum HBV-Impfstatus ebenfalls von 265 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im

89

Im Jahr 1989 wurde das Hepatitis-C-Virus entdeckt. Seit 1991 gibt es geeignete Testsysteme, um Blutprodukte auf Hepatitis-C-Antikörper zu testen. Seit 1999 wird jede in Österreich abgenommene Blutkonserve auf Hepatitis C geprüft (*Hepatitis Hilfe Österreich* 2015).

Jahr 2014 39 Prozent bei HAV und 42 Prozent bei HBV.⁹⁰ Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen.

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht tritt nie allein auf, sondern ist regelhaft mit zahlreichen anderen Störungen verbunden, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Im Vorarlberger Suchtkrankenhaus Stiftung Maria Ebene leiden beispielsweise etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten zusätzlich an internistischen Krankheiten, z. B. an Bluthochdruck, Diabetes mellitus, ca. 40 Prozent an orthopädischen Leiden, 35 Prozent an psychiatrischen Erkrankungen und über 10 Prozent an Erkrankungen der Haut.

Zu den körperlichen Folge- und Begleitstörungen kommen eine Reihe von sozialen Krankheitsauslösern wie Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte oder Vereinsamung. Unter den psychischen Krankheiten, welche mit Sucht assoziiert sind, ragen Burnout, Melancholie, Angst und nicht überwundene Kränkungen heraus (Stiftung Maria Ebene 2015).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *ambulatoriums suchthilfe wien* angesprochen werden, zeigt, dass bei 22 Prozent der 6.928 Gespräche psychische Gesundheitsprobleme und bei 23 Prozent physische Probleme thematisiert wurden (SHW 2015a). Bei *streetwork/change* in Wien wurden im Jahr 2014 bei insgesamt 1.730 Beratungs- und Betreuungsgesprächen in 36 Prozent der Fälle die physische Gesundheit und in 33 Prozent der Fälle die psychische Gesundheit der Klientinnen und Klienten thematisiert (SHW 2015a).

Eine interessante Theorie im Zusammenhang zwischen Sucht und sonstigen psychischen und körperlichen Erkrankungen ist jene der Selbstmedikation oder Selbstheilung. Man meint damit den Versuch, mit Suchtmitteln Krankheitssymptome zu lindern, also beispielsweise in Selbstbehandlung Depressionen aufzuhellen, Ängste abzubauen oder Schmerzen zu lindern (Khantzian 1985).

Jährlich analysiert wird die körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen), basierend auf den Befunden der gerichtsmedizinischen Gutachten (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) zu direkt drogenbezogenen Todesfällen. Diese Untersuchungen zeigen im Jahr 2014 wie in den Vorjahren eine ausge-

90

Die Hepatitis-B-Impfung ist seit 1998 im Kinderimpfplan enthalten.

prägte körperliche Organschädigung der Drogenkonsumierenden (Busch et al. 2015a (in Vorbereitung)). Bei den meisten indirekt drogenbezogenen Todesfällen⁹¹ erlagen die Opfer (33 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis oder Leberzirrhose, größtenteils bedingt durch eine Hepatitis-C-Infektion. Zwei Personen verstarben an Aids. Von weiteren acht Personen sind andere Todesursachen bekannt (z. B. Suizid oder Unfall).

Aussagen über die Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden.

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

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.

Die Umsetzungsverantwortung von schadensminimierenden 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/-koordinatorinnen 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 scenebedingt zusätzlich Angebote in Kleinstädten (vgl. Karte A6. 1). 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.

Generell kann gesagt werden, dass schadensminimierende Interventionen schwerpunktmäßig im Bereich der Prävention von drogenrelevanten Infektionskrankheiten, allen voran Spritzentausch, HIV bzw. Hepatitis-Tests, HAV/HBV-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie der Notfallprophylaxe liegen. Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote

91

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).

(Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spitzentausch wird in wenigen Fällen auch von nicht-suchtspezifischen Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe oder von Privatanbietern (z. B. Spritzenautomat im Eigentum einer Apotheke) angeboten. Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallsmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion zu höherschweligen 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 19 Einrichtungen, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Einige Einrichtung bieten nicht nur Spritzentausch an, sondern betreiben zusätzlich eine Spritzenabgabe über Automaten. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 97 Prozent, bewegt sich also auf sehr hohem Niveau (vgl. SHW 2015a). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol) die Möglichkeit, Spritzensets an Automaten zu kaufen. Die Abgabe von sterilen Spritzen erfolgt in Kärnten, Oberösterreich, Steiermark, Vorarlberg und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen über die Spritzenabgabe in Drogeneinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2014 waren es über 5.000.000 Spritzen (vgl. Tab. A7). Über Spritzenautomaten wurden rund 94.000 Spritzensets abgeben und im Rahmen des aufsuchenden Drogenstreetworks über 20.000 Spritzen.⁹² Über die 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 wie auch 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 und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung (health education approach) finden in Österreich wenig Beachtung.

92

Die Zahlen beziehen sich auf Gesamtösterreich ohne Kärnten. In der Steiermark und in Vorarlberg ist die Anzahl der im Rahmen von Drogenstreetwork abgegebenen Spritzen in den Einrichtungszahlen inkludiert.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV-** bzw. **Hepatitis-Statusbestimmungen**, die von zwölf niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten werden. In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zehn niederschwellige Einrichtungen Drogenkonsumierenden kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** an. Der **Behandlung von Hepatitis C** bei Drogenkonsumierenden kommt in Österreich zunehmend Bedeutung zu, vor allem die niederschweligen Einrichtungen in Wien und Graz versuchen, durch Hepatitis-Ambulanz und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig zu halten. In Wien erhalten Patientinnen und Patienten mit chronischer Hepatitis C direkt im niederschweligen *ambulatorium suchthilfe wien* sowohl die Substitutionsmedikation als auch die Medikamente gegen ihre Hepatitis-Infektion. Dieses Setting schafft ein hohes Maß an Compliance und ermöglicht einen niederschweligen Zugang zur HCV-Behandlung (vgl. SHW 2015a).

Auf Bundesebene stellt die **Reduzierung von drogenbezogenen Todesfällen** und Notfällen nach wie vor ein wichtiges Thema dar. Schadensminimierung wird zudem in die nationale Suchtpräventionsstrategie (vgl. Weigl et al. 2014; Kapitel 1) einfließen.

Konkrete Initiativen zur Prävention von Überdosierungen und Umgang bei Notfällen sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Konsumierende wie auch für Mitarbeiter/innen. Informationen zum Umgang bei Notfällen sind auch über spezifische Webseiten verfügbar.⁹³ 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 (*MDA basecamp*) umgesetzt (vgl. SHW 2015b und Z6/Drogenarbeit 2015). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse an das Österreichische Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3 und 7).

Naloxon ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört zur Standardausrüstung von Notärzten bzw. Rettungswägen. Naloxon wird jedoch nicht direkt an Drogenkonsumierende im Sinne einer Notfallsprophylaxe bei Überdosierungen abgegeben. Zu drogenindizierten Notfallaufnahmen in Krankenhäusern liegen österreichweit keine Daten vor.

Drogenkonsumräume existieren in Österreich nicht. Das Thema wird auf fachlicher Ebene diskutiert.

93

z. B. <http://www.drogenarbeitz6.at/substanzen/erste-hilfe.html>; <http://www.doit.at/ueberdosis-notfaelle.html>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/ueberdosierung-notfalle/> (Zugriff jeweils am 10. 7. 2015)

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 immer wieder thematisiert.

In Kärnten läuft erfolgreich ein Pilotprojekt zur Gesundheitsversorgung drogenkonsumierender Jugendlicher mit dem Ziel, ein niederschwelliges Versorgungsangebot an der Schnittstelle von Jugendhilfe, Jugendpsychiatrie und Suchthilfe einzurichten. Die jugendpsychiatrische Betreuung in der Kontakt- und Anlaufstelle hat das Ziel, die Jugendlichen einer passenden extramuralen Versorgung zuzuführen. Eine Übernahme in den Regelbetrieb ist derzeit nicht sichergestellt (Prehs-lauer, p. M.).

Interventionen und Maßnahmen, die auf allgemeine gesundheitliche Aspekte der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich sind psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrale Themen der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Die Wiener Einrichtung *jedmayer* bietet in Kooperation mit dem *ambulatorium suchthilfe wien* Drogenkonsumierenden eine geregelte Bezugsbetreuung an, die auch die Erstellung eines Maßnahmenplans bzw. eine multidimensionale Diagnostik inkludiert. Ziel dieser „Therapie“ ist individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit. Das einjährige Pilotprojekt wurde mit 1. Januar 2015 in den Regelbetrieb übernommen. Im Jahr 2014 haben insgesamt 66 Personen dieses Angebot wahrgenommen und 43 Prozent haben die Therapie nach drei Monaten verlängert. Insgesamt haben 66 Prozent der Teilnehmenden die Therapie erfolgreich beendet (SHW 2015a). Die Psychotherapiegruppe für Konsumierende des Vereins Dialog (Wien) wurde nach einjähriger Projektphase und erfolgreicher Evaluierung im Jahr 2015 in den Regelbetrieb übernommen und steht damit den Klientinnen und Klienten als zusätzliches Angebot zur Verfügung (Verein Dialog 2015).

In Wien übernimmt der Spitalverbindungsdienst *CONTACT* die Beratung und Betreuung von suchtkranken Patientinnen und Patienten des Krankenanstaltenverbands (KAV) und vermittelt diese an spezialisierte extramurale Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2014 wurde *CONTACT* von 15 verschiedenen Krankenanstalten des KAV auf insgesamt 123 Stationen gerufen. Im Rahmen des Projekts *Alkohol 2020* ist der Spitalverbindungsdienst seit Oktober 2014 auch für alkohol- kranke Menschen zuständig (SDW 2015).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung für schadensminimierende Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise treffen jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu, 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.

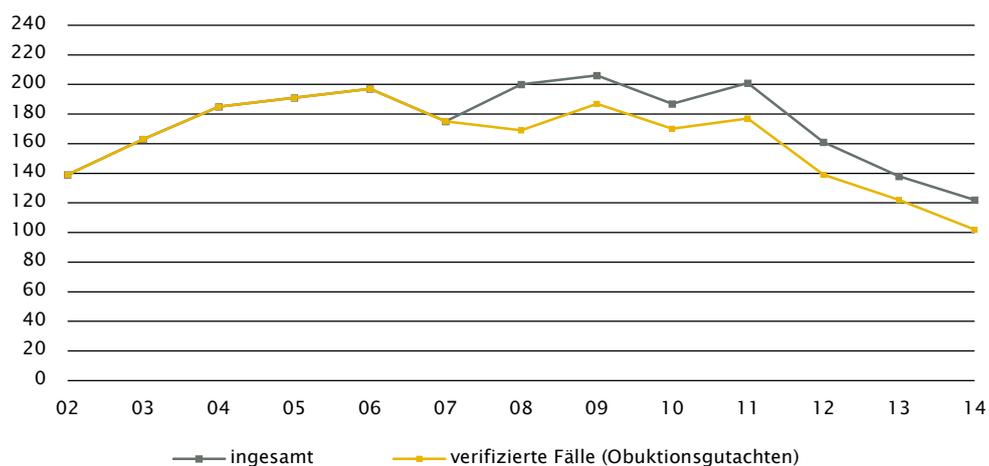
6.3 Trends

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Seit 2011 zeigt sich ein Rückgang der Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle. Im Jahr 2014 sank die Anzahl auf den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.2). Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6. 2 bis Tabelle A6. 3 im Anhang A sowie in Busch et al. 2015a und b (in Vorbereitung).

Abbildung 6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2002–2014

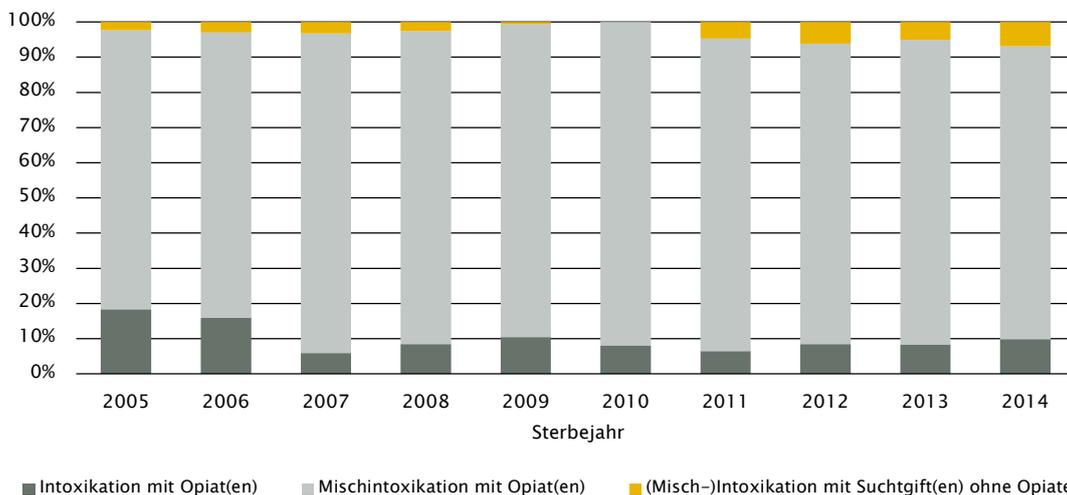


Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil der Personen unter 25 Jahren an den 122 direkt drogenbezogenen Todesfällen liegt mit 19 Prozent unter dem Anteil der letzten zehn Jahre und hat sich im Vergleich zu 2005 etwa halbiert (vgl. Kapitel 3, Busch et al. 2015a (in Vorbereitung) und Tabelle A6. 4). Der Frauenanteil liegt im langjährigen Schnitt (vgl. Tabelle A6. 4).

In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Opiat-Intoxikationen stets über 90 Prozent (vgl. Abbildung 6.3 und Busch et al. 2015a (in Vorbereitung)), (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften ohne Opiate spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 6.3:
 Prozentanteil der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle, in Österreich nach
 Todesursache, 2005–2014



Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

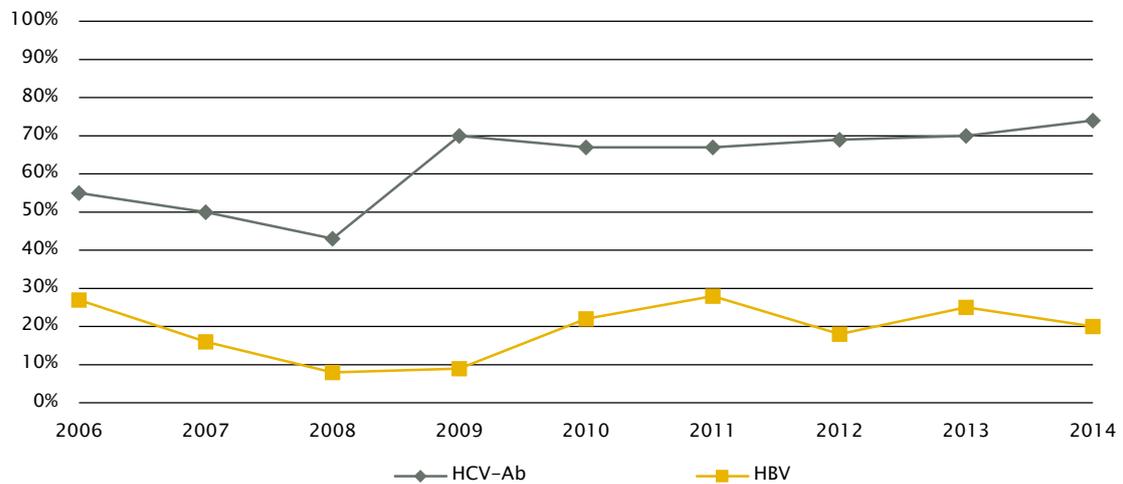
Wichtigste drogenbezogene Infektionskrankheiten bei intravenös Drogenkonsumierenden (HIV, HBV, HCV)

Anfang der 1990er Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei zirka 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau (2014: 0 % bis 11 %; vgl. Tabelle 6.1), wobei die höchsten Werte bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden wurden. Hier wurden auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. 2012: 5 % bis 12 %, 2013: 4 % bis 11 %; vgl. GÖG/ÖBIG 2013 bzw. Weigl et al. 2014).

Die HCV-Ab-Prävalenz hatte sich in den letzten Jahren bei über 50 Prozent eingependelt. Im Jahr 2013 lag sie je nach Datenquelle bei 13 bis 70 Prozent, 2014 bei 20 bis 74 Prozent. Die Hepatitis-B-Prävalenz bewegt sich zwischen 0 und 20 Prozent. Generell sind die Trends nur schwer interpretierbar, da die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen stammen und stark streuen. Abbildung 6.4 zeigt die Infektionsraten im *ambulatorium suchthilfe wien* im Zeitverlauf.

Abbildung 6.4:

HCV- und HBV-Infektionsraten im *ambulatorium suchthilfe wien* (vormals *ganslwirt*), 2006–2014



Anmerkung: Die Prozentsätze der HBV-Raten beziehen sich auf Personen, die gesichert Kontakt mit Hepatitis B hatten.

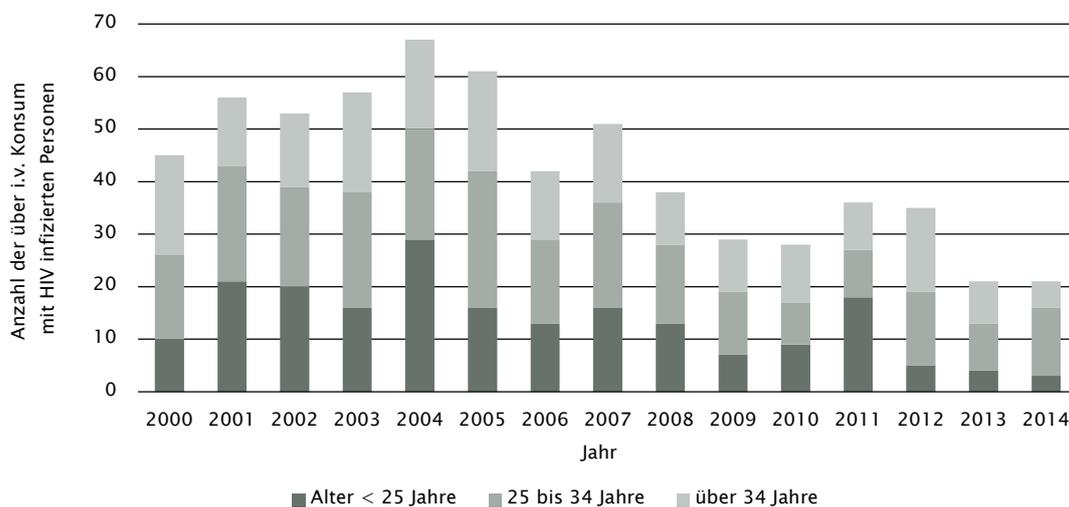
Quelle: ST 9; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Prävalenzen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten außerhalb des Routinemonitorings

Abbildung 6.5 zeigt, dass die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie aufgenommen wurden, in den letzten zehn Jahren rückläufig war.

Abbildung 6.5:

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



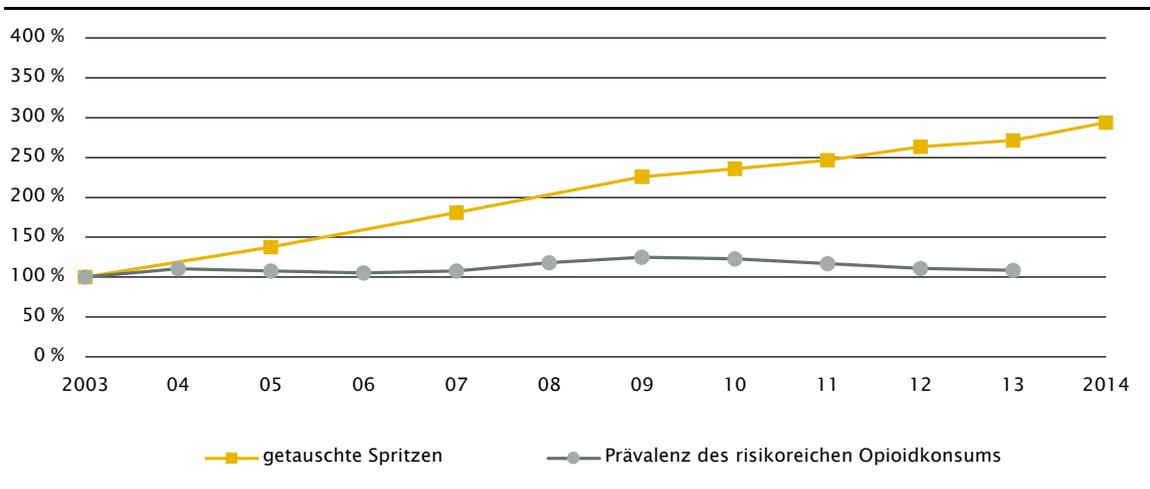
Quellen: AHIVCOS 2014 und Zangerle, p. M.; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Zahl der im Rahmen des Spritzenaustauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets hat sich österreichweit in den letzten zehn Jahren mehr als verdoppelt, nämlich von 2.417.187 abgegebenen Spritzen im Jahr 2005 auf 5.157.666 Spritzen im Jahr 2014 (vgl. GÖG/ÖBIG 2006 bzw. Tabelle A6.7).

Während sich die Anzahl der getauschten Spritzen seit 2003 etwa verdreifacht hat, hat sich die geschätzte Zahl der Personen mit risikoreichem Opioid-Konsum seit 2003 kaum verändert (vgl. Abbildung 6.6). Das bedeutet, dass aktuell wesentlich mehr Spritzen pro i. v. Konsument/in abgegeben werden als 2003 (i. v. Konsum tritt meist im Rahmen des risikoreichen Opioid-Konsums auf), was als Indiz für eine verbesserte Reichweite interpretiert werden kann. Bei dieser Analyse ist aber zu berücksichtigen, dass es sich um eine österreichweite Darstellung handelt und regionale Unterschiede in der Versorgung mit sterilen Spritzen bestehen.

Abbildung 6.6:

Entwicklung der Anzahl getauschter Spritzen und der geschätzten Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioid-Konsum (Index 2003 = 100 %)



Quellen: Busch et al. 2014, GÖG/ÖBIG 2006, 2010 bis 2013, Weigl et al. 2014

6.4 Neue Entwicklungen

Die Zahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle ist auf den tiefsten Wert der letzten zehn Jahre gesunken. Zwei Personen verstarben an einer reinen MDMA-Intoxikation und bei einer Person wurde MDMA in sehr hoher Konzentration nachgewiesen. Dies dürfte mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung (vgl. Kapitel 7) in Zusammenhang stehen.

Im Jahr 2014 verstarb eine Person durch eine Überdosierung von ausschließlich neuen psychoaktiven Substanzen (NPS), bei einer anderen Person waren NPS neben anderen Suchtgiften beteiligt. NPS spielen im Rahmen tödlich verlaufender Intoxikationen nach wie vor kaum eine Rolle.

In vier Fällen wurde neben anderen Suchtgiften auch Methamphetamin gefunden (2012: 2 Fälle, 2013: 1 Fall).

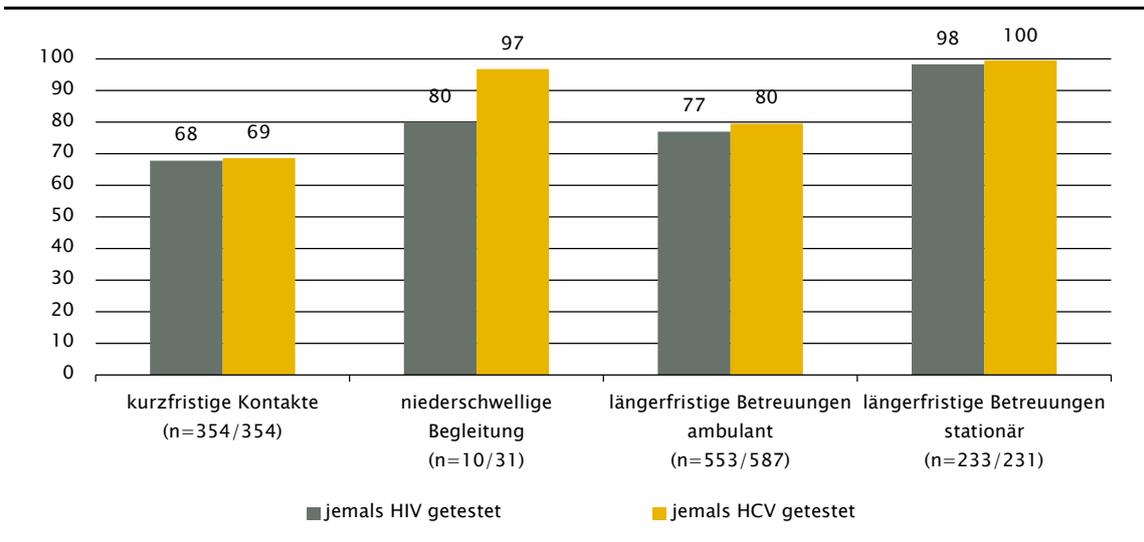
Die Aufklärung über eine und die Ermunterung zur Behandlung der HCV-Infektion mit den sogenannten neuen Medikamenten in Form von antiviraler interferonfreier Therapie sind zu einem wichtigen Thema bei Einrichtungen der Drogenhilfe geworden. Behandlungen werden zum Teil über niedrighwellige Drogeneinrichtungen in Kooperation mit Hepatitis-C-Zentren angebahnt.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht erstmals Aussagen über vorangegangene Stuserhebung (HIV und HCV) bei i. v. Drogenkonsumierenden. 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, den letzten Test (HIV und

HCV) innerhalb der letzten zwölf Monate durchgeführt zu haben (Busch et al. 2015b (in Vorbereitung)).

Abbildung 6.7:

Testprävalenz von Personen, die angeben bereits einmal intravenös Drogen konsumiert zu haben, für HIV bzw. HCV, nach Betreuungsart (in Prozent)



Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2014; Berechnung und Darstellung GÖG/ÖBIG

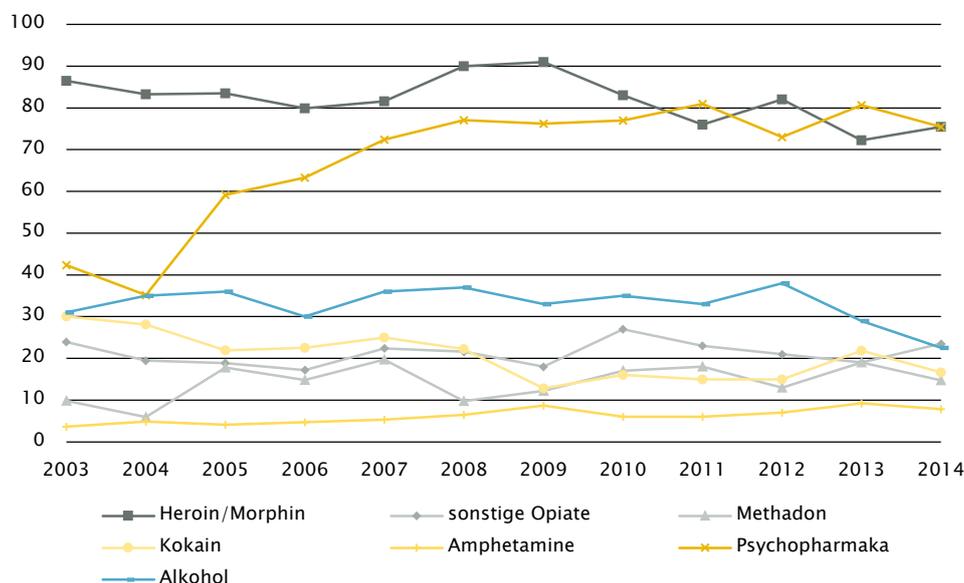
Im Berichtszeitraum haben sich bei den Einrichtungen folgende Änderungen im Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben: Im Burgenland wurde das Drogenstreetwork Oberwart (Burgenland) eingestellt. In Wels (OÖ) gibt es eine neue niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle. Im November 2014 wurde in Wien die zusätzliche niederschwellige Drogenberatungsstelle *change* eröffnet, die die bestehenden Wiener Angebote durch Spritzentauschmöglichkeit, durch Informations- und Beratungsangebote, betreute Tages-Aufenthaltsmöglichkeit und durch gemeinwesenorientierte Sozialarbeit erweitert (SHW 2015a).

Der Anteil der verifizierten drogenbezogenen Todesfälle, bei denen Stimulanzien nachgewiesen wurden, ist über die Jahre stabil und beträgt im Jahr 2014 für Kokain 17 Prozent und für Amphetamine⁹⁴ acht Prozent- vgl. Abbildung 6.8).

94

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.)

Abbildung 6.8:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2014 (in Prozent)



Anmerkung: 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; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6.5 Quellen und Methodik

Quellen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu drogenbezogenen Todesfällen gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes geregelt, dem entsprechend werden dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) polizeiliche Meldungen über mutmaßliche drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen einschließlich chemisch-toxikologischer Analyse herangezogen. Bei 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 Drogentodesfall vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz) versterben. In die jährliche Statistik ebenfalls einbezogen, jedoch gesondert ausgewiesen werden die tödlichen Überdosierungen nach Konsum von *neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS).

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 niederschweligen Drogenhilfe-Einrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* aus Vorarlberg und *Caritas Marienambulanz* 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 unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben zu getesteten Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis, nur sporadisch und sind daher als nicht repräsentativ zu bezeichnen. Dieser Bias liegt zwar bei den drogenbezogenen Todesfällen nicht vor, 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 tätigen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten zur Durchimpfungsrate 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 mit denen aus 2014 zu vergleichen.

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 die vermuteten Ansteckungswege oder die Genotypen-Verteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, da die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten lieferten. Eine letzte laut Prim. Dr. Bernd Bauer noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer, p. M.).

Die *Nationale Statistik der AIDS-Erkrankungsfälle* dokumentiert u. a. die Anzahl der AIDS-Erkrankungsfälle nach Risikogruppe, Geschlecht, Bundesland und Jahr sowie die Anzahl der AIDS-Todesfälle nach Geschlecht, Bundesland und Jahr (BMG 2014).

Im Bereich der schadensminimierenden Angebote bzw. der psychiatrischen Komorbidität im Kontext der Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Es ist der Trend feststellbar, dass diese Form der Datenquelle in den letzten Jahren zunehmend unergiebig wird. Mittels standardisiertem Instrument werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzenaustausch / zur Spritzenabgabe gesammelt (vgl. Tabelle A6. 7).

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen heute aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von sieben Behandlungszentren ein. Es wird davon ausgegangen, dass in der Kohorte etwa zwei Drittel aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen erfasst werden. Die österreichische HIV-Kohorten-Studie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Otto-Wagner-Spital Wien, AKH Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 1. 2015 wurden insgesamt 8.436 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass etwa 85 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und etwa die Hälfte aller diagnostizierten HIV-positiven Personen ohne antiretrovirale Therapie in der Kohorte erfasst sind. Bei einer Schätzung von etwa 2.000 undiagnostizierten HIV-positiven Personen sind in der Kohorte somit etwa zwei Drittel aller HIV-positiven Personen in Österreich erfasst. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2014).

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 (2014). HIV/AIDS in Austria – 26th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck.
- BMG (2014). Österreichische AIDS-Statistik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- 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. (2015a (in Vorbereitung)). Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wien.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (2015b (in Vorbereitung)). Epidemiologiebericht Drogen 2015. Annex. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- 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.
- GÖG/ÖBIG (2010). Bericht zur Drogensituation 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- 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.
- Hepatitis Hilfe Österreich (2015). Plattform Gesunde Leber. Homepage: www.gesundeleber.at, letzter Zugriff am 21.07.2015
- Khantzian, E. J. (1985). The Self-Medication Hypothesis of Addictive Disorders: Focus on Heroin and Cocaine Dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1259–1264.

SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.

SHW (2015a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2014. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.

SHW (2015b). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2014. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.

Stiftung Maria Ebene (2015). Jahresbericht 2014. Frastanz.

Uhl, A., Bachmayer, S., Strizek, J., Schmutterer, I. (2015). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2015. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. 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

Z6/Drogenarbeit (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Innsbruck

6.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

BGBI 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
Prehslauer, Brigitte	Drogenkoordinatorin Kärnten
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.9 Anhang

Tabelle A6. 1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2005–2014

Todesursache	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Intoxikation mit Opiat(en)	31	27	9	13	18	13	11	11	10	10
Mischintoxikation mit Opiat(en)	134	137	138	136	153	148	151	111	103	85
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ¹ ohne Opiate	4	5	5	4	1	0	8	8	6	7
Intoxikation unbekannter Art	22	28	23	16	15	9	7	9	3	0
Summe verifizierte direkt drogenbezogene Todesfälle	191	197	175	169	187	170	177	139	122	102
Nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle ²	-	-	-	32	19	17	24	22	16	20
Summe der drogenbezogenen Todesfälle				201	206	187	201	161	138	122

1: NPS = neue psychoaktive Substanz(en)

2: vgl. GÖG/ÖBIG 2010

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6. 2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2005–2014 nach Bundesland
pro 100.000 15- bis 64-Jährige

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Burgenland	1,6	1,6	2,7	0,5	0,5	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0
Kärnten	1,3	1,9	1,1	1,9	1,6	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4
Niederösterreich	2,6	3,6	2,6	3,3	2,7	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8
Oberösterreich	1,2	1,5	1,3	3,0	3,0	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6
Salzburg	2,5	1,7	0,8	3,1	3,6	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1
Steiermark	2,1	1,5	2,0	2,6	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3
Tirol	3,6	3,4	2,3	3,8	3,1	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4
Vorarlberg	2,4	2,4	2,8	0,8	5,6	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2
Wien	8,4	8,3	7,8	6,6	7,7	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4
Österreich	3,4	3,5	3,1	3,6	3,7	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6. 3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2005–2014 nach Bundesland

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Burgenland	3	3	5	1	1	6	4	2	1	2
Kärnten	5	7	4	7	6	6	4	7	7	5
Niederösterreich	27	38	27	35	29	31	29	23	19	9
Oberösterreich	11	14	12	28	28	12	14	19	14	6
Salzburg	9	6	3	11	13	18	6	10	4	4
Steiermark	17	12	16	21	10	11	16	7	6	11
Tirol	17	16	11	18	15	18	23	14	14	12
Vorarlberg	6	6	7	2	14	10	8	7	10	8
Wien	96	95	90	77	90	75	97	72	63	65
Unbekannt	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
Österreich	191	197	175	201	206	187	201	161	138	122

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6. 4:

Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich
(nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil), 2005–2014

Alters- gruppe	2005		2006		2007		2008 ¹		2009 ²		2010 ³		2011 ⁴		2012 ⁵		2013 ⁶		2014 ⁷	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 19	28	14,7	40	20,3	24	13,7	22	13,0	18	9,6	12	7,1	23	13,0	10	7,2	6	4,9	9	7,4
20–24	48	25,1	51	25,9	46	26,3	45	26,6	39	20,9	36	21,2	33	18,6	23	16,5	18	14,8	14	11,5
25–29	36	18,8	34	17,3	23	13,1	37	21,9	35	18,7	41	24,1	31	17,5	31	22,3	34	27,9	22	18,0
30–34	25	13,1	19	9,7	35	20,0	21	12,4	28	15,0	17	10,0	29	16,4	25	18,0	31	25,4	15	12,3
35–39	19	9,9	15	7,6	22	12,6	16	9,5	22	11,8	17	10,0	13	7,3	15	10,8	11	9,0	14	11,5
40 und älter	35	18,3	38	19,3	25	14,3	28	16,6	45	24,1	47	27,6	48	27,1	35	25,2	22	18,0	48	39,3
Gesamt	191	100	197	100	175	100	169	100	187	100	170	100	177	100	139	100	122	100,0	122	100,0
männlich	148	77,4	155	78,7	136	77,7	134	79,3	150	80,2	140	82,4	135	76,3	111	79,9	98	80,3	97	79,5
welblich	43	22,5	42	21,3	39	22,2	35	20,7	37	19,8	30	17,6	42	23,7	28	20,1	24	19,7	25	20,5

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

5: Dazu kommen noch 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

6: Dazu kommen noch 16 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

7: Ab 2014 werden die nicht obduzierten drogenbezogene Todesfälle (20) in diese Statistik integriert.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6. 5:

Entwicklung der in den Jahren 2005–2014 bei direkt drogenbezogenen Todesfällen
festgestellten Substanzen (in Prozent)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Heroin/Morphin	84	80	82	90	91	83	76	82	72	75
sonstige Opiode	19	17	22	22	18	27	23	21	19	24
Methadon	18	15	20	10	12	17	18	13	19	15
Kokain	22	23	25	22	13	16	15	15	22	17
Amphetamine ¹	4	5	5	7	9	6	6	7	9	8
Psychopharmaka	59	63	72	77	76	77	81	73	81	75
Alkohol	36	30	36	37	33	35	33	38	29	23

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/ÖBIG

Tabelle A6. 6:

Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle 2004–2013 in Österreich, nach Risikosituation
(aktuelle Daten nicht verfügbar)

Risikosituation	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Homo-/bisexueller Kontakt	23	28	33	39	28	28	25	20	18	9
Intravenöser Drogenkonsum	18	22	21	26	27	16	11	11	14	10
Heterosexueller Kontakt	51	45	47	42	38	45	37	21	22	14
Anders/unbekannt	14	22	17	22	17	13	21	12	12	2
Gesamt	106	117	118	129	110	102	94	64	66	35

Quelle: BMG 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6. 7:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2014

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	k. A.	k. A.	k. A.
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4	3	399.703
Salzburg	1	2	8.600 ¹
Steiermark	2 ²	3	620.332
Tirol	2	5	547.904
Vorarlberg	4	7	345.960
Wien	3 ²	0	3.235.167
Gesamt	15	20	5.157.666

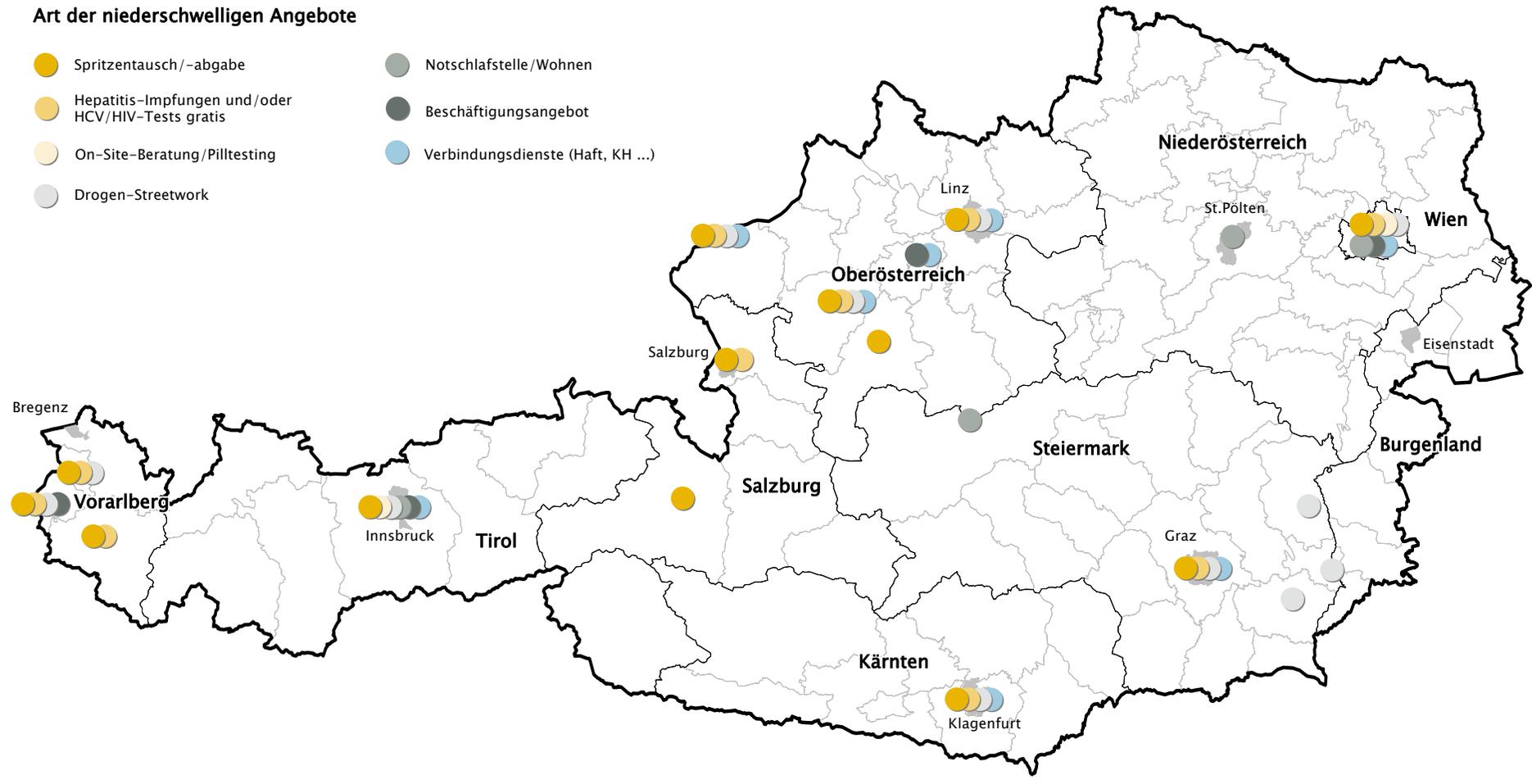
1: Schätzwert

2: inkludiert ein Streetwork-Angebot

Quelle: ST10 Syringe Availability 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Karte A6. 1:

Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2015



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

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE	182
7.1	Zusammenfassung.....	182
7.2	Aktuelle Situation.....	183
7.2.1	Drogenmärkte.....	183
7.2.2	Straftaten wegen Drogendelikten.....	186
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	187
7.3	Trends.....	189
7.4	Quellen und Methodik.....	196
7.5	Bibliographie	197
7.6	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	197
7.7	Anhang.....	198

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Verbraucherland und durch seine Lage an der Balkanroute auch Transitland für illegale Drogen. Zusätzlich dient der Flughafen Wien–Schwechat als internationale Drehscheibe für den Drogenschmuggel. In jüngerer Zeit ist das vermehrte Auftreten von *Neuen Psychoaktiven Substanzen* (NPS) zu erkennen. Insgesamt ist – besonders bei Drogenausgangsstoffen – eine steigende Bedeutung von virtuellen Drogenmärkten zu beobachten, was vermehrt das Verhalten von Händlern und Konsumierenden beeinflusst. Die Produktion von Drogen (im Wesentlichen Cannabis und synthetische Drogen) spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt 29.674 Anzeigen bezogen sich im Jahr 2014 in Österreich auf Suchtgifte, der weitaus größte Teil davon betraf Cannabis (25.309). Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (27.510) haben wesentlich größere Bedeutung als Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen⁹⁵ (2.164).

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots werden von den Sicherheitsbehörden gesetzt und umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – in erster Linie die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Auch eine große Anzahl neuer synthetischer Substanzen wird jährlich beschlagnahmt. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe können Unternehmen, die solche Stoffe herstellen oder damit handeln, Wahrnehmungen, die Abzweigungen für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermuten lassen, bekanntgeben. Zusätzlich ist Österreich in Projekte zur Bekämpfung der Drogenkriminalität auf EU-Ebene eingebunden.

Trends

Die Entwicklung der Anzeigen zeigt Anstiege für eine Vielzahl von Substanzen wie etwa Ecstasy und weiterhin Cannabis, bei dem auch die Zahl der Beschlagnahmungen weiter stark zugenommen hat. Rückgänge zeigen sich bezüglich suchtgifthaltiger Medikamente sowohl bei den Anzeigen als auch bei der Anzahl der Beschlagnahmungen. Maximalpreise und durchschnittliche Reinheit von einigen der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel sind in den letzten Jahren angestiegen. Das gilt

95

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“.

besonders für die Maximalpreise von Amphetamin, Methamphetamin und Ecstasy sowie für die durchschnittliche Reinheit von Cannabisharz, braunem Heroin, Kokain und Methamphetamin.

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 – abgesehen von der steigenden Cannabisproduktion – keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind jedoch mit tatsächlichen Produktionsländern wie etwa Marokko nicht zu vergleichen. Die Größe der Anlagen variiert meist zwischen 10 und 100 Pflanzen. Professionelle Indoor-Anlagen mit bis zu 1.000 und mehr Stück sind die Ausnahme. Der Cannabisanbau in Österreich dient zumeist nur dem Eigengebrauch oder dem Handel im kleineren Umfang. Der Outdoor-Anbau spielt – vermutlich auch witterungsbedingt – in Österreich eine geringere Rolle (BMI 2015).

In einzelnen Bundesländern wurden im Jahr 2014 Labors zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt. So wurde in Niederösterreich in zwei Labors 2,5 kg hochwertiges Methamphetamin mit einem Reinheitsgrad von 80 Prozent hergestellt. In Zusammenhang damit wurden 15.000 ephedrinhaltige Tabletten, die für die Herstellung von Methamphetamin gedacht waren, sichergestellt. In der Steiermark wurde ein Labor zur Herstellung von N-Methylamphetamin gefunden, zusätzlich stellte ein Chemielaborant Amphetamin her. In Oberösterreich wurden sechs Fälle von Crystal-Meth-Labors entdeckt (BMI 2015).

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, wobei in Österreich der Heroinschmuggel in Kraftfahrzeugen dominiert. 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 aus westeuropäischen Ländern und über Westbalkanstaaten. Cannabisprodukte werden sowohl für den Konsum als auch den Handel vorwiegend aus Tschechien, den Niederlanden, Südosteuropa und den klassischen Erzeugerländern wie Marokko und Albanien importiert. Aus Marokko wird vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Cannabiskraut wird vorwiegend auf der Balkan-Route geschmuggelt, zumeist über oder aus Mazedonien, Bosnien-Herzegowina, dem Kosovo, Serbien, Kroatien oder Slowenien, teilweise auch aus oder über Ungarn. Erzeugerland ist meistens Albanien. Amphetamin, Ecstasy und MDMA in Reinform werden hauptsächlich aus den Niederlanden via Deutschland, Amphetamin teilweise auch aus Polen via Tschechien oder Deutschland nach Österreich eingeführt.

Der Transport erfolgt zumeist per Pkw. Durch zahlreiche Labors in der Slowakei und der Tschechischen Republik besteht eine leichte Verfügbarkeit von Methamphetamin. Der Transport aus Tschechien und der Slowakei nach Österreich erfolgt vorwiegend per Pkw. *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 Drogenausgangsstoffe werden nicht über den Handel, sondern via Internet und in größeren Mengen in Asien bestellt. So wurde etwa im Herbst 2014 die Einfuhr von 450 kg Grundstoffen aus China festgestellt (BMI 2015).

Drogengroßhandel und Handel mit Vorläuferstoffen

In nachfolgender Tabelle 7.1 werden die Preise diverser Drogen im Großhandel dargestellt. Dabei sind pro Droge die Preis-Untergrenze und -Obergrenze sowie der typische Preis angegeben.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2014

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Methamphe- tamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Preis	Untergrenze	2.500	3.000	20.000	40.000	3.000	20.000	4.000
	Obergrenze	7.000	7.000	60.000	60.000	15.000	60.000	9.000
	Typisch	3.500	5.000	30.000	55.000	10.000	45.000	6.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

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

Auch für Österreich können weitere Informationen zu den Großhandelspreisen diverser Drogen, deren Erfassung und Verfügbarkeit einer im Jahr 2011 durchgeführten Pilotstudie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entnommen werden (EMCDDA 2011).

Straßenhandel und Reinheit der illegalen Substanzen

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufsni-
veau 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, 2014

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Methampheta- min*	„Ecstasy“**
Reinheit	Untergrenze	0,6 %	0,6 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,2 mg
	Obergrenze	57,5 %	38,0 %	57,2 %	84,9 %	66,4 %	80,6 %	90,5 mg
	Median	9,1 %	10,8 %	11,9 %	31,6 %	10,6 %	63,5 %	44,6 mg
Preis	Untergrenze	5	6	25	50	10	25	6
	Obergrenze	12	15	100	150	60	130	30
	Typisch	8	8	60	100	40	90	9

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Anmerkung: Die Daten des BMI (Canniskraut, Cannisharz, Heroin) zu Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen.

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

Im Kontext des Projekts *checkit!* wurden im Jahr 2014 bei 12 Musikveranstaltungen der Party- und Clubszene in den Bundesländern Wien und Niederösterreich 945 Proben vermeintlich psychoaktiver Substanzen analysiert. Von allen analysierten Proben enthielten 25 Prozent den zu erwartenden Inhaltsstoff in der „erwartbaren“ Dosierung. Weitere 32 Prozent enthielten zwar den erwarteten Inhaltsstoff, allerdings musste wegen der hohen Dosierung gewarnt werden. 27 Prozent der Proben enthielten unerwartete Inhaltsstoffe, vor 17 Prozent der Proben musste aufgrund gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe gewarnt werden (SHW 2015).

Von den 193 als „Ecstasy“ gekauften Tabletten enthielten rund 82 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA⁹⁶ (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tabelle A7. 9). Paramethoxyamphetamin (PMA)⁹⁷ wurde bei den im Berichtsjahr als Ecstasy-Tabletten gekauften und untersuchten Proben nicht festgestellt. Bei den insgesamt 224 als MDMA in Pulver-, Kristall- oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben wurde in 86 Prozent der Fälle ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (vgl. Tabelle A7. 10). Bei rund 12 Prozent der Proben wurden Substanzen aus der Gruppe der NPS nachgewiesen. Die 219 als „Speed“ gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten zu 35 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Die Kombination von Amphetamin und Koffein konnte bei 39 Prozent der Proben festgestellt werden; vgl. Tabelle A7. 11). Die Anzahl der „Speed“-Proben, in denen *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS) gefunden wurden, betrug 1,8 Prozent. Methamphetamin wurde bei keiner der als „Speed“ gekauften Proben detektiert. Rund ein Fünftel der als „Speed“ gekauften Proben wurde als „gesundheitlich besonders bedenklich“ eingestuft.

96

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

97

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 128 **als Kokain gekauften** und von *checkit!* analysierten Proben enthielten nur rund 13 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengung. Häufig wurden mehr als zwei unerwartete Inhaltstoffe in den Proben 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. 37 Prozent der als Kokain zur Analyse gebrachten Proben wurden als gesundheitlich besonders bedenklich eingestuft.

Erwartet oder unerwartet enthielten 5 Prozent aller abgegebenen Proben **Neue Psychoaktive Substanzen**. Bei 4,1 Prozent der Proben konnte NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert werden. Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug 1 Prozent.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat im Berichtszeitraum sieben Proben analysiert, die durch Polizei oder Zoll wegen Verdachts auf Verstoß gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* (NPSG) beschlagnahmt worden waren. Dabei wurden in Pulvern u. a. die Substanzen AB-FUBINACA, N-Methyl-2-AI (= N-methyl-2-Aminoindan), FDU-PB-22, 5-Fluoro AB-PINACA, Geranamin, Yohimbin und Ticagrelor Fragment C analysiert.

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2014 insgesamt 163 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. Die am häufigsten gefundene Substanz war 4-MEC (oder Isomere davon) in 8 Prozent aller Proben, gefolgt von PVP (Pyrrolidinovalerophenon) (in 6,7 %) und Methoxetamin (in 6,1 %). GBL (= Butyro-1,4-lacton) wurde in 5,5 Prozent der Proben festgestellt. Pentedron nahm im Jahr 2014 nur mehr Platz 9 der am häufigsten gefundenen Substanzen ein, Methylamphetamin wurde in gar keiner Probe gefunden (vgl. Weigl et al. 2014).

7.2.2 Straftaten wegen Drogendelikten

Straftaten wegen Drogendelikten

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug im Jahr 2014 30.250 (vgl. auch Tabelle A7. 1 und Tabelle A7. 2). Insgesamt 29.674 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte. Von den übrigen 576 betrafen die meisten psychotrope Stoffe, lediglich zehn Anzeigen davon bezogen sich auf Drogenausgangsstoffe (vgl. Tabelle A7. 25 und Tabelle A7. 36). Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 7.2), so zeigt sich, dass Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (27.510; unerlaubter Umgang mit Suchtgift gemäß § 27 SMG) wesentlich größere Bedeutung hatten als Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (2.164; Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel gemäß § 28a SMG).

Unterscheidet man bei den Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A7. 5 und Abbildung 7.3), fällt auf, dass Anzeigen wegen Cannabis mehr als vier Fünftel (25.309) der Anzeigen

ausmachten. An zweiter Stelle fanden sich Anzeigen wegen Kokain und Crack (3.026; 10 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als 5 Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen. Die Anzahl der in Tabelle A7. 4 dargestellten Anzeigen wegen Verstoßes gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* lag 2014 bei 113 und spielte im Vergleich zu den anderen Substanzen eine geringe Rolle.

Den 30.250 Gesamtanzeigen standen im Jahr 2014 insgesamt 1.107 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen zu den Festnahmen nach Art der Vergehens, Substanzen etc. gibt.

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 finden sich hauptsächlich in Großstädten, wobei viele Delikte aber aus Angst davor, selbst angezeigt zu werden, nicht gemeldet werden.

Daten betreffend Alkohol und Drogen im Straßenverkehr können einer parlamentarischen Anfrage vom Oktober 2014 entnommen werden (BMVIT 2014). Die nachfolgende Tabelle 7.3 zeigt, wie viele Lenkerberechtigungen aufgrund einer Suchtgiftbeeinträchtigung bzw. aufgrund von Alkoholdelikten in den letzten Jahren in Österreich entzogen wurden. Dabei lag der Anteil der Lenkerberechtigungen, die wegen einer Suchtgiftbeeinträchtigung entzogen wurden, – gemessen an allen Lenkerberechtigungen, die wegen des Konsums psychoaktiver Substanzen entzogen wurden – zwischen 2,6 Prozent im Jahr 2010 und 4,5 Prozent im 1. bis 3. Quartal 2014.

Tabelle 7.3:

Anzahl der Lenkerberechtigungen, die aufgrund einer Suchtgiftbeeinträchtigung bzw. aufgrund von Alkoholdelikten in Österreich entzogen wurden (2010 bis 2013 und 1. bis 3. Quartal 2014)

Entzug der Lenkerberechtigung aufgrund	2010	2011	2012	2013	1. Jänner bis 30. September 2014
einer Suchtgiftbeeinträchtigung	573	683	871	805	640
von Alkoholdelikten	21.437	20.575	22.473	19.873	13.543
Gesamt	22.010	21.258	23.344	20.678	14.183

Quelle: BMVIT 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

In Österreich werden Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots von den Sicherheitsbehörden gesetzt. Sie umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – in erster Linie die Sicherstellung von

Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Bei der Zahl der Sicherstellungen für 2014 zeigte sich, dass Cannabis fast drei Viertel der Anzahl der Sicherstellungen (11.914) betraf, gefolgt von Kokain (1.078; 7 %), suchtgifthältigen Medikamenten (742; 5 %) und Amphetamin (613; 4 %). Die Anzahl der Sicherstellungen der übrigen Substanzen lag jeweils (teilweise deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7. 7). Im Rahmen dieser Sicherstellungen wurden im Jahr 2014 beispielsweise ca. 1.700 kg Cannabisprodukte, ca. 19.000 Stück suchtgifthältige Medikamente und über 163.000 Stück psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente beschlagnahmt (vgl. Tabelle A7. 8).

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2014 insgesamt 71 verschiedene *Neue Psychoaktive Substanzen* sichergestellt und das Ergebnis für das Monitoring an das Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Darunter waren 17 verschiedene Substanzen, die weder vom SMG noch vom NPSG erfasst waren und somit in Österreich keiner gesetzlichen Regelung unterlagen.

Der Schwarzmarktwert der wichtigsten sichergestellten Substanzen wird in Tabelle 7.4 für die Jahre 2013 und 2014 dargestellt.

Tabelle 7.4:
Schwarzmarktwert (in Euro) der Sicherstellungen (2013 und 2014)

Substanz	2013	2014
Cannabis	14.934.500	10.608.000
Heroin	4.800.000	3.360.000
Kokain	1.875.000	3.100.000
Ecstasy	34.608	45.009
Amphetamin	945.000	636.000
Methamphetamin	570.000	423.000

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

Im Bundeskriminalamt besteht die Möglichkeit, die Abzweigung von bestimmten Chemikalien, die missbräuchlich für die Herstellung von Suchtmitteln (zum Beispiel für synthetische Drogen wie Ecstasy) verwendet werden, zu melden. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe können Unternehmen, die solche Stoffe herstellen oder damit handeln, Wahrnehmungen, die Abzweigungen für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermuten lassen, bekanntgeben. Die Meldestelle steht auch für Hinweise von Privatpersonen zur Verfügung, wobei im Jahr 2014 326 Ermittlungsfälle bearbeitet wurden. Insgesamt wurde 90 Hinweisen nachgegangen, die über die Homepage des BMI der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe bekannt geworden waren. Unter Mitwirkung der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe wurden im Jahr 2014 in Österreich zwölf illegale Suchtmittel-Labors lokalisiert. Deren Ziel war vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin (Crystal Meth), in drei Fällen von Amphetamin. Die Erzeugung der illegalen Suchtmittel diente meist der Deckung des Eigenbedarfs des Laborbetreibers bzw. der Versorgung eines begrenzten Abnehmerkreises (vgl. Abschnitt 7.2.1 und BMI 2015).

Weitere Angaben zur Verfügbarkeit von Drogen können dem Bericht zur Drogensituation 2014 entnommen werden (Weigl et al. 2014). Dort wurde auch beschrieben, als 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. Letztendlich 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).

7.3 Trends

Im folgenden Abschnitt finden sich Angaben zu langfristig betrachteten Entwicklungen bezüglich Beschlagnahmungen, Preis und Reinheit von illegalen Substanzen sowie der Anzeigen im Zusammenhang mit diesen Substanzen in Österreich. Kurzzeit-Trends werden nicht behandelt.

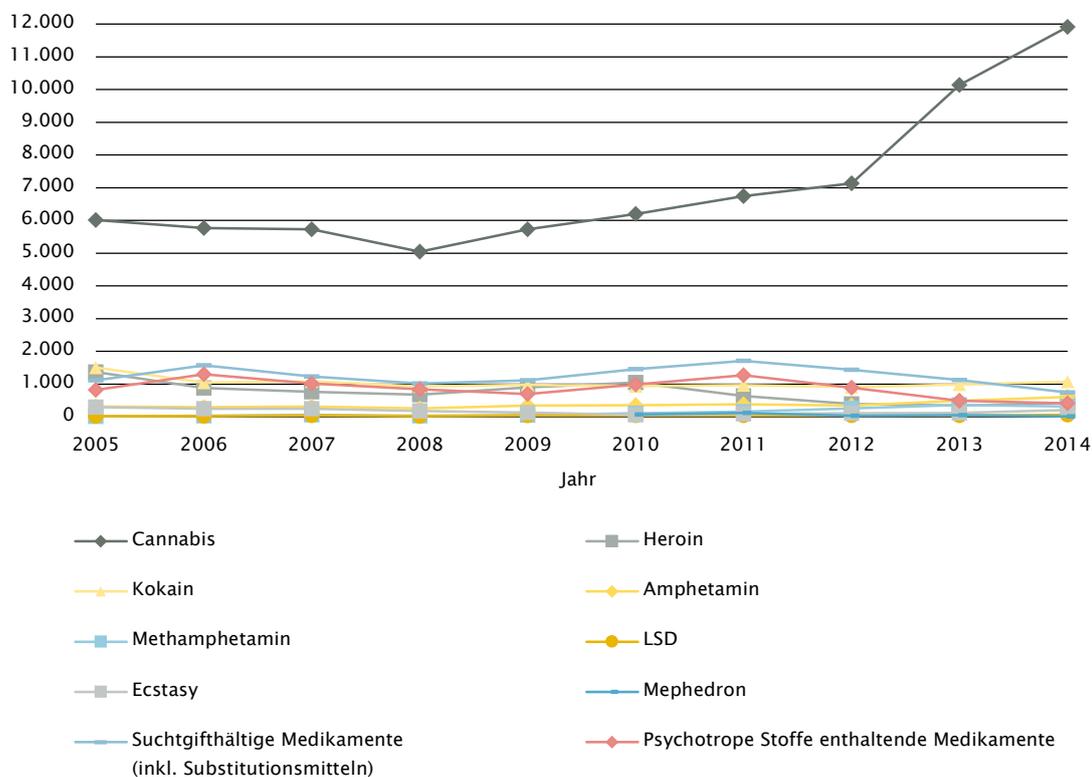
Langzeit-Trends

Bezüglich der im Folgenden beschriebenen Trends ist zu betonen, dass diese in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegeln (BMI 2015). Das zeigte sich etwa beim Rückgang der **Zahl der Beschlagnahmungen** (und auch der Anzeigen) im Zusammenhang mit Cannabis im Jahr 2008. In diesem Jahr fand in Österreich die Fußball-Europameisterschaft statt, wodurch sich eine veränderte Schwerpunktsetzung für sicherheitsbehördliche Maßnahmen ergab.

Abbildung 7.1 stellt die Entwicklung der Anzahl der Beschlagnahmungen in den letzten zehn Jahren dar. Diese Zahlen waren im betrachteten Zeitraum für die meisten Substanzen stabil, für die letzten Jahre zeigten sich sogar Rückgänge, wie z. B. für Methamphetamin, Mephedron, suchtgift-hältige Medikamente, Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten, und Substanzen, die dem NPSG unterliegen. Das gilt allerdings nicht für Cannabis, bei dem gerade während der letzten Jahre ein erheblicher Anstieg bei der Anzahl der Beschlagnahmungen zu beobachten war (vgl. Tabelle A7. 7).

Abbildung 7.1:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie von psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich (2005–2014)



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

Die **beschlagnahmten Mengen** von Cannabis blieben über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant (vgl. Tabelle 7.5). Betrachtet man diese Entwicklung gemeinsam mit dem oben angeführten Anstieg der Zahl der Beschlagnahmen, ist zu vermuten, dass die dabei beschlagnahmten Mengen stark zurückgegangen sind. Die Mengen der übrigen sichergestellten Suchtmittel unterlagen über die Jahre großen Schwankungen (vgl. Tabelle A7. 8). Im Wesentlichen zeigten sich Anstiege bei suchtgifthältigen Medikamenten (inkl. Substitutionsmitteln) und bei Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, wobei jedoch in beiden Fällen ein Rückgang der entsprechenden Anzeigen zu beobachten ist. Vermutlich kann bei beiden Substanzgruppen von Großsicherstellungen ausgegangen werden. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmen mit großen Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), das Bild verzerren können.

Tabelle 7.5:

Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, nach der Menge (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabis (kg)	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5
Heroin (kg)	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6	96	64,9	222,1	80,2	56,2
Kokain (kg)	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2	241	139	64,6	24,7	31,0
Amphetamin (kg)	8,9	38,2	17,5	12,9	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9
Methamphetamin (kg)	0,7	0,7	1,9	0,1	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7
LSD (Trips)	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588	276	618	778
Ecstasy (Stk.)	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001
Mephedron (kg)	-	-	-	-	-	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.; inkl. Substitutionsmitteln)	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5
Sonstige Suchtgifte (kg)*	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1
Psychotrope Substanzen (kg)	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (Stk.)	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5
Drogenausgangsstoffe (kg)	0,10	9,85	0,17	22,16	0	1	0	2,8	149,7	135,1
Substanzen nach NPSG** (kg)									31,6	10,0

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

** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

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

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** zeigten sich große Veränderungen erst in den letzten Jahren: So hat sich die Preis-Obergrenze etwa für braunes Heroin von 60 Euro im Jahr 2012 auf 100 Euro in den Jahren 2013 und 2014 erhöht. Ähnliche Steigerungen konnten bei Amphetamin beobachtet werden. Wesentlich stärker fielen die Erhöhungen der Maximalpreise für Methamphetamin und Ecstasy aus (vgl. Tabelle 7.6). Durchschnittspreise stehen leider nicht für den gesamten Beobachtungszeitraum zur Verfügung.

Tabelle 7.6:

Maximaler Preis (in Euro) von Suchtgiften/Suchtmitteln im Straßenhandel in Österreich (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabisharz (1 Gramm)	8	8	10	10	10	9	9	8	12	15
Cannabiskraut (1 Gramm)	4	4	10	10	10	10	10	10	12	12
Heroin braun (1 Gramm)	70	70	85	80	100	60	60	60	100	100
Kokain (1 Gramm)	90	70	90	90	140	90	90	100	130	150
Amphetamin (1 Gramm)	25	25	25	20	15	20	20	30	60	60
Methamphetamin (1 Gramm)	25	20	25	20	15	20	20	30	120	130
Ecstasy (1 Tablette/Einheit)	15	10	10	10	10	10	10	10	12	30

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

Die **durchschnittliche Reinheit** der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre nur unwesentlichen Schwankungen. Langfristig waren bei Kokain, Amphetamin und Methamphetamin Steigerungen beim Wirkstoffgehalt zu beobachten (vgl. Tabelle 7.7). Die maximale Reinheit der untersuchten Substanzen zeigte Anstiege bei fast allen Substanzen (vgl. Tabelle 7.8). Bei den im Rahmen des *checkit!*-Projekts als Ecstasy gekauften und analysierten Proben hat sich die Anzahl jener Tabletten, die MDMA in hoher Dosierung enthielten, fast verdoppelt: Während im Jahr 2013 in 22 Prozent der getesteten Tabletten zwischen 100 und 200 Milligramm des zu erwartenden Inhaltsstoffes nachgewiesen wurde, galt das 2014 für 42 Prozent der Tabletten. Ab Dosierungen von 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. PMA⁹⁸ wurde bei den im Berichtsjahr als Ecstasy-Tabletten gekauften und untersuchten Proben nicht festgestellt (vgl. Tabelle A7. 9).

Bezüglich **NPS** zeigte sich 2014 ein weiterer Rückgang bei den im Rahmen des *checkit!*-Projekts analysierten Proben. Während im Jahr 2011 noch 18 Prozent und im Jahr 2012 13 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, so waren es 2013 nur mehr 11 und 2014 nur mehr 5 Prozent. Abgenommen hat auch die Häufigkeit, mit der NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden (von 13,3 % im Jahr 2011 auf 4,1 % 2014). Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, ist auf rund 1 Prozent zurückgegangen.

98

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:

Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabisharz (% THC)	7,6	5,7	10,0	10,9	9,8	12,2	9,1	11,0	9,8	12,0
Cannabiskraut (% THC)	5,6	7,2	6,7	7,2	5,9	7,5	7,0	9,7	9,6	8,9
Heroin braun (%)	8,4	6,16	9,1	11,3	12,9	12,9	5,8	6,4	7,6	11,9
Kokain (%)	38,4	32,3	32,6	32,1	27,6	27,3	27,5	28,1	26,1	31,6
Amphetamin (%)	25,4	19,2	12,8	9,1	7,3	7,8	7,9	8,4	9,5	10,6
Methamphetamin (%)	41,8	25,3	24,4	46,3	58,4	56,7	52,0	54,4	56,0	63,5
Ecstasy (mg der MDMA base pro Einheit)	32,9	32,9	37,6	38,3	41,1	90,7	63,4	50,7	46,0	44,6

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

Tabelle 7.8:

Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabisharz (% THC)	26,4	19,3	49,0	47,4	33,0	55,0	51,2	57,7	30,7	38,0
Cannabiskraut (% THC)	20,0	22,2	42,0	49,7	39,0	21,1	21,7	39,2	43,5	57,5
Heroin braun (%)	47,7	39,0	57,0	71,0	52,8	50,0	42,6	30,9	55,1	57,2
Kokain (%)	94,1	93,0	98,0	96,0	95,9	93,50	83,5	87,3	74,8	84,9
Amphetamin (%)	92,0	97,0	60,0	66,0	42,6	27,3	28,5	56,9	59,8	66,4
Methamphetamin (%)	100,0	80,0	94,0	99,0	99,1	100,0	80,3	81,3	80,3	80,6
Ecstasy (mg der MDMA base pro Einheit)	100,0	100,0	100,0	100,0	66,3	100,0	83,8	96,7	83,2	90,5

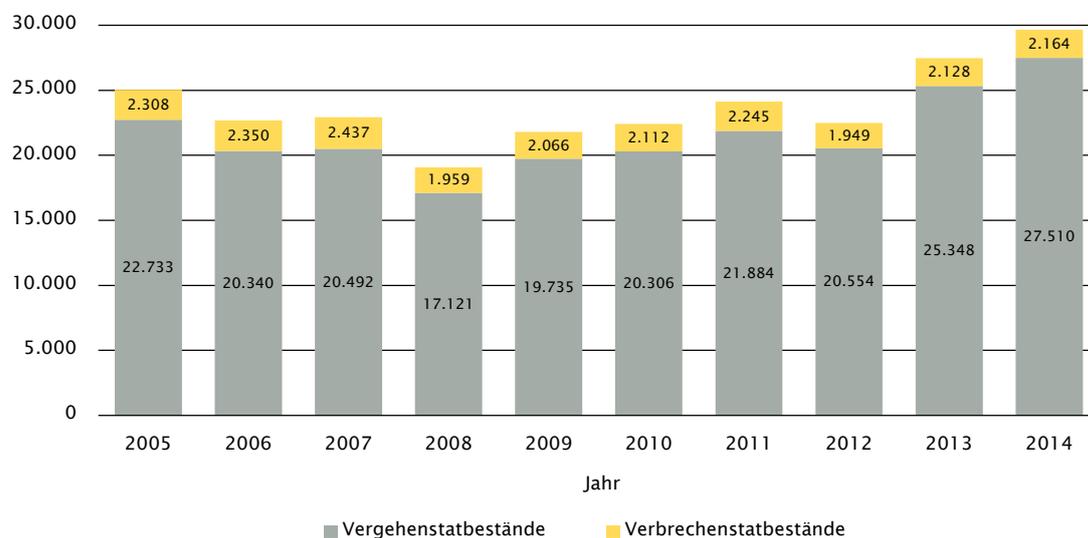
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Erklärungen zu Langzeit-Trends

Die nachfolgende Abbildung 7.2 stellt die langfristige Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehen- 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 2014 fortsetzte und vermutlich auf verstärkte Aktivitäten des BMI auf Basis seiner Anti-Drogenstrategie zurückzuführen ist (vgl. Kapitel 1).

Abbildung 7.2:

Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehen- und Verbrechenstatbeständen (2005–2014)

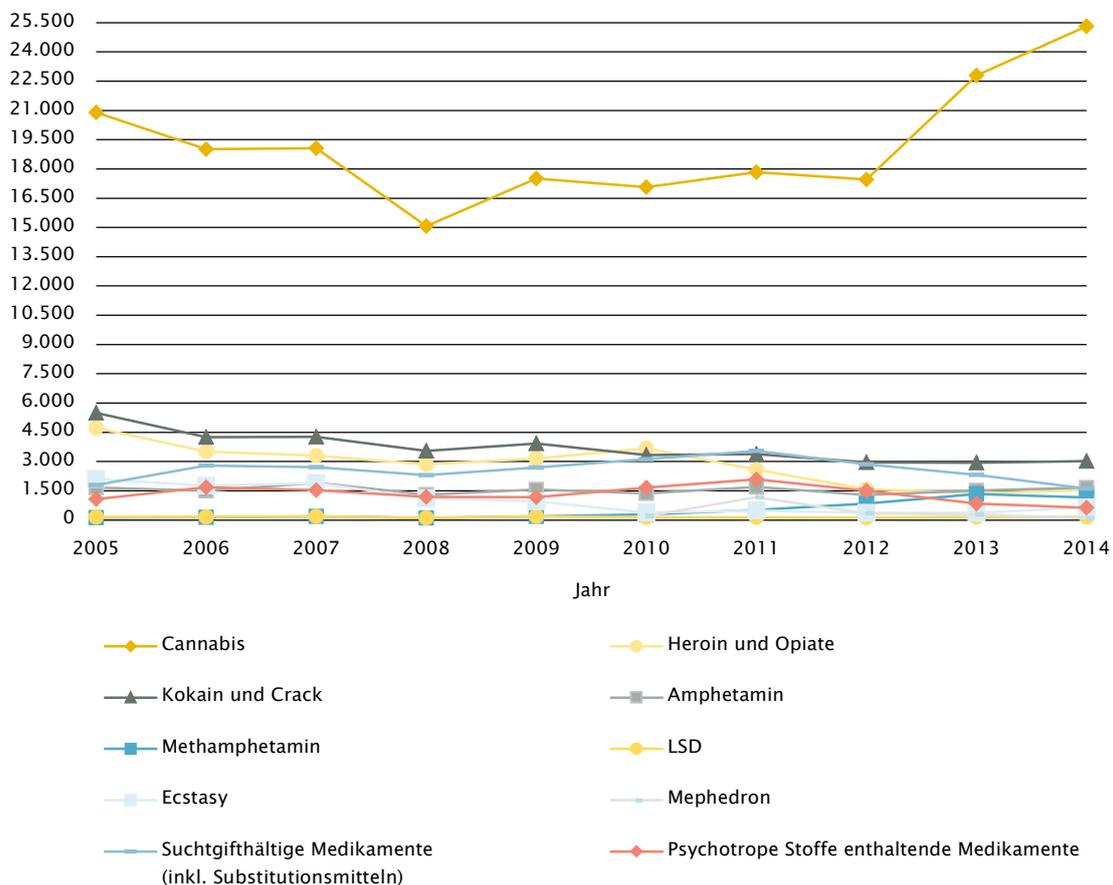


Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In Abbildung 7.3 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 2005 bis 2013 eine kontinuierlich abnehmende Tendenz aufweisen, zeigt sich eine deutliche Steigerung für das letzte Beobachtungsjahr. Für Cannabis war dieser Anstieg schon für 2013 und auf hohem Niveau zu beobachten. Die markantesten Steigerungen im letzten Jahr zeigten sich bei Ecstasy (+70 %) und sonstigen Suchtgiften (+59 %), während die Anstiege bei Cannabis, Heroin und Opiaten und Amphetamin jeweils etwa zehn Prozent betragen. Die Steigerung bei Ecstasy durchbrach den seit Jahren rückläufigen Trend bei der Zahl der Anzeigen und ist auf die erhöhte Kontrolldichte im Jahr 2014 zurückzuführen (BMI 2015). Weiterhin stark rückläufig verliefen die Anzeigenzahlen für Mephedron (-69 %), suchtgifthältige Medikamente (-30 %; inkl. Substitutionsmitteln) und für Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten (-24 %). Damit zeigt die Summe der Anzeigen für suchtgifthältige Medikamente 2014 den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre, während die Zahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis weiterhin den höchsten Wert aufweist und mehr als vier Fünftel der Anzeigen betrifft (vgl. Tabelle A7. 5).

Die Entwicklung der Anzeigen auf Länderebene entspricht im Wesentlichen der auf Bundesebene (vgl. Tabelle A7. 6); erwähnenswert ist allerdings die rückläufige Entwicklung der Cannabis-Anzeigen in Tirol (-12 %) und im Burgenland (-3 %). Die im vorjährigen Bericht zur Drogensituation (Weigl et al. 2014) beschriebenen stark erhöhten Anzeigenzahlen im Zusammenhang mit Methamphetamin in Oberösterreich sind um 19 Prozent zurückgegangen (vgl. Tabelle A7. 6 und Kapitel 3).

Abbildung 7.3:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes (2005–2014)



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

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

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 Schmuggel, Handel und Konsum von *Neuen Psychoaktiven Substanzen* gelegt. Die bei der Bekämpfung der Straßensriminalität gewonnenen Erkenntnisse bilden auch die Grundlage für Strukturermittlungen und deren Analyse.

Basierend auf diesen Ansätzen wurden erfolgreich internationale Ermittlungen geführt und Phänomene wie etwa der illegale Drogenhandel im Darknet⁹⁹ erkannt. Um den neuen Herausforderung des Drogenhandels im „Darknet“ gerecht zu werden, übernahm Österreich die Federführung des von der EU geförderten Projekts „Joint investigation to combat drug trafficking via the virtual market (darknet) within and also into the EU“. Mit dem Projektpartner Deutschland werden Ermittlungen in diesem Bereich intensiviert und auf Basis der Erkenntnisse Best-Practice-Vorgangsweisen erarbeitet. Des Weiteren bestehen auf internationaler Ebene Kooperationen, beispielsweise mit Interpol, Europol und dem Netzwerk der Vereinten Nationen.

7.4 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 (vgl. ST11, ST13, ST14, ST16). Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammten von *checkit!*¹⁰⁰ (vgl. ST15) und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)¹⁰¹.

Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar (vgl. dazu auch Kapitel 2 bzw. Kapitel 11 aus GÖG/ÖBIG 2011 und GÖG/ÖBIG 2008).

99

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, 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 gewöhnlich von Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingeladen oder akzeptiert werden. Stellenweise ist dies auch nur Teilnehmerinnen/Teilnehmern möglich, die über höhere Privilegien verfügen.

100

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 ...) an.

101

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.

7.5 Bibliographie

- BMI (2014). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2013. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMI (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMVIT (2014). Schriftliche parlamentarische Anfrage an den Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie betreffend Alkohol und Drogen im Straßenverkehr. Nr. 2864/J vom 23. Oktober 2014. Wien.
- EMCDDA (2011). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pilot study on wholesale drug prices in Europe. 2011. Lisbon
- 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.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- SHW (2015). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2014. 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

7.6 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Mader, Christian	Bundesministerium für Inneres

7.7 Anhang

Tabelle A7. 1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz,
nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Anzeigen insgesamt (2005–2014)

Anzeigen	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Anzeigen insgesamt	25.892	24.008	24.166	20.043	22.729	23.853	25.892	23.797	28.227	30.250
Ersttäter	15.569	15.808	16.053	13.634	14.893	19.409	21.828	19.683	22.979	24.660
Wiederholungstäter	9.520	7.636	7.569	5.990	7.258	3.681	3.247	3.107	3.688	3.717

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

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

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

Tabelle A7. 2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland (2005–2014)

Bundesland	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Burgenland	923	1.033	1.008	871	953	716	801	687	844	773
Kärnten	1.529	1.190	1.408	1.153	1.372	1.522	1.422	1.165	1.460	1.961
Niederösterreich	3.632	3.050	3.464	2.583	3.165	2.978	2.917	2.683	3.134	3.629
Oberösterreich	3.769	3.209	3.786	3.245	3.908	3.660	3.590	3.547	4.446	5.009
Salzburg	1.092	1.001	1.116	1.015	1.096	1.099	1.431	1.145	1.350	1.502
Steiermark	1.516	1.435	1.929	1.372	1.669	1.607	1.878	1.879	2.465	3.266
Tirol	2.775	2.607	2.454	1.982	2.555	2.692	3.095	2.570	3.929	3.502
Vorarlberg	1.008	1.240	1.153	976	1.027	1.143	1.092	1.392	1.251	1.385
Wien	8.797	7.925	6.611	5.883	6.056	7.001	7.903	7.435	8.597	8.647
Anzeigen gesamt	25.041	22.690	22.929	19.080	21.801	22.418	24.129	22.503	27.476	29.674

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A7. 3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland (2010–2014)

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014
Burgenland	19	30	14	3	7
Kärnten	25	44	29	36	44
Niederösterreich	97	124	88	71	43
Oberösterreich	180	249	229	98	86
Salzburg	31	31	22	23	5
Steiermark	41	49	54	26	14
Tirol	99	80	75	58	52
Vorarlberg	39	61	25	20	28
Wien	904	1.095	758	406	287
Anzeigen insgesamt	1.435	1.763	1.294	741	566

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A7. 4:

Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland (2012–2014)

Bundesland	2012	2013	2014
Burgenland	5	4	3
Kärnten	3	5	5
Niederösterreich	25	32	25
Oberösterreich	10	9	8
Salzburg	9	3	5
Steiermark	15	35	15
Tirol	12	19	40
Vorarlberg	2	6	7
Wien	12	15	5
Anzeigen insgesamt	93	128	113

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A7. 5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
nach Suchtgift/Suchtmittel (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabis	20.900	19.021	19.063	15.063	17.513	17.066	17.836	17.461	22.798	25.309
Heroin und Opiate	4.720	3.516	3.294	2.865	3.157	3.677	2.575	1.582	1.390	1.529
Kokain + Crack	5.491	4.252	4.263	3.551	3.930	3.332	3.383	2.963	2.936	3.026
Amphetamin	1.664	1.503	1.914	1.296	1.562	1.375	1.696	1.283	1.517	1.663
Methamphetamin	131	136	198	109	187	294	510	837	1.337	1.159
LSD	160	164	196	101	193	137	138	129	155	163
Ecstasy	2.106	1.763	1.889	1.127	966	388	485	375	378	642
Mephedron	-	-	-	-	-	209	1.179	331	285	89
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Sub- stitutionsmitteln)	1.795	2.800	2.714	2.294	2.693	3.113	3.552	2.864	2.317	1.616
Sonstige Suchtgifte *	427	355	323	263	363	185	160	143	164	260
Psychotrope Substanzen	4	14	20	13	16	37	58	35	59	62
Psychotrope Medikamente	1.081	1.687	1.535	1.185	1.174	1.666	2.086	1.502	837	637
Drogenausgangsstoffe	4	8	2	12	1	3	4	8	18	15

- Daten nicht verfügbar

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

Daher unterscheidet sich die Summe von der Gesamtanzahl der Anzeigen.

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

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

Tabelle A7. 6:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2014

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	749	1.812	3.249	4.179	1.340	3.131	3.555	1.247	6.047	25.309
Heroin und Opiate	22	158	151	184	28	27	38	83	838	1.529
Kokain + Crack	51	188	217	295	156	96	316	194	1.513	3.026
Amphetamin	53	85	232	479	102	218	148	86	260	1.663
Methamphetamin	22	20	134	591	24	68	75	18	207	1.159
LSD	10	7	20	37	6	27	22	11	23	163
Ecstasy	23	63	75	140	40	117	79	56	49	642
Mephedron	1	4	8	4	4	49	0	0	19	89
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	27	105	181	400	60	86	99	43	615	1.616
Sonstige Suchtgifte*	14	30	42	50	9	20	48	11	36	260
Psychotrope Substanzen	4	6	6	19	2	2	2	9	12	62
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	4	57	55	85	3	19	66	23	325	637
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	9	0	0	0	0	6	15

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

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

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

Tabelle A7. 7:

Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabis	6.012	5.770	5.732	5.050	5.733	6.195	6.750	7.137	10.139	11.914
Heroin	1.371	883	765	673	901	1.048	640	393	346	428
Kokain	1.507	1.044	1.087	936	984	946	970	912	992	1.078
Amphetamin	312	299	319	262	347	352	383	348	496	613
Methamphetamin	16	35	61	37	53	114	162	259	363	317
LSD	20	20	39	20	39	43	41	47	39	61
Ecstasy	295	248	250	181	131	63	90	113	119	212
Mephedron						73	125	36	54	11
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.117	1.571	1.234	1.015	1.121	1.456	1.712	1.435	1.129	742
Sonstige Suchtgifte*	97	84	92	58	79	72	67	65	88	120
Psychotrope Substanzen	2	2	10	1	2	13	23	22	30	26
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	823	1.300	1.019	843	697	993	1.268	888	495	417
Drogenausgangsstoffe	2	7	1	12	0	1	0	8	9	16
Substanzen nach NPSG**									424	220

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

** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

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

Tabelle A7. 8:

Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge (2005–2014)

Suchtgift/Suchtmittel	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cannabis (kg)	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5
Heroin (kg)	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6	96	64,9	222,1	80,2	56,2
Kokain (kg)	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2	241	139	64,6	24,7	31,0
Amphetamin (kg)	8,9	38,2	17,5	12,9	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9
Methamphetamin (kg)	0,7	0,7	1,9	0,1	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7
LSD (Trips)	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588	276	618	778
Ecstasy (Stk.)	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001
Mephedron (kg)	-	-	-	-	-	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.; inkl. Substitutionsmitteln)	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5
Sonstige Suchtgifte (kg)*	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1
Psychotrope Substanzen (kg)	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (Stk.)	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5
Drogenausgangsstoffe (kg)	0,10	9,85	0,17	22,16	0	1	0	2,8	149,7	135,1
Substanzen nach NPSG** (kg)									31,6	10,0

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

** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

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

Tabelle A7. 9:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent (2005–2014)

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben									
	2005 (n=53)	2006 (n=134)	2007 (n=117)	2008 (n=146)	2009 (n=105)	2010 (n=76)	2011 (n=135)	2012 (n=145)	2013 (n=108)	2014 (n=193)
MDMA	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3
MDMA + MDE	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5
MDMA + MDA	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7
MDMA + Amphetamin	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0
Amphetamin	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5
Methamphetamin	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3	-3	-3	-3
diverse Mischungen*	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1
Neue Psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	-	-	-	-	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5

* 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 der Tabellenzeile Neue Psychoaktive Substanzen inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 (2006–2014)

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy bzw. MDMA in der Form Pulver, Kapsel oder Kristall gekauften Proben								
	2006 (n=21)	2007 (n=27)	2008 (n=31)	2009 (n=25)	2010 (n=91)	2011 (n=163)	2012 (n=222)	2013 (n=290)	2014 (n=224)
MDMA	100,0	81,5	87,1	69,6	51,6	82,2	80,2	78,3	82,6
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	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
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,4	0,0
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	11,1	0,0	4,3	7,7	5,5	1,4	1,0	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
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0
Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	0,0	0,3	0,0
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	0,0	3,2	21,7	0,0	1,2	–3	–3	–3
diverse Mischungen*	0,0	7,4	6,5	4,3	3,3	1,2	5,0	2,4	4,0
Neue Psychoaktive Substan- zen ¹ / NPS ²⁺ diverse Mischungen*	–	–	–	8,7	35,2	8,0	9,9	16,2	8,0

* 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 der Tabellenzeile *Neue Psychoaktive Substanzen* inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A7. 11:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben (2005–2014)

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Speed gekauften Proben									
	2005 (n=33)	2006 (n=75)	2007 (n=129)	2008 (n=99)	2009 (n=113)	2010 (n=124)	2011 (n=203)	2012 (n=273)	2013 (n=321)	2014 (n=219)
Amphetamin	33,3	24,0	22,5	15,2	9,7	14,5	5,4	7,0	17,8	35,2
Amphetamin + Koffein	6,1	29,3	10,1	27,3	50,4	61,3	55,7	55,7	56,7	38,8
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	24,2	24,0	31,8	34,3	15,0	10,5	18,2	24,9	19,3	19,6
Methamphetamin	3,0	0,0	10,1	1,0	0,9	1,6	0,5	2,2	0,9	0,0
Koffein	9,1	1,3	1,6	3,0	8,8	1,6	7,9	0,4	0,6	0,0
MDMA	6,1	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
Diverse Mischungen*	18,2	17	23,3	14,1	14,2	7,3	5,4	5,5	2,5	2,7
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,8	2,0	0,9	0,8	1,0	–3	–3	–3
Neue Psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² +diverse Mischungen***	–	–	–	–	0,0	2,4	5,4	4,0	2,2	2,3

* 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 der Tabellenzeile *Neue Psychoaktive Substanzen* inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Haft

Inhalt

8	HAFT	208
8.1	Zusammenfassung.....	208
8.2	Aktuelle Situation.....	209
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	209
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	212
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	213
8.2.4	Qualitätssicherung bei Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	216
8.3	Neue Entwicklungen.....	217
8.4	Quellen und Methodik.....	218
8.5	Bibliographie	219
8.6	Zitiertes Bundesgesetz	220
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	220
8.8	Anhang.....	221

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und wurde mit 1. Juli 2015 umorganisiert: An die Stelle der bis dahin bestehenden Vollzugsdirektion trat eine eigene Sektion im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 27 Justizanstalten mit zwölf Außenstellen bieten Platz für fast 9.000 Häftlinge und sind fast zur Gänze belegt.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen 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. 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 2015 befanden sich etwa neun Prozent (ca. 800 Personen) der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung. Nadel- und Spritzentauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung.

Neue Entwicklungen

Zur Bewusstseinsbildung bezüglich Abhängigkeitssyndroms und zur Bereitstellung von Vorgaben für die Dokumentation des Gesundheitszustandes der Insassinnen und Insassen der Justizanstalten wurden vom BMJ Leitlinien herausgegeben. Diese basieren auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung und sind seit April 2015 umzusetzen. Sie bieten Standards für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Checklisten, die vom medizinischen bzw. sozialen Dienst auszufüllen sind, dienen als Grundlage für die Dokumentation des gesundheitlichen Zustandes der Häftlinge. Durch die Zusammenarbeit von betroffenen Institutionen und Personen soll ein lückenloses Übergangsmanagement sichergestellt werden.

Der Abschlussbericht des interdisziplinär besetzten Runden Tisches, der das Thema Untersuchungshaft für Jugendliche behandelte, zeigte u. a. ein klares Bekenntnis zur Haftvermeidung bei Jugendlichen. Des Weiteren betont er die Wichtigkeit der institutionenübergreifenden Zusammenarbeit (Einzelfallbesprechung, Sozialnetzkonferenz) bei der Versorgung der Jugendlichen.

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 und 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 neue 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 Wiener Jugendgerichtshilfe¹⁰². Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.527 Personen. Diese setzen sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht waren (Untergebrachte), zusammen (vgl. dazu Tabelle A8. 1). 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. Alter und Geschlecht der möglichen Insassinnen/Insassen sowie die Strafdauer angegeben, für die die einzelne JA ausgelegt ist. Speziell auf die Suchtbehandlung von Insassinnen/Insassen ausgelegt sind die Justizanstalten Wien-Favoriten und Schwarzau (letztere nur für Frauen).

102

Die Aufgaben, mit denen die Organe der Wiener Jugendgerichtshilfe von den Gerichten und der Staatsanwaltschaft betraut werden können, sind im § 48 Jugendgerichtsgesetz 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 die Vermittlung gemeinnütziger Leistungen, Verteidigung in bezirksgerichtlichen Fällen, Betreuung von Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen (BMJ 2015b).

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich (Stand 2012)

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	163	Männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, ab 2015: zusätzlich 15 Haftplätze für Frauen
Justizanstalt Klagenfurt (K)	311	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ)	122	Männliche Jugendliche und junge Erwachsene
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	136 + 29	Untergebrachte (geistig abnorme unzurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ)	423	Männliche Insassen; Freiheitsstrafen über 18 Monaten bis max. 6 Jahre
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	267	Männer und Frauen; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	177	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarzau (NÖ)	193	Frauen und weibliche Jugendliche, geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen; Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	Männliche Strafgefangene; Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	229	Männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Stein (NÖ)	794	Erwachsene Männer und Untergebrachte; Hochsicherheitsgefängnis
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	211	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Garsten (OÖ)	392	Männliche Strafgefangene, geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher und Untersuchungshäftlinge
Justizanstalt Linz (OÖ)	351	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Suben (OÖ)	278	Männliche Strafgefangene; Strafzeit ab 18 Monaten
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen, Jugendliche, Untergebrachte; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	206	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Graz-Jakomini (St)	513	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 8.1

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Graz-Karlau (St)	522	Erwachsene Männer; Freiheitsstrafen über 18 Monate, sehr hoher Sicherheitsstandard
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	473	Männliche, weibliche und jugendliche Insassen; Untersuchungshaft und Strafhaft
Justizanstalt Feldkirch (V)	160	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Wien-Favoriten (W)	113	Männer und Frauen; Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen → Behandlung von Suchtmittel- und Alkoholabhängigen
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W)	921	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W)	142	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	452	Männer; Strafhaft von 18 Monaten bis etwa 5 Jahre

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über die Belegung der österreichischen Justizanstalten an vier 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 22 Prozent, der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtsumme der Insassinnen und Insassen betrug bis 2010 um zwei Prozent und lag für das Jahr 2014 bei etwa einem Prozent. Dieser Rückgang wurde als eine der Auswirkungen des im Sommer 2013 eingesetzten interdisziplinären Runden Tisches „Untersuchungshaft für Jugendliche – Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung“ gesehen (BMJ 2015b).

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen (jeweils zum Stichtag 1. Dezember)

Insassinnen und Insassen	2008	2009	2010	...	2014
Männer	7.766	8.186	8.251	...	8.363
Frauen	482	522	562	...	541
Gesamt	8.248	8.708	8.813	...	8.904
davon:				...	
Jugendliche	184	172	193	...	88
Personen in Untersuchungshaft	1.785	1.994	1.909	...	1.807

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

Quelle: Moser-Riebinger, Mika p. M.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Informationen über Sozialmerkmale der Inhaftierten wie etwa deren Ausbildungsstand oder berufliche Situation können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) entnommen werden. Zusätzlich listet der Sicherheitsbericht des Justizministeriums (BMJ 2015b) derartige Daten aus dem so genannten „Sozialarbeitermodul“ der integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) auf. Der Anteil fehlender Einträge bei diesen Daten ist allerdings – trotz deutlicher Verbesserung in den letzten Jahren – noch immer relativ hoch und verhindert in vielen Bereichen aussagekräftige Auswertungen für 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 2014 zur Verfügung stehenden Daten zur Wohnsituation zeigen, dass die meisten Insassinnen/Insassen vor der Haft in Miete/Untermiete wohnten bzw. „Mitbewohner/innen“ (72 %) waren, 14 Prozent waren „unterstandslos“. Der Anteil (rund 7 %) derer, die in einer öffentlichen Einrichtung (bzw. in Bundesbetreuung) wohnten, also kein eigenes Zuhause hatten, betrug sieben Prozent; Eigentum am Wohnobjekt gaben ebenfalls etwa sieben 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 und Insassen mit österreichischer Staatsbürgerschaft vor. Rund zwei Drittel nennen als höchsten Schulabschluss einen Pflichtschulabschluss (33 % Hauptschulabschluss, 20 % Polytechnikum, 5 % Volksschule, 6 % Sonderschule). Ein Viertel (25 %) hat eine Berufsschule absolviert und acht 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, jener mit Pflichtschulabschluss bei rund 19 Prozent. Beschränkt man die Auswertung der Variable „Bildung“ bei Österreicher/innen auf die drei Anstalten, in denen für mehr als vier Fünftel der Insassinnen und Insassen die höchste abgeschlossene Bildung eingetragen ist – nämlich 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

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ des Berichts zur Drogensituation aus dem Jahr 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) referiert. Zusätzlich finden sich diesbezügliche Angaben im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis im Jahr 2001“ (ÖBIG 2001).

8.2.3 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

In Österreich besteht keine nationale Drogenstrategie (vgl. Kapitel 1), ebenso existieren keine schriftlichen Strategien im Zusammenhang mit drogenbezogener Gesundheitspolitik in Haft. Es liegen jedoch Leitlinien vor, die meist für gesundheitsrelevante Aufgabenbereiche im Gefängnisbereich erarbeitet bzw. aus anderen Fachbereichen übernommen wurden (vgl. Abschnitt 8.2.4).

Struktur der Interventionen

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (StVG, BGBl 1969/144 v. 26. 3. 1969), 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) (vgl. auch Kapitel 2).

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen und Anbietern im Wesentlichen auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung in den Justizanstalten erfolgt über Gesundheitsdienste und therapeutische Angebote, für beide sind teilweise externe Anbieter, z. B. der *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 aktuellen europäischen Studie, die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt (Weltzien et al. o. J.), 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) in allen 27 Justizanstalten angeboten wird, sind Tests auf Infektionskrankheiten in zwei Dritteln der Anstalten verfügbar. Zusätzlich meldet weniger als die Hälfte der JA die Verfügbarkeit von Informationen zur Postexpositionsprophylaxe. Systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen, Spritzentauschprogramme und vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krank-

heiten 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 werden, 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 neuen Leitlinien (BMJ 2015a) folgend werden bei dieser Untersuchung zukünftig auch suchtspezifisch/diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei im Zusammenhang mit 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), die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden, zu unterscheiden. 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. Durch die österreichweite Kooperation von Suchthilfeeinrichtungen und Justizanstalten soll das Übergangsmanagement in standardisierten Abläufen vereinfacht und professionalisiert werden (BMJ 2015a).

Die Anzahl der Personen, die sich während der Haft einer anderen drogenbezogenen Behandlung als der Substitutionsbehandlung unterziehen und keine Substitutionsbehandlung erhalten, ist nicht bekannt. Somit ist auch unklar, in welchem Verhältnis diesbezüglich angebotene Maßnahmen und tatsächlicher Bedarf stehen. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren (ausschließlich Substitution bzw. therapeutische Behandlung, Substitution und therapeutische Behandlung). Angaben zu drogenfreien Zonen in Justizanstalten können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) entnommen werden.

Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der Verein *Dialog* seit 1999 in den beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ)¹⁰³ für Insassinnen und Insassen tätig. Der *Dialog* betreute dort im Jahr 2014 insgesamt 1.980 Klientinnen und Klienten (2013: 2.023) und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2011). In der Steiermark dient der von Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich angebotene Besuchsdienst zu Klientinnen und Klienten in Haft (2014: 200 Haftbesuche) der psychosozialen Ansprache und der Planung für die Zeit nach der Haft (Caritas Diözese Graz-Seckau 2015).

Ausmaß der Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015a). Die Gesamtanzahl jener Personen, die im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung erhielten, betrug zum Stichtag 1. 4. 2015 785, was 8,8 Prozent der Insassinnen und Insassen entsprach (vgl. Tabelle A8. 2). Die höchsten Werte zeigten sich mit fast 40 Prozent der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung in der Justizanstalt Wien-Favoriten, die allerdings eine Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen ist. Danach folgten die JA Wien-Simmering (etwa 17 % in Substitutionsbehandlung), Krems-Stein und Wien-Josefstadt (jeweils etwa 14 % in Substitutionsbehandlung). Die niedrigsten Substitutionsbehandlungszahlen wiesen die JA Eisenstadt und JA Göllersdorf (jeweils etwa 2 %) sowie die JA Leoben (etwa 1,0 %) auf. Keine Substitutionsbehandlung fand in der JA Wien-Mittersteig (Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern) und in der JA für Jugendliche in Gerasdorf statt (Mika, p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind Methadon (41 % der Substitutionsbehandlungen), Substitol (21 %), L-Polamidon und Suboxone (13 %; Mika, p. M.; vgl. Tabelle A8. 2). Damit wird im Gefängnis Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb (vgl. Kapitel 5). Hier sei ergänzt, dass in den Substitutionsrichtlinien für JA vorgeschlagen wird, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (vgl. dazu auch Abschnitt 8.2.4).

Weitere Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Interventionen (inklusive Substitutionsbehandlung) während der Haft werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ des Berichts zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) ausführlich dargestellt.

103

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 Straftaft vollzogen. Sie dienen vorwiegend der Unterbringung von Schub- und Verwaltungsstrafhäftlingen und werden stärker frequentiert als JA, wobei die durchschnittlichen Anhaltezeiten relativ gering bleiben (Hofinger, Pilgram o. J.; Verein Dialog 2015).

8.2.4 Qualitätssicherung bei 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 bilden einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung. 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 Gleichbehandlungsprinzip¹⁰⁴. 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. Bei der weiterführenden Behandlung nach Rückfällen¹⁰⁵ 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 entwickelt¹⁰⁶ (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).

104

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

105

Gemeint ist hier die suchtttherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

106

Die genannten Paragraphen behandeln 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 Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Richtlinien und Empfehlungen für die post-expositionelle Prophylaxe nach beruflicher Exposition von HIV wurden 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).

8.3 Neue Entwicklungen

Seit dem letzten Bericht zur Drogensituation (Weigl et al. 2014) sind die in den Abschnitten 8.2.3 und 8.2.4 beschriebenen Leitlinien (BMJ 2015a) in Kraft getreten. Sie regeln die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug und sollen dazu beitragen, die in den Justizanstalten durchgeführten Untersuchungen zu vereinheitlichen. Die Leitlinien wurden im Rahmen einer Reitox-Academy, die im Dezember 2014 stattfand und sich mit Schadensminimierung in Haft beschäftigte, vorgestellt.

Im Oktober 2013 wurde der Abschlussbericht des interdisziplinär besetzten Runden Tisches, der das Thema „Untersuchungshaft für Jugendliche“ behandelte, vorgelegt (BMJ 2013c). Anlass für diesen Runden Tisch waren sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen in österreichischen Justizanstalten. Ergebnis des Runden Tisches waren u. a. ein klares Bekenntnis zur Haftvermeidung und die Erkenntnis, dass die Person der/des Jugendlichen der Ausgangspunkt aller Bemühungen sein muss. Jede haftvermeidende und haftverkürzende Maßnahme muss sich an den konkreten Lebensumständen der/des Jugendlichen orientieren und für jeden Einzelfall neu definiert und organisiert werden. Da die Justizanstalt ein ungeeignetes Modell dafür ist, Jugendliche auf ein straf-freies und soziales Leben in der Gesellschaft vorzubereiten, werden alternative Unterbringungsmöglichkeiten für Jugendliche gesucht. Es geht dabei darum, die Lücke zwischen den beiden Extremen „Inhaftierung“ und „Sich-selbst-überlassen-Sein“ so gut wie möglich zu schließen, wobei institutionenübergreifende Zusammenarbeit und Kommunikation wesentliche Grundvoraussetzungen darstellen (z. B. Einzelfallbesprechung, Sozialnetzkonferenz). Sollte eine Inhaftierung unumgänglich sein, muss zumindest der Vollzug der Untersuchungshaft bei Jugendlichen bedürfnisorientiert verlaufen: In der zur Verfügung stehenden Zeit sollen sprachliche, schulische, berufliche oder soziale Defizite bestmöglich ausgeglichen werden.

8.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen der Vollzugsdirektion (BMJ). 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 bereits in Abschnitt 8.2.3 präsentiert wurden, wurde im Rahmen des Projekts „CARE – Quality and Continuity of Care for Drug Users in Prisons“ durchgeführt, von der Fachhochschule Frankfurt/Main koordiniert und vom Programm „Drogenprävention und Information der Europäischen Union“ ko-finanziert (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 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 der Gefängnisverwaltung 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.

8.5 Bibliographie

- 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). Strafvollzug in Österreich. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMJ (2013b). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema “Hepatitis, HIV/Aids in Haft”. BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013.
- BMJ (2013c). Untersuchungshaft für Jugendliche. Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung. Abschlussbericht des runden Tisches. Oktober 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.

Caritas Diözese Graz–Seckau (2015). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2014. 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)

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

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

Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. 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

Weltzien, N., Moser–Riebinger, A., Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria.

8.6 Zitiertes Bundesgesetz

BGBl 1969/144 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–Riebinger, Andrea	Bundesministerium für Justiz

8.8 Anhang

Tabelle A8. 1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen (Stichtag 1. Dezember 2014)

Haftart	Männlich				Weiblich				Gesamtstand	
	Erwachsene	Heranwachsende	Jugendliche	Summe	Erwachsene	Heranwachsende	Jugendliche	Summe	Summe	Anteil
Strafhaft	5.429	219	36	5.684	341	9	1	351	6.035	67,78 %
Untersuchungshaft	1.540	130	31	1.701	97	6	3	106	1.807	20,29 %
Untergebracht	716	18	9	743	64	0	0	64	807	9,06 %
Sonstige Haft*	211	18	6	235	18	9	2	20	255	2,86 %
Summe	7.896	385	82	8.363	520	15	6	541	8.904	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: Mika, p. M. Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A8. 2:

Substitution in den Justizanstalten zum 1. April 2015

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	davon substituiert mit										
		Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	anderen Mitteln	
Eisenstadt	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Feldkirch	13	5	0	1	0	0	5	0	2	0	0	0
Garsten	34	12	15	1	0	0	4	1	0	1	0	0
Gerasdorf	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Göllersdorf	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
Graz Jakomini	41	9	5	23	0	0	2	0	2	0	0	0
Graz Karlau	62	15	15	15	2	0	2	13	0	0	0	0
Hirtenberg	48	12	8	8	0	0	1	19	0	0	0	0
Innsbruck	32	7	4	6	0	0	8	0	6	0	1	0
Klagenfurt	22	3	7	0	0	0	0	11	1	0	0	0
Korneuburg	12	4	1	6	0	0	0	0	0	1	0	0
Krems	9	3	2	3	0	0	0	1	0	0	0	0
Leoben	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Linz	21	4	1	14	0	0	1	0	1	0	0	0
Ried	5	1	0	1	0	0	0	2	1	0	0	0
Salzburg	10	1	1	2	0	0	1	0	5	0	0	0
Schwarzau	24	11	7	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Sonnberg	23	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Pölten	13	7	0	2	0	0	0	1	2	0	1	0
Stein	114	63	21	10	0	0	13	0	0	7	0	0
Suben	19	12	1	2	0	0	2	1	1	0	0	0
Wels	7	2	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Wien-Favoriten	44	29	14	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Wien-Josefstadt	127	80	0	20	0	0	0	23	0	0	4	0
Wien-Mittersteig (keine Substitution)	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wien-Simmering	75	10	6	35	0	0	1	23	0	0	0	0
Wr. Neustadt	22	7	1	4	0	0	10	0	0	0	0	0
Gesamtsumme	785	323	113	162	2	0	51	98	21	9	6	
(lt. Meldung der JA)												
Verteilung in Prozent	8,8	41,1	14,4	20,6	0,3	0,0	6,5	12,5	2,7	1,1	0,8	

Quelle: Mika, p. M. Darstellung: GÖG/ÖBIG

