

Bericht zur Drogensituation 2019

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2019

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Ilonka Horvath
Judith Anzenberger
Martin Busch
Irene Schmutterer
Aida Tanios
Marion Weigl

Unter Mitarbeit von:

Alexander Grabenhofer-Eggerth
Markus Hojni

Fachliche Begleitung durch das BMASGK:

Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im Oktober 2019

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

Zitiervorschlag: Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Schmutterer, Irene; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien

ZI: P4/11/4231

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Themenbereich illegale Drogen, wobei in manchen Zusammenhängen auch auf Sucht allgemein – unabhängig vom Legalstatus – verwiesen wird. Der Bericht zur Drogensituation dient sowohl dem BMASGK als nationaler Bericht als auch als österreichischer Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union.

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Sowohl die Österreichische Suchtpräventionsstrategie als auch die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und differenzieren zwischen der Anerkennung von Sucht als Erkrankung und dem Drogenhandel. Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den Bundesländern bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Auf Bundeslandebene ist weiterhin festzustellen, dass die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung zunehmend gemeinsam gedacht werden. Dies ist an strukturellen Zusammenlegungen und gemeinsamen Planungsschritten von Sucht und Psychiatrie zu beobachten.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das *Suchtmittelgesetz*. Es differenziert nach Menge und Klassifizierung zwischen Suchtmittel, Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen. Unter Strafe stehen bspw. Erwerb, Besitz und Erzeugung von Suchtmitteln, der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe. Unterschieden wird zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, die die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilzen. Weitere relevante Rechtsquellen sind die *Suchtgiftverordnung* und die *Psychotropenverordnung* – in denen bspw. die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel und die Opioid-Substitutionsbehandlung wie auch die Erzeugung, Verarbeitung u. a. geregelt sind.

Ein wichtiges Element in Bezug auf den Konsum von Suchtmitteln ist die kriminalpolizeilich/verwaltungsbehördliche Meldung des Verdachts auf Verstoß gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welche bei Hinweisen auf Drogenkonsum den Bedarf einer gesundheitsbezogenen Maßnahme abklärt. In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung für Konsumierende – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ – gesetzlich vorgesehen.

Im Berichtsjahr wurde ein Erlass herausgegeben, der eine Klarstellung in Hinblick auf den Umgang mit cannabinoidhaltigen Extrakten bzw. Cannabidiol (CBD) und anderen Cannabinoiden in Lebensmitteln und kosmetischen Produkten zum Inhalt hat.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden in Österreich am häufigsten mit Cannabis statt (Prävalenz etwa 30–40 Prozent bei jungen Erwachsenen). Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von max. 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie max. 2 Prozent für Opioide und *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS). Generell beschränkt sich der Konsum illegaler Substanzen aber meist auf eine kurze Lebensphase. Ergebnisse von Abwasseranalysen in Innsbruck, Daten aus der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale und der Anstieg der Anzeigen wegen Kokain können als Indizien für einen steigenden Kokainkonsum in Österreich interpretiert werden.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der risikoreiche Drogenkonsum. Hier spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten die zentrale Rolle. Aktuelle Schätzungen zufolge konsumieren zwischen 35.000 und 38.000 Personen risikoreich Opioide, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka. Daten aus dem Drogenmonitoring deuten darauf hin, dass weniger junge Personen in einen risikoreichen Opioidkonsum einsteigen als in früheren Jahren. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen. Insgesamt zeigt sich eine Alterung der Population mit risikoreichem Opioidkonsum, die auf den chronischen Charakter der Opioid-Abhängigkeit wie auch diverse Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. Eine Analyse der Daten aus der Substitutionsbehandlung zeigt, dass sich die Zahl der betroffenen Personen, die 40 Jahre oder älter sind, seit dem Jahr 2000 auf über 7.000 Personen verzehnfacht hat.

Im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums ist auch auf eine Reihe von Todesfällen in Zusammenhang mit hochdosierten Ecstasy-Tabletten hinzuweisen. Zwar scheinen sich die Ecstasy-Konsummuster nicht geändert zu haben, der Konsum scheint aber aufgrund der oft unerwartet hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein. Hinsichtlich des besonders risikoreichen Gebrauchs synthetischer Opioide liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor.

Suchtprävention

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpräventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Substanzspezifische Aktivitäten bzw. Interventionen haben in den letzten Jahren vermehrt das Augenmerk auf legale Substanzen wie Alkohol und Tabak gerichtet. Präventive Maßnahmen sind in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Ausgebaut wurden Maßnahmen der selektiven Prävention, inklusive jener im Partysetting und im Bereich der Jugendarbeit. Multiplikatorenschulungen stehen weiterhin im Vordergrund der Präventionsbemühungen.

Suchtbehandlung

Grundsätzlich haben suchtkranke Personen den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Diese bieten ein breites Spektrum an Maßnahmen an, das Beratung hinsichtlich verschiedenster Aspekte, psychosoziale Betreuung und Behandlung, ambulante und stationäre arzneimittelgestützte Behandlung, ambulante und stationäre Entzugsbehandlung und verschiedene abstinenzorientierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten umfasst. Meist sind diese Angebote nicht spezifisch auf einzelne Substanzen oder Zielgruppen ausgerichtet, es gibt aber auch einzelne zielgruppenspezifische Maßnahmen, z. B. für Kokainkonsumierende, Cannabiskonsumierende oder drogenabhängige Frauen. Die Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung sind zunehmend auf integrierte Konzepte ausgerichtet, die regionale Vernetzung steht durchwegs im Vordergrund neuer Entwicklungen. Zunehmend werden auch E-Health-Angebote entwickelt. Qualitätssicherung erfolgt auf Basis gesetzlicher Vorgaben und Standards auf Bundes- bzw. Landesebene.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2018 geschätzt etwa 25.500 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil von ihnen (etwa 21.000 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.800 Personen). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 74 und 81 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf. Der Großteil jener Klientinnen/Klienten, die eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hat die österreichische Staatsbürgerschaft. Im Bereich der Suchtbehandlung ist besonders die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹ bei Personen mit Opioidproblematik hervorzuheben.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Im Jahr 2018 wurden auf Basis von Obduktionsbefunden 160 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 24 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2018 von 184 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen. Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle war im Jahr 2018 höher als im Jahr davor (154). Der Anteil der unter 25-Jährigen (18 %) ist im Vergleich zum Vorjahr etwas gestiegen (2017: 15 %). In der Steiermark startete im November 2018 Österreichs erstes Take-home-Naloxon-Projekt, zur Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen.

1

In-Treatment-Rate ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet.

2019 wurde eine Analyse der Todesursachen der in der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 erfassten verstorbenen Personen durchgeführt. Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente stellen mit 43 Prozent die häufigste Todesursache dar. Inkludiert sind hier sowohl tödliche Überdosierungen bei Personen mit bekannter Drogenabhängigkeit, aber auch z. B. Tod durch Hepatitis C, wenn die Infektion eindeutig auf i. v. Drogenkonsum zurückgeführt werden kann. Hepatitis/Lebererkrankung stellt mit insgesamt 11 Prozent den höchsten krankheitsbedingten Anteil.

Der Anteil HIV-infizierter intravenös Drogenkonsumierender bewegt sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre auf sehr niedrigem Niveau (2018: 0 % bis 9 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz intravenös Konsumierender ist seit Jahren annähernd gleichbleibend (2018: 0 % bis 25 %). Weiterhin ein gravierendes Problem bei intravenös Drogenkonsumierenden stellt die Hepatitis C dar, die sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau bewegt. Die Behandlungsmöglichkeiten HCV-infizierter Drogenkonsumierender werden weiter vorangetrieben. Zudem startete 2019 in Wien ein Projekt zur Hepatitis-C-Testung aller Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten.

Drogenmärkte und Drogendelikte

Im Jahr 2017 bezogen sich insgesamt 41.044 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG auf Suchtgifte, der größte Teil davon (31.491) betraf Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften. Weitere 457 Anzeigen bezogen sich auf psychotrope Stoffe. Die Zahl der Anzeigen betreffend den unerlaubten Umgang mit Suchtgift gem. § 27 SMG (37.458) überstieg jene betreffend den Suchtgifthandel bzw. die Vorbereitung von Suchtgifthandel gem. § 28 bzw. § 28a (in Summe 3.126) bei weitem. Die Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken (2017: 42.610). Cannabis allein oder in Kombination mit anderen Suchtmitteln macht rd. 77 Prozent (31.491) der angezeigten Substanzen aus, gefolgt von rd. zwölf Prozent in Bezug auf Kokain und Crack (4.872) und rd. sieben Prozent in Bezug auf Amphetamin sowie Heroin und Opiate. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Die Sicherstellungen von Suchtmitteln und NPS, die mittels Post und Schnelllieferdiensten versandt wurden, sind im Berichtszeitraum gestiegen, was auf eine verstärkte Tätigkeit der Sicherheitsbehörden im Bereich der virtuellen Drogenmärkte zurückzuführen ist.

Drogen und Haft

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. 4. 2019 befanden sich fast zehn Prozent (926 Personen) der Haftinsassen- in Substitutionsbehandlung. Bei Haftantritt wird der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status der Justizanstalt-Insassen erhoben, HCV-positive Insassen werden mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt bzw. routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen sind im österreichischen Strafvollzug nicht implementiert

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	X
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
POLITISCHE UND ADMINISTRATIVE RAHMENBEDINGUNGEN	3
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1 Zusammenfassung.....	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	14
1.3 Neue Entwicklungen.....	16
1.4 Zusätzliche Informationen.....	17
1.5 Quellen und Methodik.....	17
1.6 Bibliografie	18
1.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	20
1.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	20
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	21
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.1 Zusammenfassung.....	23
2.2 Aktuelle Situation.....	24
2.2.1 Rechtliche Regelungen	24
2.2.2 Umsetzung	34
2.3 Trends.....	37
2.4 Neue Entwicklungen.....	43
2.5 Zusätzliche Informationen.....	45
2.6 Quellen und Methodik.....	46
2.7 Bibliografie	47
2.8 Zitierte Bundesgesetze.....	48
2.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	50
2.10 Anhang.....	51
DROGENKONSUM.....	53
3 Drogenkonsum.....	55
3.1 Zusammenfassung.....	55
3.2 Cannabis	57
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	57
3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	60
3.3 Stimulanzien.....	62
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	62
3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	64
3.4 Heroin und andere Opioide	68
3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	68
3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	72

3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	73
3.5.1	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	73
3.6	Neue Entwicklungen.....	74
3.7	Quellen und Studien.....	75
3.7.1	Quellen	75
3.7.2	Studien	77
3.8	Bibliografie und Anhang.....	80
3.8.1	Bibliografie	80
3.8.2	Anhang.....	85
SUCHTPRÄVENTION		95
4	Suchtprävention.....	97
4.1	Zusammenfassung.....	97
4.2	Aktuelle Situation.....	98
4.2.1	Strategien und Organisation.....	98
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	104
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	104
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	106
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	111
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	113
4.2.3	Qualitätssicherung	115
4.3	Trends.....	117
4.4	Neue Entwicklungen.....	118
4.5	Quellen und Methodik.....	121
4.6	Bibliografie	122
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	124
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	124
4.9	Anhang.....	125
DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG		127
5	Drogenbezogene Behandlung	129
5.1	Zusammenfassung.....	129
5.2	Aktuelle Situation.....	131
5.2.1	Strategien und Koordination.....	131
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	134
5.2.3	Schlüsseldaten	137
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	144
5.2.5	Qualitätssicherung	155
5.3	Trends.....	158
5.4	Neue Entwicklungen.....	161
5.5	Quellen und Methodik.....	163
5.6	Bibliografie	164
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	166
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	166
5.9	Anhang.....	167
GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN		175
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	177
6.1	Zusammenfassung.....	177

6.2	Aktuelle Situation.....	178
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	178
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	185
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	186
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	191
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	192
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	198
6.2.7	Qualitätssicherung	199
6.3	Neue Entwicklungen.....	199
6.4	Zusätzliche Information	201
6.5	Quellen und Methodik.....	202
6.6	Bibliografie	206
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	208
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	209
6.9	Anhang.....	209
DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE		213
7	Drogenmärkte und Drogendelikte	215
7.1	Zusammenfassung.....	215
7.2	Aktuelle Situation.....	216
7.2.1	Drogenmärkte.....	216
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	222
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	223
7.3	Trends.....	225
7.4	Neue Entwicklungen.....	233
7.5	Quellen und Methodik.....	233
7.6	Bibliografie	234
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	234
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	235
7.9	Anhang.....	236
HAFT		245
8	Haft.....	247
8.1	Zusammenfassung.....	247
8.2	Aktuelle Situation.....	248
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	248
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	252
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	252
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	255
8.3	Trends.....	257
8.4	Neue Entwicklungen.....	258
8.5	Quellen und Methodik.....	259
8.6	Bibliografie	260
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	263
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	264
8.9	Anhang.....	265

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1: Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer.....	8
Tabelle 1.2: Suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer	9
Tabelle 1.3: Ausgaben des österreichischen BMVRDJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2009 bis 2017	15
Tabelle 2.1: Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG.....	28
Tabelle 2.2: Alternativen zur Bestrafung laut SMG	30
Tabelle 2.3: Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Geschlecht und Altersgruppe, 2018.....	35
Tabelle 2.4: Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011–2018*	36
Tabelle 2.5: Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012–2018.....	37
Tabelle 3.1: Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2018	65
Tabelle 5.1: Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)	137
Tabelle 5.2: Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2018 (Schätzung)	138
Tabelle 5.3: Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen/Ärzte und Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2018.....	150
Tabelle 5.4: Anzahl der dem BMASGK für das Jahr 2018 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern.....	152
Tabelle 6.1: Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2018	187
Tabelle 6.2: Verfügbarkeit der im Rahmen der Schadensminimierung zu Spritzen ausgegebenen Safer-Use-/ Safer-Sex-Utensilien in Österreich	194
Tabelle 7.1: Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2018	217

Tabelle 7.2: Reinheit (in % od. mg) und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2018.....	218
Tabelle 7.3: Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro) 2018.....	221
Tabelle 7.4: Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gem. § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gem. § 5 StVO, 2014–2018.....	223
Tabelle 7.5: Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich 2009–2018	227
Tabelle 7.6: Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2009–2018	227
Tabelle 7.7: Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2009–2018.....	228
Tabelle 7.8: Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl, 2014–2018.....	232
Tabelle 8.1: Justizanstalten in Österreich, Stand 9. April 2019	249
Tabelle 8.2: Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 zum Stichtag 1. April	251
Tabelle A2.1: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2009–2018	51
Tabelle A2.2: Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe, 2018*	51
Tabelle A2.3: Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2018*.....	52
Tabelle A2.4: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2009–2018	52
Tabelle A3.1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich, 2005 bis 2017.....	85
Tabelle A3.2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2018	88
Tabelle A3.3: Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD–10 in Österreich (absolut)	90

Tabelle A3.4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)	91
Tabelle A3.5:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	92
Tabelle A3.6:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)	93
Tabelle A5.1:	Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart	167
Tabelle A5.2:	Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	168
Tabelle A5.3:	Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent)	169
Tabelle A5.4:	Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	170
Tabelle A5.5:	Über 25-Jährige, die im Jahr 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	171
Tabelle A5.6:	Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart	172
Tabelle A5.7:	Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)	173
Tabelle A6.1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2009–2018	209
Tabelle A6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2009–2018, nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	210
Tabelle A6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2009–2018, nach Bundesland (absolut)	210
Tabelle A6.4:	Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion) 2009–2018	211

Tabelle A6.5: Anteil der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion) 2009–2018	211
Tabelle A6.6: Entwicklung der festgestellten Substanzen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2009–2018, in Prozent	212
Tabelle A6.7: Sprizentausch und –verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2018	212
Tabelle A7.1: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Ersttäterinnen/–tätern und Wiederholungstäterinnen/–tätern, 2009–2018	236
Tabelle A7.2: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2009–2018	236
Tabelle A7.3: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2010–2018	237
Tabelle A7.4: Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue–Psychoaktive–Substanzen–Gesetz nach Bundesland 2012–2018	237
Tabelle A7.5: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2009–2018	238
Tabelle A7.6: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2018	239
Tabelle A7.7: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2009–2018	240
Tabelle A7.8: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, nach Menge, 2009–2018	241
Tabelle A7.9: Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Ecstasy“ (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2009–2018	242
Tabelle A7.10: Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristallform) gekauften Proben, in Prozent, 2009–2018	243
Tabelle A7.11: Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Speed“ (Amphetamin) gekauften Proben 2009–2018	244

Tabelle A8.1:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2019	266
Tabelle A8.2:	Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. April 2019.....	267

Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	13
Abbildung 2.1:	Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, 2009–2018	38
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2009–2018	39
Abbildung 2.3:	Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2009–2018*	40
Abbildung 2.4:	Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG gesundheitsbezogene Maßnahme, nach behandlungsrelevantem Konsum, 2018	41
Abbildung 2.5:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis in Prozent, nach Bundesland, 2018	42
Abbildung 2.6:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioide in Prozent, nach Bundesland, 2018	43
Abbildung 3.1:	Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3–Jahresprävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring und drei österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe)	58
Abbildung 3.2:	Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)	59
Abbildung 3.3:	Stimulanzien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2018	62
Abbildung 3.4:	Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, 3–Jahresprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz).....	63
Abbildung 3.5:	Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)	64
Abbildung 3.6:	Stimulanzienkonsum: Anteil der vorwiegenden Einnahmeform pro Altersgruppe und Droge bei Personen, die im Jahr 2018 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben	67

Abbildung 3.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf.....	69
Abbildung 3.8:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	70
Abbildung 3.9:	Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000-2018 (gleitender Mittelwert).....	71
Abbildung 3.10:	Anteile der Heroineinnahmeformen* pro Altersgruppe bei Personen, die im Jahr 2018 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (n = 1.412)	72
Abbildung 3.11:	checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2018	73
Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	138
Abbildung 5.2:	Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2018.....	139
Abbildung 5.3:	Anteil der Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	140
Abbildung 5.4:	Leitdroge(n) der Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung	141
Abbildung 5.5:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2018).....	142
Abbildung 5.6:	Personen, die sich 2018 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung	143
Abbildung 5.7:	Versorgungspraxis der Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2018.....	151
Abbildung 5.8:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/-innen nach Bundesländern (31. 12. 2018).....	152
Abbildung 5.9:	Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2018.....	153
Abbildung 5.10:	Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2018	154
Abbildung 5.11:	Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt* 2015-2018	155

Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioid und Cannabis (hierarchische Definition) 2009–2018	158
Abbildung 5.13:	Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2008–2018	159
Abbildung 5.14:	Absolutanzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter 2000, 2006, 2012 und 2018 in Österreich	160
Abbildung 5.15:	Opioidabhängige Personen nach Integration in Substitutionsbehandlung 1999–2017	161
Abbildung 6.1:	Todesursachen der 1.526 verstorbenen Personen aus der Mortalitätskohortenanalyse Substitutionsbehandlungen 2018	182
Abbildung 6.2:	Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2008–2018.....	183
Abbildung 6.3:	Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2008–2018	184
Abbildung 6.4:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2018	185
Abbildung 6.5:	HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2018	187
Abbildung 6.6:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie, 2000–2018.....	189
Abbildung 6.7:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2018 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 521)*	190
Abbildung 6.8:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien, 2014–2018	193
Abbildung 7.1:	Beinhaltete NPS in den Analyseergebnissen von checkit!, gesamt, unerwartet und erwartet, 2010–2018	220
Abbildung 7.2:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich 2009–2018	226
Abbildung 7.3:	Durchschnittliche Reinheit von Cannabisharz und Cannabiskraut in Österreich in Prozent THC 2009–2018.....	228
Abbildung 7.4:	Anteil der bei checkit! analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2011–2018.....	229

Abbildung 7.5:	Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen, 2009–2018	230
Abbildung 7.6:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes 2009–2018	231

Abkürzungen

3-MMC	3-Methylmethcathinon
5F-ADB	5F-MDMB-PINACA
6-MAM	6-Monoacetylmorphin
ADB-Fubinaca	N-(1-Amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide; synthetisches Cannabinoid
Abs	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
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
Alpha-PHP	α -Pyrrolidinohexiophenon
AMS	Arbeitsmarktservice
ÄndG	Änderungsgesetz
ANS-OST	Angehörige. Netzwerk. Sucht. Ostösterreich
anti HBC	Hepatitis-B-Virus-core-Antikörper (gesamt)
anit HBs	Hepatitis-B-Virus-surface-Antikörper (Oberflächenmerkmale)
APA	Aktionsplan Alkohol
ART	antiretrovirale Therapie
ARV	antiretroviral
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
b.a.s.	betrifft Abhängigkeit und Sucht
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (seit Januar 2018)
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMDW	Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Juli 2016 – Dezember 2017)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz (bis Dezember 2017)

BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMNT	Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus
BMOEDS	Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
bPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
BZP	1-Benzylpiperazin
bzw.	beziehungsweise
CBD	Cannabidiol
CND	Commission on Narcotic Drugs
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
DAA	direct acting antivirals
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
d. h.	das heißt
D-Health	Digital Health
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOT	directly observed therapy
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dt. EBDD)
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
ECTS	Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (engl. European Credit Transfer and Accumulation System)
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EG	Europäische Gemeinschaft
E-Health	Electronic Health
EKO	Erstattungskodex
EPPIC	Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use in Criminal Justice Systems
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al.	et alii (dt. und andere)
EU	Europäische Union
EWS	Early Warning System
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheingesetz
GBL	Butyro-1,4-lacton
GBP	gemeinnütziges Beschäftigungsprojekt
gem.	gemäß
GFPR	Gesundheitsförderung und Prävention
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure

GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glücksspielgesetz
GZ	Geschäftszahl
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-surface-Antigen (Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-PCR	HCV Polymerase Chain Reaction
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
Hg./Hrsg.	Herausgeber
HiAP	Health in All Policies
HIV	human immunodeficiency virus
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ID	Identification/Identifikation
idgF	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
i. v.	intravenös
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
J.	Jahre
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JGG-ÄndG	Jugendgerichtsgesetz-Änderungsgesetz
JUKUS	Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport
K	Kärnten
kg	Kilogramm
KPSD	Koordinator/-in für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
LDS	low dead space (Spritzen)
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
männl.	männlich
max.	maximal
MDA	<u>3,4-Methylendioxyamphetamin</u>
MDE	<u>3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin</u>
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamin
mg	Milligramm
min.	mindestens
MMC	Methylmethcathinon
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
NMS	Neue Mittelschule

NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
o. J.	ohne Jahr
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
ORF	Österreichischer Rundfunk
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OST	opioid substitution treatment/therapy, Opioid-Substitutionsbehandlung/ Opioiderhaltungstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
piB	Prävention in Betrieben
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
PV	Psychotropenverordnung
PVP	Pyrrolidinovalerophenon
rd.	rund
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SAG	Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe
SB	Suchtbeauftragte(r)
SCORE	Sewage analysis CORE group – Europe
SCHILF	schulinterne Fortbildung
SDB	Beauftragte(r) für Sucht- und Drogenfragen
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SGG	Suchtgiftgesetz
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SöB	sozialökonomischer Betrieb
SQA	Schulqualität in der Ausbildung

ST	standard table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
SVR-Rate	Sustained Virological Response-Rate
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	treatment demand indicator
TEDI	Trans European Drugs Information
THC	Tetrahydrocannabinol
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz
TPHA	Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay
UE	Unterrichtseinheit(en)
U-Haft	Untersuchungshaft
UK	United Kingdom
UMF	unbegleiteter minderjähriger Flüchtling
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
vs.	versus/gegenübergestellt
W	Wien
WAVM	Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organization

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 24. Mal den Bericht zur Drogensituation vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des BMASGK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene, mit Fachleuten und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich vorwiegend mit dem Bereich illegale Drogen und dient sowohl dem BMASGK als nationaler Bericht über die österreichische Situation als auch als österreichischer Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points aller EU-Mitgliedstaaten und – Beitrittskandidatenländer nach einer seitens der EMCDDA vorgegebenen Struktur (Guidelines) verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für die Europäischen Drogenberichte und den Country Drug Report für Österreich der EMCDDA dar.

Der Aufbau des Berichts zur Drogensituation orientiert sich an den seit 2015 geltenden Guidelines der EMCDDA, die den Bericht in einzelne thematische Workbooks gliedern. Diese beinhalten jeweils ein eigenes Inhaltsverzeichnis, eine Zusammenfassung, eine Bibliografie und teilweise einen Anhang. Der Abschnitt „Aktuelle Situation“ gibt einen Überblick über die vorhandenen suchtpolitischen Rahmenbedingungen, Strukturen, Maßnahmen und die derzeit vorliegende epidemiologische Situation (Routinedaten aus der Statistik des Vorjahrs). Im Sinne einer Fortführung der bisherigen Gepflogenheit werden die Workbooks zu einem Gesamtbericht zusammengefügt.

Der vorliegende Bericht baut auf den vorhergegangenen Berichten zur Drogensituation auf und verweist daher auf ausführlichere Beschreibungen in diesen. Ergänzend dazu werden jährlich *Standard Tables* ausgefüllt, die in das *Statistical Bulletin* der EMCDDA² einfließen. Die in Österreich vorhandenen Strukturen und die Fülle gesetzter Maßnahmen werden durch Beispiele illustriert. Diese Auswahl veranschaulicht u. a. möglichst breit umgesetzte oder innovative Projekte, Ansätze für neue Zielgruppen und stellt keine Bewertung dar.

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielzahl von Informationen und Daten erstellt, die der GÖG von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt worden waren. Von besonderer Bedeutung sind die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinationsstellen übermittelten bundesländerspezifischen Informationen wie auch die vom BMI, BMI/.BK und BMVRDJ bereitgestellten Daten und Informationen. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten für Teile 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 darstellen.

2

Zu finden unter: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en (Zugriff am 5. 7. 2019)

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	14
1.3	Neue Entwicklungen.....	16
1.4	Zusätzliche Informationen.....	17
1.5	Quellen und Methodik.....	17
1.6	Bibliografie	18
1.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	20
1.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	20

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

Wirkungsorientierung ist zwar ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich, externe Evaluierungen von Strategien – und somit auch von sucht-/drogenpolitisch relevanten Bestimmungen – finden jedoch selten statt. Allerdings werden Arbeitsgruppen bezüglich verschiedener Aspekte eingerichtet, die auf Basis vorhandener Dokumentationssysteme und Erfahrungen Empfehlungen für eine Weiterentwicklung von Suchtprävention und Suchthilfe erstellen.

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

Über öffentliche Ausgaben für die Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die in der Europäischen Union (EU) forcierte COFOG-Klassifizierung³ nicht vollständig umgesetzt wird und drogen- bzw. suchtspezifische

3

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.

Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden. Eine aktuelle Erhebung der österreichweiten Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) der öffentlichen Hand beziffert die Gesamtausgaben für Suchtprävention mit 7,3 Mio. Euro im Jahr 2016 (BMASGK 2019).

Neue Entwicklungen

Auf Bundeslandebene ist festzustellen, dass die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung zunehmend gemeinsam gedacht werden. Dies ist an strukturellen Zusammenlegungen und gemeinsamen Planungsschritten von Sucht und Psychiatrie zu beobachten.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische **Bundesdrogenpolitik** bilden das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112) und das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl I 2011/146) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen (vgl. Kapitel 2) sowie die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie*⁴ (BMG 2015). Damit sind im Wesentlichen die Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festgelegt. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass eine möglichst suchtfreie Gesellschaft als Ziel definiert wird. Sucht ist als Erkrankung anerkannt, zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel wird unterschieden. Das österreichweit angewandte Prinzip „Therapie statt Strafe“ wird von der EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EBDD) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und stellt neben der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie den *Gesundheitszielen Österreich* (BMGF 2017) eine weitere, dem Prinzip *Health in All Policies* folgende, bundesweite Strategie dar. Die Suchtpräventionsstrategie bildet einen Orientierungsrahmen für alle zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung und stellt die Gesundheitsperspektive in den Mittelpunkt. Die Bedeutung eines möglichst breiten Maßnahmenspektrums wird hervorgehoben. Für den Bereich *illegale Drogen* wird betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung haben: Personen, die gewerbsmäßigen illegalen

4

<https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/5/5/4/CH4003/CMS1453460318602/suchtpraeventionsstrategie.pdf> (Zugriff: 12. 7. 2019)

Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Es soll ein diversifiziertes Maßnahmenangebot von der Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitliche Rehabilitation bis zu beruflicher und sozialer Integration zur Verfügung gestellt werden. Neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels sind sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen zur Förderung der subjektiven und objektiven Sicherheit der Bevölkerung einzusetzen.

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den **Bundesländern** bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Sucht-/Drogenstrategien, in denen die sucht-/drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind. Die erste Drogenstrategie eines Landes wurde im Jahr 1980 in Vorarlberg beschlossen, die letzte in Oberösterreich im Jahr 2002. Einige dieser Strategien wurden in den letzten Jahren aktualisiert und ergänzt (vgl. Tabelle 1.1). Auf die jeweiligen Ziele und Prioritäten der verschiedenen Maßnahmenbereiche (Prävention, Behandlung etc.) wird in den Kapiteln 4, 5 und 6 genauer eingegangen. Generell soll hervorgehoben werden, dass sich alle Strategien an einem ausgewogenen Ansatz zwischen gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen zur Reduktion von Angebot und Nachfrage orientieren. Prävention nimmt überall einen wichtigen Stellenwert ein (vgl. ÖBIG 2001).

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag⁵ *Zielsteuerung-Gesundheit 2017* enthält erstmals einen Hinweis auf das Thema Sucht. So sollen beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden, und eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe wird angestrebt. Abgesehen davon wird auf die Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* verwiesen.

5

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag haben Bund, Länder und Sozialversicherung ein gemeinsames Zukunftsbild und handlungsleitende Prinzipien festgehalten, wie das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln ist. Daraus werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstruktur, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele abgeleitet, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden.

Tabelle 1.1:

Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	(erstmalig erstellt) aktualisiert im Jahr	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Struktur
national	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	BMGF	illegale Drogen, NPS, psychotrope Medikamente, Tabak, Alkohol, Glücksspiel, andere Verhaltenssüchte, Doping/Neuro-Enhancement	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	(1995) 2011	Landessuchtplan Kärnten 2011–2016	Amt der Kärntner Landesregierung	illegale Substanzen, legale Substanzen, Verhaltenssüchte	Versorgungsstruktur, Jugend, Alter, Qualität
NÖ	(2000) 2016	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	illegale Substanzen, legale Substanzen, stoffungebundene Suchtformen	Grundlagen, Ziele, Maßnahmen (nach Suchtformen, Interventionsfeldern wie Beratung, Behandlung und Schadensminimierung sowie spezifischen Zielgruppen)
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirats	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	(1999) 2016	Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020	Arbeitsgruppe mit Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	illegale Substanzen, legale Substanzen, Medikamente, Glücksspiel u. a., Verhaltenssüchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung; integrierte Versorgung in den Regionen
St	(2000) 2012	Die neue Steirische Suchtpolitik	Amt der Steiermärkischen Landesregierung	illegale Substanzen, legale Substanzen, psychoaktive Medikamente, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen, Produkte zur Optimierung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	(1993) 2012	Tiroler Suchtkonzept 2012	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Suchtformen	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Nachsorge; strukturelle Neuorientierung der Suchthilfe; Kooperation mit nationaler Ebene; Forschung und Weiterbildung
V	(1980) 2002	Vorarlberger Drogenkonzept 2002	Suchtkoordination und Drogenbeauftragte(r)	illegale Substanzen	Prävention, therapeutischer Bereich, Substitution, Rehabilitation, Bildungsoffensive
W	(1999) 2013	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

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

Quellen: ÖBIG 2000, SDW 2013, Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011), Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2012), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Land Salzburg (2016), Amt der Kärntner Landesregierung (1995), Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002), BMG 2015

Die nationale *Sicherheitsdoktrin 2017–2020* des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2017) bezieht sich nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit, sondern referenziert vielmehr auf die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen (Handlungsfeld 3). Der operative Schwerpunkt liegt hier auf der „Bekämpfung der niederschweligen Massendelikte“, unter denen u. a. Suchtmitteldelikte subsumiert sind. Erwähnt wird in dieser Strategie auch die Kriminalprävention, unter die Jugendpräventionsprogramme im Bereich der Gewalt- und Suchtprävention zu zählen sind (BMI/.BK 2017, vgl. Kapitel 4).

Das Verkehrssicherheitsprogramm zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält auch einige wenige Bezüge zum Thema Drogen (BMVIT 2016).

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es auf nationaler Ebene keine weiteren spezifisch auf einzelne Suchtformen bezogenen Strategien. Im Gegensatz dazu haben teilweise einzelne Bundesländer Strategien zum Thema Alkohol, Tabak oder Glücksspiel entwickelt (siehe Tabelle 1.2). Die Rahmenbedingungen zum Thema legale Suchtmittel werden im Wesentlichen durch die Gesetzgebung (z. B. das nationale Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz TNRSKG, länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert. Mit 1. 1. 2019 trat eine bundesweite Harmonisierung der länderspezifischen Jugendschutzgesetze, jetzt Jugendgesetze, in Kraft. Angehoben wurde dabei u. a. das Mindestalter in Bezug auf das Rauchen und auf Erwerb, Besitz und Konsum gebrannten Alkohols von 16 auf 18 Jahre (vgl. Kapitel 4).

Tabelle 1.2:
Suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer

inhaltlicher Fokus	Bundesland	Titel	Weblink
Alkohol	Steiermark	Aktionsplan Alkohol „Weniger Alkohol, mehr vom Leben“	http://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention
	Wien	Gesamtkonzept für die integrierte Versorgung von Menschen mit Alkoholerkrankung: „Alkohol. Leben können.“	https://www.alkohol.at
	Salzburg	„Alkohol. Leben können.“	---
	NÖ	„Alkohol. Leben können.“: Adaptierungs- und Implementierungsgespräche laufen	---
	Kärnten	„Alkohol. Leben können.“: Implementierung ist geplant	---
Tabak	Kärnten	Tabakpräventionsstrategie	http://kaernten-rauchfrei.at
	Steiermark	Tabakpräventionsstrategie	http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf
Glücksspiel	Steiermark	Gesamtpaket Glücksspiel	www.fachstelle-gluecksspielsucht.at

Quelle: GÖG

Relevant für den Suchtbereich sind auch **Strategien auf Bundes- oder Landesebene**, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich beziehen. Aus der Fülle dieser Strategien sind die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie die *Gesundheitsziele Österreich* (BMGF 2017) bzw.

der *Zielsteuerungsprozess Gesundheit*⁶, die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMG 2014) und der Aktionsplan Frauengesundheit (BMASGK 2018) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen (vgl. u. a. Weigl et al. 2017). Weitere, v. a. für den Bereich Behandlung relevante Dokumente sind z. B. die Struktur- und Psychiatriepläne, die es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt (vgl. Abschnitt 1.3). Generell ist festzustellen, dass das Thema Sucht zunehmend einem ganzheitlichen Ansatz folgt und in Richtung einer integrativen Versorgung gedacht wird.

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Nur einzelne Sucht-/Drogenstrategien sehen explizit eine Evaluation der Strategie bzw. der darin genannten Maßnahmen vor. Wirkungsorientierung ist jedoch ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich. Daher gibt es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene unterschiedlich umfangreiche und vielfältige Monitoring-Systeme, die u. a. eine Beobachtung der Drogensituation zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht-/Drogenhilfesysteme und -strategien dienen. In diesem Sinne werden durchaus interne Evaluationen durchgeführt, zusätzlich werden vereinzelt auch externe Evaluationen in Auftrag gegeben. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* nennt Evaluation und Qualitätskontrolle als unverzichtbare Steuerungsinstrumente. Die Erhebung von Routinedaten und Monitoring dienen dabei als Hintergrund für (versorgungsrelevante) Fragestellungen (BMG 2015).

In Vorarlberg wurde die aktuelle Versorgungs- und Kooperationssituation von schwer psychisch und suchtkranken Menschen mit hohem Auffälligkeitspotenzial erhoben. Auf Basis von Ergebnissen aus fachbereichs- und systempartnerübergreifender Workshops mit Leistungserbringern und Fördergebern und einer Evaluation von 1.062 Einzelfällen ist derzeit ein Instrument zur Erhebung von „Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen“ in Erarbeitung. Des Weiteren wurden Empfehlungen für Leistungserbringer und Fördergeber abgeleitet: regelmäßige Schulungen der Mitarbeiter/-innen in den Einrichtungen, verbindliche Zusammenarbeit (bereichsübergreifend), Klärung von Zuständigkeiten, Orientierung am tatsächlichen Hilfsbedarf und weniger an Diagnosen, Flexibilisierung/Neuausrichtung Reha-Programme/Pflegeheimkonzepte, fachbereichsübergreifende Wohnplatzfinanzierungen, Neuausrichtung der PflegegeldEinstufung mit stärkerer Berücksichtigung der Einschränkungen durch psychiatrische bzw. suchtspezifische Krankheitssymptome (Blatter & Bliem 2018, siehe Kapitel 6).

6

Mehr Informationen unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017 (Zugriff am 8. 7. 2019)

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

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

Für die begleitende Koordination der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* ist das BMSGK zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik – wie bisher auch – Abstimmung sowohl auf Bundesebene mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen als auch mit den Bundesländern, aber auch Abstimmung auf europäischer Ebene sowie mit internationalen Gremien (EMCDDA, UNODC).

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

Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt. In der Steiermark kommt dem *Forum Suchtpolitik* eine beratende Funktion zu. Suchtbeiräte wurden auch in anderen Bundesländern zusätzlich eingerichtet. In Tirol besteht stattdessen zur fachlichen Beratung ein *Beirat für psychosoziale Versorgung*, der neben den Bereichen Psychiatrie und Psychotherapie das Thema Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen abdeckt.

In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene

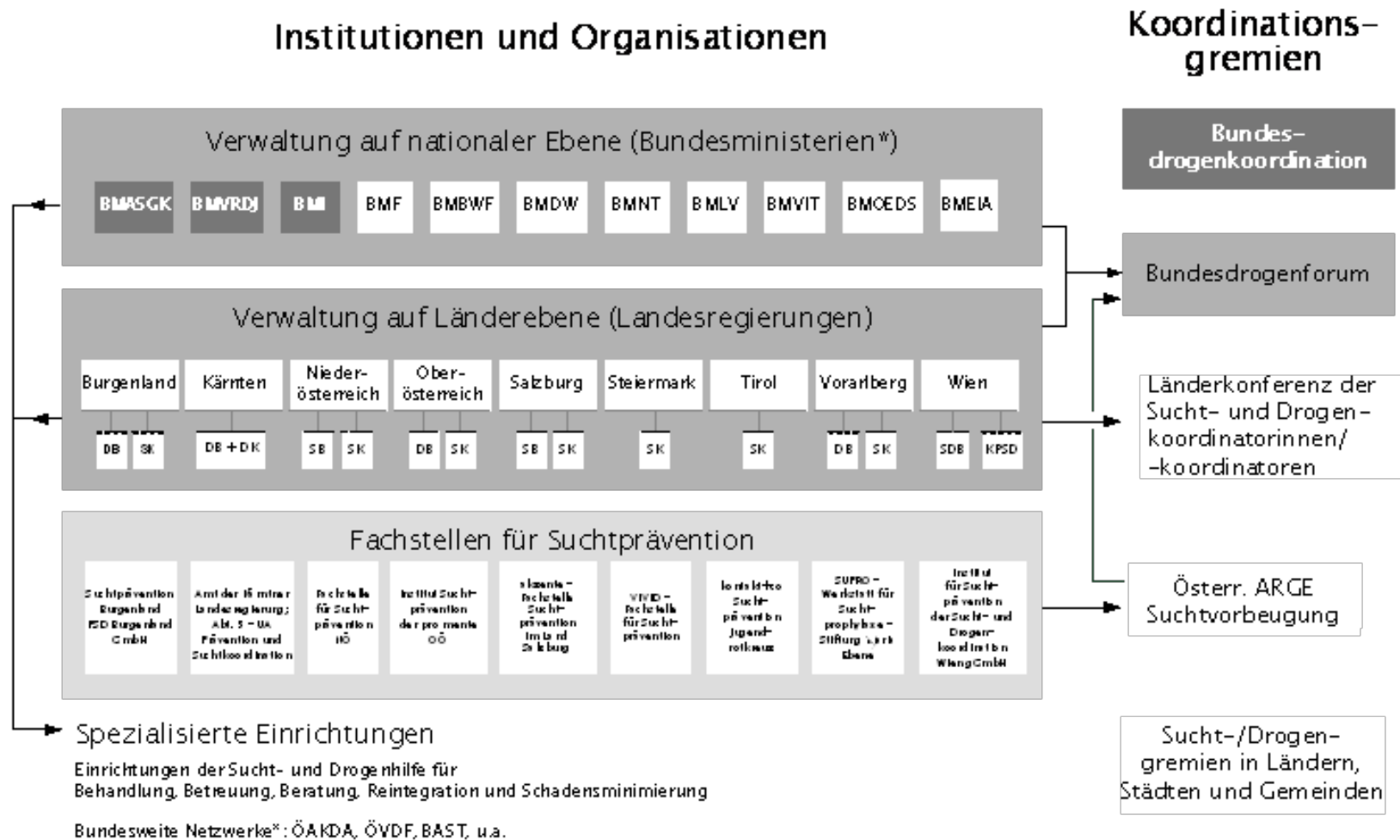
binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder einzeln oder gemeinsam ein (z. B. Arbeitsgruppe SAG⁷ und Drogenfachgremium in der Steiermark), darüber hinaus existieren z. B. Suchtmittelbeiräte auf Gemeinde- oder Bezirksebene. In Salzburg gibt es beispielsweise für den Bereich Suchtprävention settingspezifische Steuerungsgruppen (für Schule, Familie – inkl. außerfamiliärer Kinderbetreuung – sowie Jugend in Beruf und Freizeit), die gemeinsam mit der Suchtkoordination entsprechende Maßnahmen planen.

Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtvorbeugung, diese sind in der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* miteinander vernetzt. Die erste Fachstelle wurde im Jahr 1993 in Vorarlberg gegründet (vgl. Kapitel 4).

7

SAG: Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



*siehe Abkürzungsverzeichnis

Quelle und Darstellung: GÖG

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Prozesse relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele bzw. der Gesundheitsförderungsstrategie begleitet⁸. Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise hat die Funktion einer Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung inne und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen. Eine dieser Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit dem Thema *Sucht- und Suchttherapie* (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). In Tirol hat der *Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol* die Aufgabe der Beratung der Tiroler Landesregierung und des Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und das Thema Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen (Grüner, p. M.; siehe auch Abschnitt 1.3).

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ durch Justizressort bzw. Förderung für §-15-SMG-Einrichtungen durch das 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 umfassenden und systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind lediglich die Ausgaben des Justizministeriums für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubs nach § 39 SMG, bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Tabelle 1.3 zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben der letzten Jahre. Für das Jahr 2018 sind zu Redaktionsschluss noch keine Zahlen verfügbar.

8

Mehr Information unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at> (Zugriff am 12. 7. 2019)

Tabelle 1.3:

Ausgaben des österreichischen BMVRDJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2009 bis 2017

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aufwand in Millionen Euro	7,03	8,54	8,77	8,46	7,71	7,71	8,44	8,41	8,10

Quelle: BMVRDJ 2018, Darstellung: GÖG

Eine Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) der öffentlichen Hand wurde für das Datenjahr 2016 durchgeführt (BMASGK 2019). Die öffentliche Hand – also Bund, inkl. des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), der Bundesländer, Städte und Gemeinden sowie der Sozialversicherung – gab 2016 insgesamt 2.441,3 Mio. Euro für Gesundheitsförderung und Prävention aus, das entspricht 280,60 Euro pro Kopf der Bevölkerung. Unter Weglassung der Tertiärprävention⁹ (rund 70 % der GFPR-Ausgaben) ergibt sich eine Gesamtsumme von 899,4 Mio. Euro bzw. Pro-Kopf-Ausgaben von 103,40 Euro. Der Anteil für Primärprävention liegt bei 13,5 Prozent (296,6 Mio. Euro) und jener für Sekundärprävention bei 13,2 Prozent (290,8 Mio. Euro). Sonstige Ausgaben beziehen sich auf die Verbesserung von Strukturen und auf Gesundheitsförderung.

Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen werden für das Jahr 2016 in Summe mit 7.250.562 Euro beziffert (rund 2,5 % der Gesamtausgaben für Primärprävention). Die Ausgaben werden überwiegend von den Bundesländern getragen (6,2 Mio. Euro¹⁰), die Ausgaben der Sozialversicherung (rund 480.000 Euro), der Gemeinden (rund 380.000 Euro) und des Bundes (rund 160.000 Euro) sind vergleichsweise gering. Die Länder finanzieren mit ihren Ausgaben vorrangig die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Auch Mittel des Bundes und ein Teil der Gemeindemittel wurden für die Fachstellen für Suchtprävention ausgegeben. Ein Großteil der Mittel der Sozialversicherung in diesem Bereich wurde im Rahmen der Tabakprävention ausgegeben. Die Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen stagnieren im Vergleich zu vorangegangenen Erhebungen.

Der Bund förderte zudem Einrichtungen/Beratungen für die Behandlung und Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch nach § 16 SMG.

9

Darunter fallen u. a. die medizinische Rehabilitation und Gesundheitsfestigung, Kuren bzw. Gesundheitsvorsorge wie auch Maßnahmen für pflegebedürftige Menschen. Den Großteil dieser Ausgaben trägt die Sozialversicherung.

10

Dies entspricht rund 3,8 Prozent der gesamten GFPR-Ausgaben der Bundesländer.

1.3 Neue Entwicklungen

In den Bundesländern ist festzustellen, dass die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung zunehmend gemeinsam gedacht und in regionalen Strukturplänen integriert dargestellt werden (u. a. RSG 2020 Kärnten¹¹, RSG 2025 Steiermark¹²). Dies zeigt sich beispielsweise am *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025*, das auch den Bereich der Suchterkrankungen umfasst (Land Vorarlberg 2014). In Wien wurde ein Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen neu bestellt, der in dieser Funktion auch für die Planung, Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Wien verantwortlich ist (SDW 2019).

In der Steiermark wurde im Dezember 2018 im Rahmen eines Landtagsbeschlusses das steiermärkische Gesundheitsfondsgesetz geändert. Die Agenden der Suchtkoordinationsstelle des Landes Steiermark wurden dabei von diesem¹³ dem Gesundheitsfonds übertragen. Die Suchtkoordination wird aufgrund der thematischen Nähe enger mit der Psychiatriekoordination zusammenarbeiten. Sanitätsbehördliche Aufgaben wie auch diverse Begutachtungsverfahren im Rahmen der Bundes- und Landesgesetzgebung verbleiben in der Gesundheitsbehörde des Landes (Cichy, p. M.).

In Tirol tagte der *Beirat für psychosoziale Versorgung* im Jahr 2018 einmal, es wurden vier Arbeitsgruppen gebildet, die u. a. die Erstellung bzw. Überarbeitung themenspezifischer Konzepte zum Ziel haben: die AG Sucht mit den Schwerpunkten Alkoholambulanz, Alter und Sucht, Wohnstruktur für konsumierende Jugendliche inkl. des konsiliarischen Dienstes), die AG seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, die AG gesellschaftliche Teilhabe und die AG Integrierte Versorgung – Case- und Caremanagement (Grüner, p. M.; siehe Abschnitt 1.2.3).

Auf Bundesebene wurde die Bundesdrogenkoordination neu besetzt, und sowohl in der Steiermark als auch im Burgenland wurden neue Suchtkoordinatorinnen bestellt.

Aktuell laufen Erhebungen im Rahmen eines Bedarfs- und Entwicklungsplans zur Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-Stmk)¹⁴ mit dem Ziel, eine gleichwertige, qualitätsgesicherte, am Bedarf der Betroffenen ausgerichtete Versorgung in allen sechs Versor-

11

https://www.gesundheitsfonds.at/images/downloads/RSG_K%C3%A4rnten_-_L-ZK_Beschluss_18_06_2015.pdf und https://www.gesundheitsfonds.at/images/Psychosoziale_Versorgung_K%C3%A4rnten_nach_RSG_Gesundheit_2020_final_LZK.pdf (Zugriff 12. 7. 2019)

12

http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/dokumente/12591553_72575812/134717a7/RSG%202025.pdf (Zugriff 12. 7. 2019)

13

Land Steiermark, Fachabteilung 8, Gesundheit, Pflege und Wissenschaft

14

<http://epig.at/sites/default/files/2019-07/zur%20Pr%C3%A4sentation.pdf> (Zugriff: 5. 7. 2019)

gungsregionen sicherzustellen. Analysiert werden zudem Versorgungspfade im Sinne von Zuweisungs- und Übernahmeprozessen nach Suchtformen. In den Empfehlungen wird auf die Wichtigkeit der Datengrundlage als Voraussetzung für Planung und Steuerung der Suchthilfe und auf Festlegung von Qualitätsstandards als Basis für Förderkriterien Bezug genommen. Regionale Suchthilfekonferenzen bzw. Qualitätszirkel und fachlich festgelegte Zuweisungs- und Übernahmeprozesse sollen den Versorgungsgrad und die regionale Abstimmung erhöhen (Cichy, p. M.). Einige zentrale Empfehlungen des *Suchtberichts Steiermark 2017* (vgl. Horvath et al. 2017) wurden damit aufgegriffen.

In Kärnten war das Jahr 2018 geprägt von der erhöhten Anzahl drogenbezogener Todesfälle, daraus resultierend wurde die Erstellung eines Kärntner Suchthilfeplans (2020–2030) in Auftrag gegeben. Dieser soll erstmals legale und illegale Substanzen für die Bereiche Prävention und Suchthilfe berücksichtigen. Aufgrund des großen medialen Interesses fanden anlassbezogen Hintergrundgespräche mit Vertreterinnen/Vertretern sämtlicher Medien statt (Drobesh-Binter, p. M.).

In Salzburg lag 2018 der Schwerpunkt der Umsetzung des Rahmenplans Suchthilfe 2016–2020 auf der regionalen Adaptierung des Wiener Modells „Alkohol. Leben können“ und auf den Umsetzungsvorbereitungen dafür. Weiters wurden zum Thema Nachbetreuung die konzeptiven Vorarbeiten für die Weiterentwicklung der Angebote des betreuten Wohnens durch „ambulant begleitete Folgewohnen“ durchgeführt (Schabus-Eder, p. M.).

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

1.4 Zusätzliche Informationen

Ab 2020 möchte das Österreichische Arbeitsmarktservice (AMS) für seine Kundinnen und Kunden auf Basis unterschiedlicher personenbezogener Daten und der Verwendung eines Algorithmus deren Arbeitsmarktchancen berechnen (AMS-Arbeitsmarktchancenmodell). Aufgrund des Ergebnisses dieser Berechnungen sollen Personen in drei Gruppen eingeteilt werden (solche mit hohen, mittleren bzw. niedrigen Chancen), wobei Personen aus der Gruppe mit mittleren Chancen auf Vermittlung am Arbeitsmarkt vermehrt unterstützt werden sollen. Es besteht die Sorge, dass damit arbeitsmarktspezifische Maßnahmen für von Sucht betroffene Klientinnen und Klienten nicht mehr in ausreichendem Ausmaß zur Verfügung stehen werden und somit wichtige Instrumente zu deren Stabilisierung und Wiedereingliederung in die Gesellschaft nicht genutzt werden können (SDW 2019).

1.5 Quellen und Methodik

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

Die **Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2016** wurden mittels eines (standardisierten) Erhebungsbogens von Bund inkl. FGÖ (Vollerhebung), Bundesländern (Teilerhebung als Annäherung an die Vollerhebung 2012), Gemeinden und Gesunden Städten (Stichprobenerhebung mit Hochrechnung) und Sozialversicherung (Vollerhebung) erfasst. Erstmals wurden auch die Ausgaben der Gesundheitsförderungsfonds erhoben und je zur Hälfte den Bundesländern und der Sozialversicherung zugeschlagen. Die Ausgaben wurden nach den Interventionsebenen Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie für Capacity-Building erhoben. Dabei wurden die Ausgaben für Gesundheitsförderung nach den Lebenswelten (Settings) gruppiert, die Maßnahmen der Prävention wurden verschiedenen Themenfeldern zugeordnet. Hauptabgrenzungskriterium für die Berücksichtigung von Ausgaben ist der primär präventive bzw. gesundheitsfördernde Zweck einer Maßnahme. Maßnahmen, die Gesundheitsförderung bzw. Prävention als einen von mehreren bzw. weiteren Zwecken verfolgen („HiAP-Maßnahmen“), wurden für das Datenjahr 2016 nicht erhoben (BMSGK 2019).

1.6 Bibliografie

Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002). Burgenländisches Suchtkonzept. Amt der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt

Amt der Kärntner Landesregierung (1995). Kärntner Drogenkonzept 1995. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt

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

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

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002). Vorarlberger Drogenkonzept. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz

Blatter, N.; Bliem, H. R. (2018). Pilotprojekt „Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen“. In: Haller et al. (2018). Vorarlberger Suchtbericht 2018. Land der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz

BMSGK (2018). Aktionsplan Frauengesundheit – 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien

- BMASGK (2019): Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2017). Mehr Freiheit. Mehr Sicherheit. Die Sicherheitsdoktrin des BMI für Österreich 2017–2020. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMI/.BK (2017). Lagebericht. Kriminalprävention 2017. Bundeskriminalamt. Wien
- BMVIT (2016). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2011–2020. 2. Auflage 2016. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien
- BMVRDJ (2018). Sicherheitsbericht 2017. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die Innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. BMVRDJ. Wien
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Haller, R.; Schmutterer, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Strizek, J.; Tanios, A.; Uhl, A.; Oberacher, H.; Grabher, A.; Prenn, A.; Blatter, N.; Bliem, H. R.; Ludescher, M. (2018). Vorarlberger Suchtbericht 2018. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J. und Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien

- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- 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
- SDW (2019). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2019. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien
- Suchtbeirat des Landes OÖ (2002). Suchtkonzept für Oberösterreich. Suchtbeirat des Landes OÖ. Linz
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

1.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

- BGBI I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)
- BGBI I 2011/146. Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG)

1.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesh-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2.1	Zusammenfassung.....	23
2.2	Aktuelle Situation.....	24
2.2.1	Rechtliche Regelungen	24
2.2.2	Umsetzung	34
2.3	Trends.....	37
2.4	Neue Entwicklungen.....	43
2.5	Zusätzliche Informationen.....	45
2.6	Quellen und Methodik.....	46
2.7	Bibliografie	47
2.8	Zitierte Bundesgesetze.....	48
2.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	50
2.10	Anhang.....	51

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen¹⁵. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Dabei kann zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden werden¹⁶. Während das Strafausmaß bei Vergehenstatbeständen bis zu ein Jahr Haft (oder eine Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu drei Jahre Haft betragen kann, sind bei Verbrechenstatbeständen mehr als drei Jahre bzw. ist in schwerwiegenden Fällen bis zu lebenslange Haft vorgesehen. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogenen Pilzen. Das SMG sieht auch eine breite Palette von Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung Suchtkranker setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken.

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der u. a. die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden. Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung (SV) ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpaketts zum rechtlichen Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung. Ein großer Stellenwert kommt dabei einer auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie zu, auf die in Hinblick auf Behandlungssicherheit und Qualitätssicherung der Behandlung referenziert wird (ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP 2017). Gleichzeitig verweist die novellierte Suchtgiftverordnung mit der Formulierung „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung“ (§ 23a Abs 1 SV) auf die therapeutische Verantwortung der behandelnden Ärzteschaft.

15

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

16

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“.

In Österreich stehen über 16 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, wobei die Mehrzahl dieser Verurteilungen Vergehen betrifft. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote¹⁷ nach § 35 und § 37 SMG) kommt der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG wesentlich häufiger zur Anwendung als die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG). Am seltensten wird der Strafvollzug aufgeschoben (§ 39 SMG).

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

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG, BGBl. I 1997/112). Dieses differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte¹⁸ und psychotrope Stoffe¹⁹, Drogenausgangsstoffe²⁰). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels solcher werden auch Grenzmen- gen²¹ festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Es kann hier zwischen

17

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

18

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

19

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 in Verordnungen des BMASGK als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMASGK weitere Stoffe und Zubereitungen psychotropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den psychotropen Stoffen vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

20

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

21

Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffes verstanden, die geeignet ist, in großem Ausmaß

Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, die die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen, unterschieden werden. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogenen Pilzen.

Ein Charakteristikum der österreichischen Drogengesetzgebung ist der ausgewogene Ansatz aus gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen (vgl. auch Kapitel 1), der sich im SMG bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit durch das breite Spektrum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörden zur Abklärung der Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen – zeigt. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme²² unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat im Prinzip freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, wobei eine Kostenübernahme durch die Justiz nur in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtungen (vgl. Kapitel 5) erfolgt. 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.

Darüber hinaus regelt das **SMG** die datenschutzrechtlichen Voraussetzungen für eine enge Zusammenarbeit der Apotheken sowie der Gesundheitsbehörde mit den substituierenden Ärztinnen und Ärzten. Dies betrifft die Meldung selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens einer Patientin / eines Patienten in Substitutionsbehandlung (vgl. Weigl et al. 2017).

Neben dem SMG stellen auch die **Suchtgiftverordnung** (SV, BGBl II 1997/374) und die **Psychotropenverordnung** (PV, BGBl II 1997/375) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln geregelt und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation getroffen werden.

SMG bzw. SV enthalten u. a. Regelungen betreffend die Herstellung suchtmittelhaltiger Arzneimittel und den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die ärztliche Behandlung mit sowie die Verschreibung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus z. B. Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden

eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen herbeizuführen. Bei der Festlegung wird auch die Eignung von Suchtgiften berücksichtigt, Gewöhnung hervorzurufen.

22

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.

(§ 14 SV), wovon zugelassene Arzneyspezialitäten aus Cannabisextrakten und Dronabinol zur magistralen Verschreibung ausgenommen sind. §§ 18 bis 23 SV regeln die Suchtgiftverschreibungen (Formulare, Handhabung, Gültigkeit) einschließlich der Opioid-Substitutionsverschreibung. Das BMASGK hat nach dem SMG eine Datenevidenz zu führen (Substitutionsregister, Ergebnisse gesundheitsbehördlicher Begutachtungen betreffend gesundheitsbezogene Maßnahmen in Hinblick auf Drogenmissbrauch, kriminalpolizeiliche Meldungen bei Verdacht auf Drogenmissbrauch). Die Datenevidenz ist in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) integriert und ermöglicht den Zugriff der Gesundheitsbehörden. In Form eines Registers stehen dem BMASGK pseudonymisierte Daten für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse zur Verfügung.

Die **Rahmenbedingungen für die Opioid-Substitutionstherapie** (vgl. auch Kapitel 5) werden seit 2006 in der SV und in der *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (BGBl II 2006/449) definiert. Diese regelt Ausmaß und Organisation jener Weiterbildung, die zur Opioid-Substitutionsbehandlung qualifiziert (§§ 2–4). Die zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte sind von den Gesundheitsbehörden in einem zentralen Onlineregister zu erfassen (§ 5). Mit 1. Januar 2018 wurde ein **Maßnahmenpaket zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung** (BGBl II 2017/292) wirksam, dessen Kern eine Behandlungsleitlinie ist. In diesem Zusammenhang kam es zu Änderungen im SMG (BGBl I 2017/116), in der SV (BGBl II 2017/292) und der WbVO (BGBl II 2017/293). Ziel dieses Maßnahmenpakets ist es u. a., die Behandlungsqualität nach Maßgabe der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu sichern (Leitlinie). Die Ärzteschaft unterliegt demnach – wie bei jeder anderen Behandlung auch – den Korrektiven des Ärztrechts (bei Behandlungsfehlern, die zu Schäden an Patientinnen/Patienten führen, dem Strafrecht) und nicht dem gerichtlichen oder verwaltungsbehördlichen Suchtmittelstrafrecht, analog jenen Personen, die illegal Drogenhandel betreiben. Das Maßnahmenpaket folgt demnach den zwei maßgeblichen Zielen der öffentlichen Gesundheit: bestmögliche ärztliche Behandlung einerseits und Eingrenzung des unkontrollierten Umgangs mit den Arzneimitteln andererseits (Birklbauer 2017).

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden bezüglich der Substanzen zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen sowie bezüglich der Menge zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von) Handel bzw. danach, ob eine gehandelte Menge unter oder über einer definierten Grenzmenge liegt (vgl. Tabelle 2.1). Straftatbestände und -androhungen wurden zuletzt mit der SMG-Novelle 2007 (BGBl 2007/110) an den EU-Rahmenbeschluss angepasst (vgl. GÖG/ÖBIG 2008). Im Fall von Suchtgifthandel (§ 28a SMG) wird bezüglich des Strafausmaßes zwischen erstmaliger und wiederholter Straftat unterschieden. Die in der Tabelle 1.1 genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der finanziellen Situation – festzusetzen.

In Österreich ist die Anwendung von **Alternativen zur Bestrafung** – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“²³ – gesetzlich vorgesehen. Da dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der

23

Unter dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ versteht man kriminalpolitische, gesundheitspolitische und sozialpolitische

österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene Alternativen zur Bestrafung.

Ein wichtiges Element ist die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche **Meldung des Verdachts auf Verstoß** gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs 2b und 14 Abs 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs 12 Straßenverkehrsordnung, StVO, BGBl 1960/159). Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren von Bedeutung, in dem ein festgestellter gesundheitsbezogener Handlungsbedarf zur Bedingung für diversionelle²⁴ Maßnahmen gemacht wird. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs 3 Strafprozessordnung, StPO, BGBl 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, sondern ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs 2a SMG), die Staatsanwaltschaft mit einem sogenannten Abtreibungsbericht zu verständigen. Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafender Intervention, hat allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts geändert. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden, jedoch werden eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden und eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte ermöglicht. Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar sowie als nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs 1 SMG).

Im Zusammenhang mit dem Grundsatz „Therapie statt Strafe“ kommt den Bezirksverwaltungsbehörden eine zentrale Rolle zu. Sie sind als „Gesundheitsbehörden“ mit der Vollziehung jener Bestimmung des SMG betraut, die vorsieht, dass Personen, bei denen bestimmte Tatsachen einen Suchtgiftmissbrauch vermuten lassen, zur Abklärung dieser Vermutung und eines damit möglicherweise verbundenen Bedarfs nach gesundheitsbezogenen Maßnahmen einer ärztlichen Begutachtung zuzuführen sind (§ 12 SMG; BMGF 2017).

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

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).

24

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

Tabelle 2.1:

Straftatbestände und Strafansrohungen laut SMG

Tathandlungen ²⁵	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe, wer einem/einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der/die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht	bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum 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 Jahren Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 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 Jahren Freiheitsstrafe	1–10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1–15 Jahre Freiheitsstrafe, für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-Fache der Grenzmenge und mehr) 10–20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen.	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 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 zu einem Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		Bis zu 6 Monaten 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.

25

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).

Tathandlungen ²⁵	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
§ 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 Jahren Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	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.	
§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß 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 einem Jahr Freiheitsstrafe	bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werden bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde.		

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

Tabelle 2.2:
Alternativen zur Bestrafung laut SMG

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

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

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

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

Bei schweren Delikten (bis zu einem Strafausmaß von 3 Jahren) stellt der Aufschieb des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt und bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, so hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte zu verwandeln. Dies ist auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Die verschiedenen Möglichkeiten der Alternativen zur Bestrafung nach SMG sind in Tabelle 2.2 aufgelistet, eine ausführliche Beschreibung ist in ÖBIG (2004) zu finden. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

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

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

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

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

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 *Neuer psychoaktiver Substanzen* (NPS) und die mit ihrem Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. NPSG bzw. NPSV verfolgen eher einen generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen²⁶. Strafbar macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft mit dem Vorsatz, dass sie von der/dem anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewandt werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs 1), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge der Straftat droht ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2 NPSG).

Relevante Regelungen außerhalb des SMG sind überdies z. B. zum Thema **Drogen im Straßenverkehr** in der Straßenverkehrsordnung (BGBl 1960/159, StVO), dem Führerscheingesetz (BGBl I 1997/120) und der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (BGBl II 1997/322) zu finden, sie wurden in ÖBIG (2006) ausführlich erläutert. § 5 StVO regelt die Vorgangsweise zur Feststellung einer Beeinträchtigung durch Alkohol bzw. Suchtgift bzw. die Vorgangsweise bei deren Vorliegen. 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 dabei eine vorläufige Abnahme des Führerscheins, aber auch begleitende Maßnahmen (z. B. die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung) sind möglich.

2017 trat eine Verordnung in Kraft, die den Einsatz von Speichelvortestgeräten (beschränkt nur auf ein bestimmtes Produkt) von zu deren Handhabung ermächtigten Organen der Straßenaufsicht regelt (BGBl II 2017/61). Im Rahmen einer Novelle der Speichelvortestgeräteverordnung 2019 (BGBl II 2019/53) wurden weitere drei Gerätetypen aufgenommen.

2.2.2 Umsetzung

Es stehen Daten in Bezug auf **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** zur Verfügung. Für das Jahr 2018 bestand – wie bereits in den Jahren davor – mit 2.738 Fällen ein Überhang von Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28, 28a SMG) mit 2.201 Fällen (strafsatzbestimmende Delikte). Der in den vorangegangenen Jahren deutliche Überhang der Verurteilungen wegen Vergehen verringert sich seit 2015 zunehmend. Der

26

Als *Neue psychoaktive Substanzen* werden vom BMASGK 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.

Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2018 16,6 Prozent. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen ist seit 2009 (10,4 %) stetig gestiegen. Der Anstieg im Jahr 2018 ist auf eine höhere Zahl an Verurteilungen nach § 28 und § 28a SMG zurückzuführen, die Zahl der Verurteilungen nach § 27 SMG ist im Vergleich zum Vorjahr gesunken. Der erhöhte Anteil der SMG-Verurteilungen an den gesamten Verurteilungen ist auch dadurch zu erklären, dass die Gesamtzahl aller Verurteilungen in Österreich weiterhin rückläufig ist (vgl. auch Tabelle A2.1).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte²⁷ zur Verfügung. Im Jahr 2018 war bei 4.954 Verurteilungen durch österreichische Gerichte ein SMG-Paragraf strafsatzbestimmend²⁸; insgesamt wurde nach 9.505 SMG-Delikten verurteilt (2017: 9.058, 2016: 7.351). Eine Analyse der Daten der Statistik Austria zeigt, dass viel öfter Delikte nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in die Verurteilungen eingingen, als sie strafsatzbestimmend waren, und dass ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG wegen mehrerer SMG-Delikte erfolgte. Das gilt insbesondere für die 6.184 Delikte nach § 27 SMG. Diese werden vorwiegend von Männern (93 %) begangen (vgl. Tabelle 2.3 und Tabelle A2.2 im Anhang).

Tabelle 2.3:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Geschlecht und Altersgruppe, 2018

Delikt	Geschlecht	14-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	1.488	2.595	1.662	1.112	1.931	8.788
SMG gesamt	weiblich	91	177	100	126	223	717
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	248	732	611	433	937	2.961
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	24	60	43	47	105	279
§ 27 SMG	männlich	1.237	1.852	1.041	669	953	5.752
§ 27 SMG	weiblich	67	117	57	77	114	432

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

27

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

28

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

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2018 insgesamt 76 Delikte, für 13 Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend (vgl. Tabelle 2.4; STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik).

Tabelle 2.4:
Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011–2018*

Verurteilungscharakteristik	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	117	47	30	21	5	10	8	13
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	-	195	116	85	63	33	65	76

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2018 erhielten rund 80 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen (2017: rd. 81 %; 2016: rd. 75 %), wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen etwa 32 Prozent betrug (2017: rd. 34 %). Der Anteil jener Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden (bedingt, teilbedingt oder unbedingt), lag bei rund 77 Prozent aller verurteilten Jugendlichen (2017: rd. 80 %); eine bedingte Freiheitsstrafe erhielten etwa 53 Prozent der verurteilten Jugendlichen (2017: rd. 62 %; Tabelle A2.3).

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

Eines der Ziele des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Für die Staatsanwaltschaft besteht unter gewissen Voraussetzungen die Verpflichtung, vorläufig von der Verfolgung zurückzutreten, weil die betroffene Person einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf **und** sich bereiterklärt, diese zu absolvieren. Der endgültige Rücktritt von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit, falls die/der Betroffene währenddessen nicht mehr einschlägig straffällig wurde, sich den allfälligen gesundheitsbezogenen Maßnahmen nicht beharrlich entzog und die Fortsetzung des Strafverfahrens nicht spezialpräventiv geboten ist (Rast 2013).

Es liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Die für das Jahr 2018 in diesem Zusammenhang vorliegenden Zahlen betreffen den Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG: 512 Fälle), die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG: 1.489 Fälle) und den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG: 25.903 Fälle; Mayer, p. M., vgl. Tabelle A2.4). Ein Aufschub des Strafvollzugs nach § 39 SMG ist auch nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen im Jahr 2018 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können der Tabelle A2.2 entnommen werden.

Die nachfolgende Tabelle 2.5 zeigt die Anzahl der **Verurteilungen nach NPSG** (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, BGBl I 2011/146) seit dessen In-Kraft-Treten. Im Jahr 2018 lag das NPSG 33 Delikten zugrunde, davon in drei Fällen strafsatzbestimmend („führendes Delikt“).

Tabelle 2.5:
Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012–2018

Jahr	sämtliche Delikte gesamt	sämtliche Delikte Männer	sämtliche Delikte Frauen
2012	46	41	5
2013	66	59	7
2014	48	43	5
2015	34	33	1
2016	43	37	6
2017	37	34	3
2018	33	32	1

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

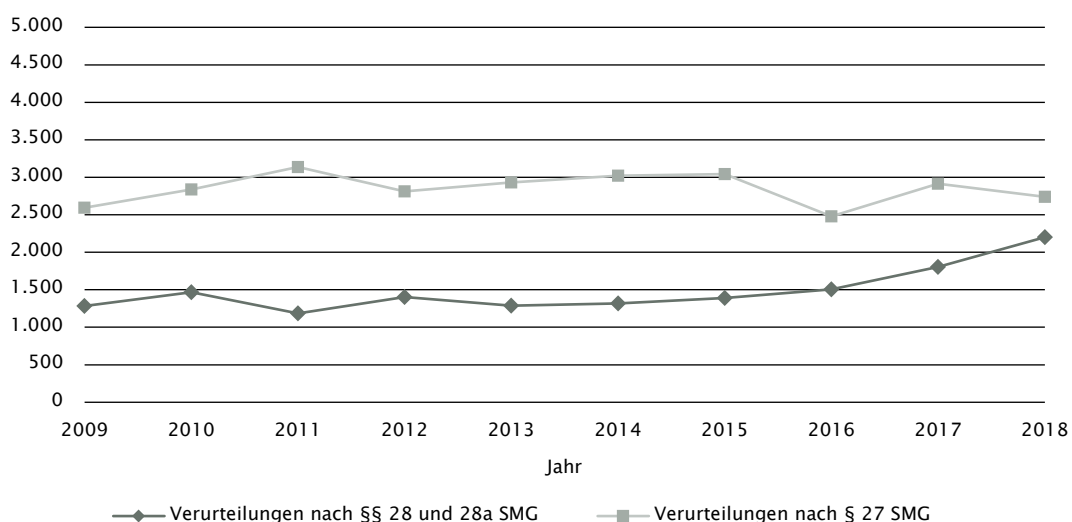
2.3 Trends

Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (z. B. Klassifizierung von Acetylfentanyl als Suchtgift im Jahr 2017 oder von Oripavin und 1-Benzylpiperazin (BZP) im Jahr 2009) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab. Die vom damaligen BMGF zuvor auch für den Bereich Suchtmittelstrafverfahren zu führende Suchtmittel-Datenevidenz wurde im Zuge der *Verfahrensautomation Justiz* obsolet. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

Eine Novelle des SMG und der SV im Jahr 2017 brachte ein Maßnahmenpaket zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung (BGBl I 2017/116 bzw. BGBl II 2017/292). Es überträgt die Verantwortung der Opioidbehandlung nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung allein den behandelnden Ärztinnen/Ärzten. Die Gefahr einer Strafbarkeit behandelnder Ärztinnen und Ärzte bei Verstößen im Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlungen wurde durch eine Streichung vorwiegend Sicherheitsaspekten geschuldeter Regelungen (v. a. Festlegung von Medikamenten der ersten Wahl, Mitgaberegulierung und Anordnung von Harnuntersuchungen) entschärft. Weiters wurde die Rollenverteilung zwischen der Amtsärzteschaft und der behandelnden Ärzteschaft geklärt. Einzigartig ist die Anerkennung einer medizinischen Leitlinie als Norm, die den „Sorgfaltsmaßstab eines Handelns“ prägt (vgl. Birklbauer 2017 bzw. Horvath et al. 2018).

Nachfolgende Abbildung 2.1 aus der gerichtlichen Kriminalstatistik zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Der Wert schwankt im Zehn-Jahres-Vergleich zwischen rd. 2.500 und 3.100 Verurteilungen. Die Verurteilungen nach § 28 / § 28a SMG verliefen über den Beobachtungszeitraum bis 2016 relativ konstant, der seit 2016 zu beobachtende Aufwärtstrend wird 2018 weitergeführt. Insgesamt kann beobachtet werden, dass sich die Anzahlen der Verurteilungen gemäß § 27 SMG und jener gemäß § 28 / § 28a SMG einander in den letzten Jahren zunehmend annähern. Die Daten von 2012 bis 2017 sind aufgrund des in Abschnitt 2.2.2 erwähnten Zeitreihenbruchs²⁹ möglicherweise nur eingeschränkt mit den jenen aus den Jahren davor vergleichbar (vgl. auch Tabelle A2.1).

Abbildung 2.1:
Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, 2009–2018



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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

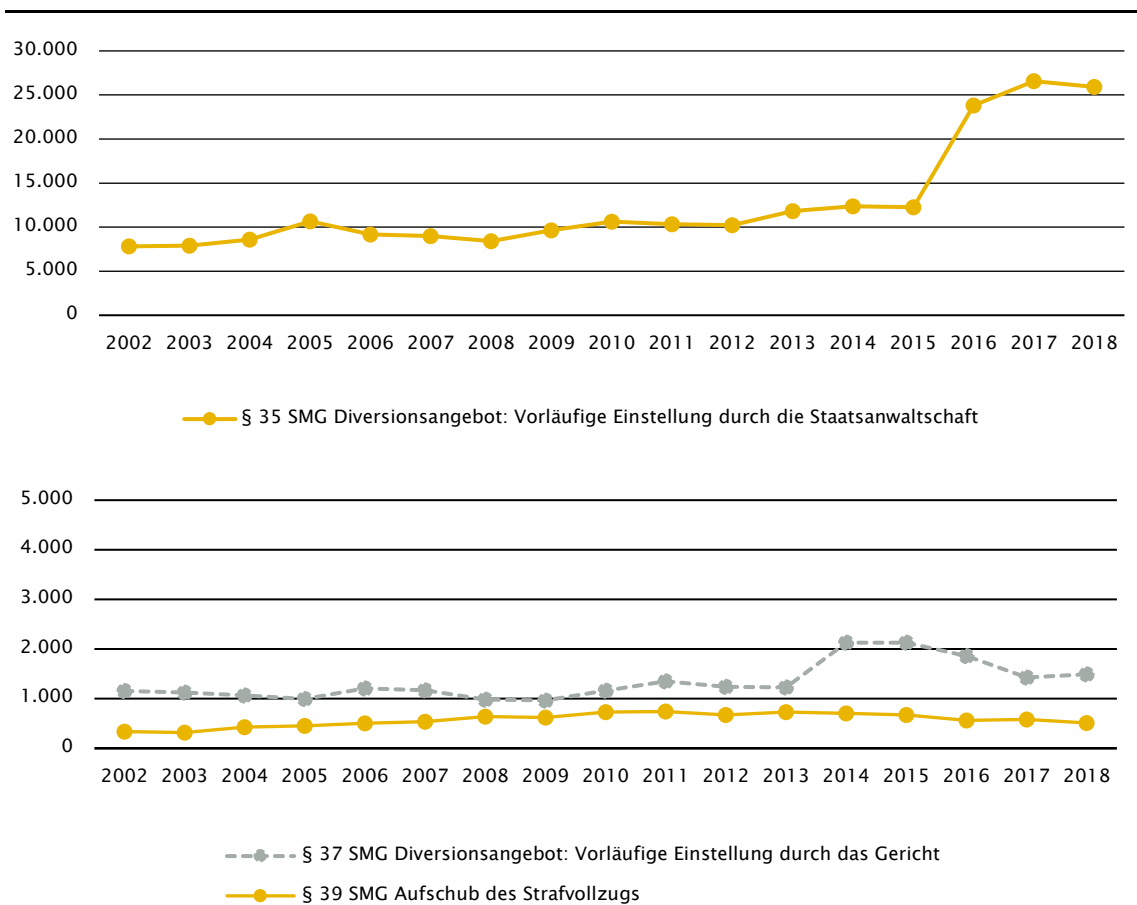
Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2.4 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** – d. h. des vorläufigen Rücktritts von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschubs des Strafvollzugs (§ 39 SMG) – dargestellt. Die Zahlen bezüglich § 37 SMG verliefen von 2008 bis 2013 im

29

Seit 2012 wird die übermittelte Strafsatzbestimmung vom Gericht ausgewiesen, und alle Delikte der rechtskräftig verurteilten Personen eines Berichtsjahrs können in der Statistik dargestellt werden. Davor wurde bei einer Verurteilung das „führende Delikt“ von der STATISTIK AUSTRIA ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem – im Fall mehrerer strafbarer Handlungen – höchsten angedrohten Strafraumen). Dadurch kann im Jahr 2012 ein Zeitreihenbruch auftreten, wodurch mit Daten aus den Jahren vor 2012 nur eingeschränkt verglichen werden kann.

Wesentlichen konstant. Sie scheinen sich seit 2017 auf einem etwas höheren Niveau als vor 2014 einzupendeln. Die Zahlen betreffend den Aufschub des Strafvollzugs gem. § 39 SMG bewegten sich in den vergangenen zehn Jahren auf gleichbleibendem Niveau und sind aktuell eher sinkend. Das Diversionsangebot der vorläufigen Einstellung durch die Staatsanwaltschaft gem. § 35 SMG ist zwischen 2015 und 2016 einmalig angestiegen und bewegt sich seitdem konstant auf diesem höheren Niveau.

Abbildung 2.2:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2009-2018



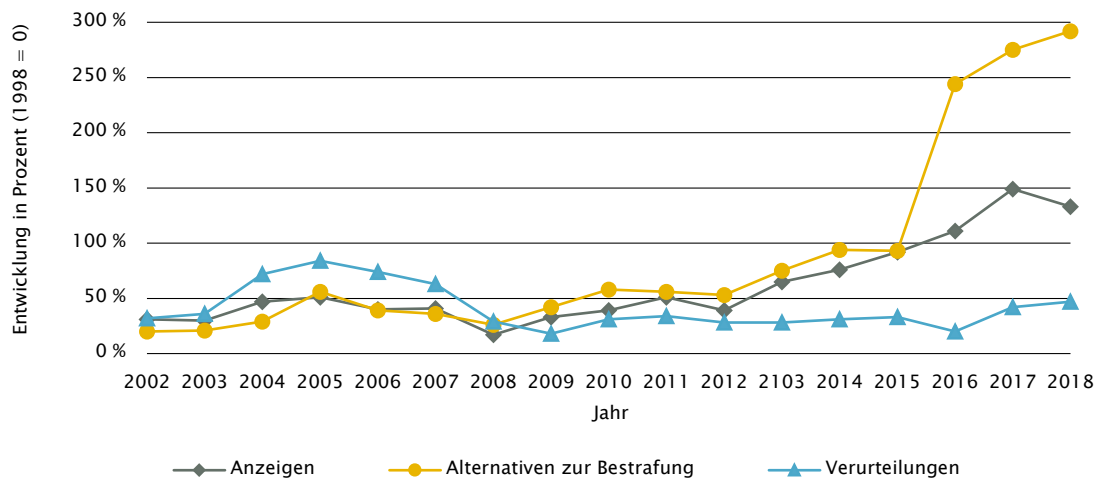
Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet. Ab 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMVRDJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt; Zahlen betreffs § 35 Abs 4 SMG sind nicht verfügbar, da in der Datenbank des BMVRDJ das Erfassen bzw. Auswerten einzelner Absätze nicht möglich ist.

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

Interessant ist die Entwicklung der Anzeigen und Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der mit hundert Prozent für den Wert des Jahres 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abbildung 2.3, dass sich in den Jahren 2008 bis 2015 Anzeigen und gemeldete Anwendungen der Alternativen zur

Bestrafung anteilmäßig ähnlich entwickelten, während dies für Verurteilungen nur zwischen 2009 und 2012 zutraf. Die Zahl der Anzeigen erhöhte sich 2017 gegenüber dem Vorjahr um 38 Prozentpunkte, sank aber 2018 wieder um 16 Prozent. Die Alternativen zur Bestrafung (Anstieg 2016 gegenüber 2015 ca. um das Eineinhalbfache) sind um 31 Prozentpunkte anstiegen. Dies steht vermutlich mit den Änderungen des SMG durch das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 in Zusammenhang (BMJ 2017). Die Verurteilungen blieben bis 2015 im Wesentlichen auf dem Niveau des Jahres 2010. Nachdem im Jahr 2016 ein Rückgang von 33 Prozent (2015) auf 20 Prozent verzeichnet worden war, kam es 2018 mit 47 Prozent zum höchsten Wert seit 2007 (63 %).

Abbildung 2.3:
Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2009–2018*



Anmerkung: Als Basis der Berechnung wurde das Jahr 1998 herangezogen, da in diesem Jahr das Suchtgiftdrogen- und Suchtmittelgesetz abgelöst worden war (1998 = 0). Bei den Verurteilungen wird nur das „führende Delikt“, das dem Strafrahmen nach schwerste Delikt, dargestellt. So wird z. B. bei einer Kombination mehrerer strafbarer Handlungen wegen Raubes verurteilt, während die Verurteilung nach SMG nicht aufscheint.
*Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der STATISTIK AUSTRIA, sondern vom Gericht durchgeführt. Ab 2014 kommen die Daten betreffend die Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen vom BMVRDJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt.

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

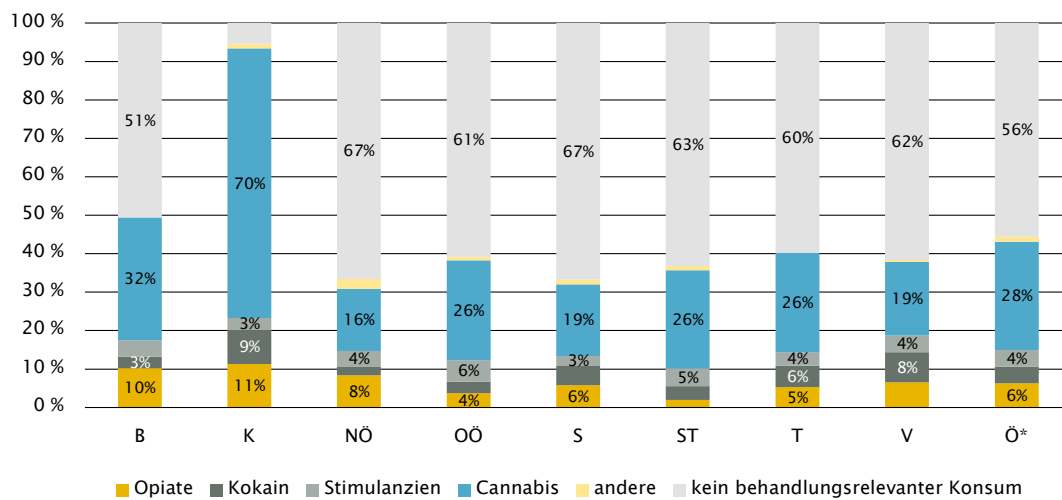
Hinsichtlich der Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRDJ) für gesundheitsbezogene Maßnahmen, insbesondere im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ (vgl. auch Kapitel 1) stehen für das Jahr 2018 zu Redaktionsschluss noch keine Zahlen zur Verfügung. Wie bereits in GÖG/ÖBIG (2012) berichtet, wurde im Jahr 2011 erstmals eine generelle Einschränkung des Zugangs zu „Therapie statt Strafe“ für Wiederholungstäter/-innen und eine Zeitbeschränkung für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ eingeführt.

Abbildung 2.4 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2018 eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs 2 SMG als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum

als nichtbehandlungsrelevant eingestuft wurde. Im Vergleich zu den Vorjahren scheint die Beurteilung, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist, inzwischen österreichweit etwas einheitlicher zu erfolgen. Eine Ausnahme stellt nach wie vor Kärnten dar, wo Konsum vorwiegend als behandlungsrelevant interpretiert wird.

Abbildung 2.4:

Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG gesundheitsbezogene Maßnahme, nach behandlungsrelevantem Konsum, 2018



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien (N = 4.861)

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

Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen, siehe Kap. 5

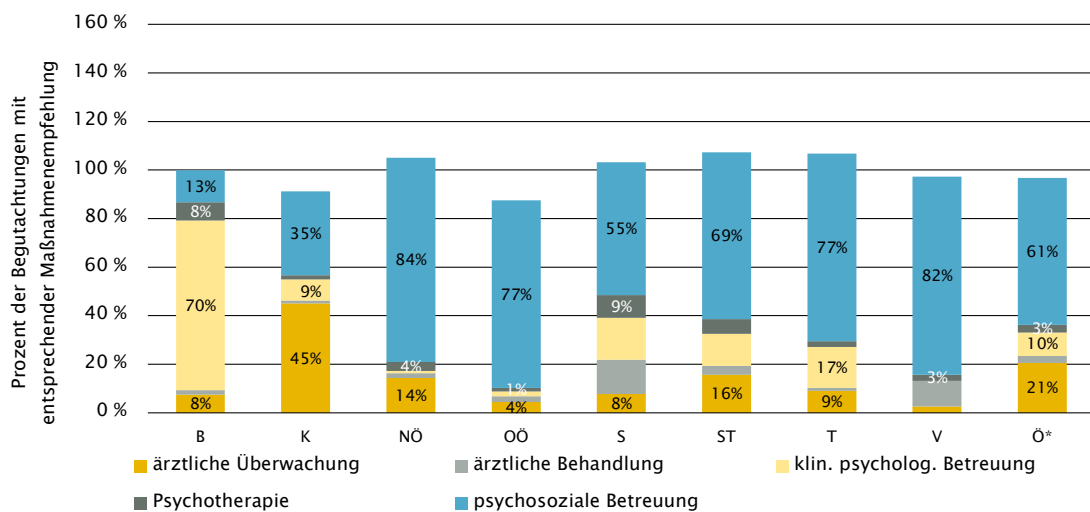
Quelle: BMASGK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2018 in insgesamt 5.843 Fällen bzw. bei 5.617 Personen durchgeführt. Knapp drei Viertel davon wurden aufgrund einer Meldung der Polizei durchgeführt (74 % SMG, 2 % StVO), 12 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es seitens Heeresdienststellen (4 %) oder sonstigen Stellen (8 %) (Anzenberger et al. 2019).

Aus Abbildung 2.5 ist ersichtlich, auf welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen bei ausschließlichem Konsum von Cannabis im Jahr 2018 hingewirkt wurde, wobei pro Fall auch mehrere gesundheitsbezogene Maßnahmen empfohlen werden können. Abbildung 2.6 zeigt die Art gesundheitsbezogener Maßnahmen für jene Fälle, in denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden (oft auch zusätzlich anderer Drogen) festgestellt wurde. Es zeigt sich, dass je nach Leitdroge unterschiedliche Maßnahmen als adäquat angesehen werden. Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer Substitutionsbehandlung) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen. Die hier zwischen den Bundesländern bestehenden Unterschiede sind ein

Hinweis auf eine nach wie vor doch recht unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG und möglicherweise auch der Dokumentation. Sie dürften aber auch mit Unterschieden hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen zusammenhängen.

Abbildung 2.5:
Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis in Prozent, nach Bundesland, 2018

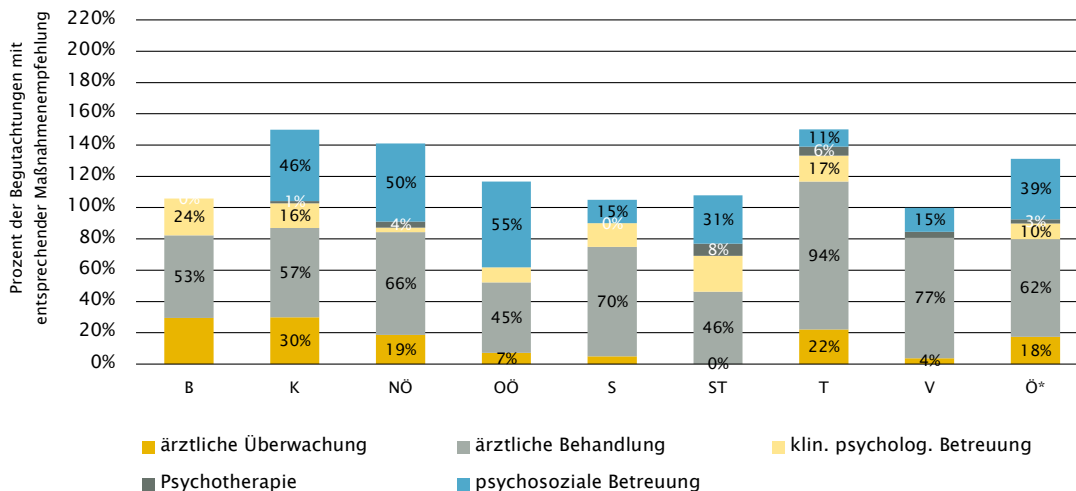


B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien
Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird ausschließlich der Missbrauch von Cannabis erwähnt. Es kann jeweils auf mehr als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

Quelle: BMASGK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.6:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opiode in Prozent, nach Bundesland, 2018



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

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

Quelle: BMASGK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

2.4 Neue Entwicklungen

Im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie (EU) 2017/2103 sowie zur Umsetzung von Beschlüssen der Commission on Narcotic Drugs (CND) der Vereinten Nationen wurden bestimmte Substanzen in die Anhänge der SV aufgenommen. Dabei handelt es sich insbesondere um synthetische Opiode und synthetische Cannabinoide. Eine entsprechende Novelle der SV ist mit 26. Juni 2019 kundgemacht worden (BGBl II 2019/167) Diese umfasst

- » die Aufnahme der Substanzen „AH-7921“, „Butyrfentanyl“, „4-Fluoroisobutyrfentanyl, 4-FIBF, pFIBF“, „MT-45“, „Ocfentanil“, „Tetrahydrofuranlylfentanyl, THF-F“ und „U-47700“ in den Anhang I.1.b. der SV,
- » die Aufnahme der Substanzen „Cyclopropylfentanyl“ und „Methoxyacetylfentanyl“ in den Anhang I.2.
- » die Aufnahme der Substanzen „AB-CHMINACA, AB-PINACA, AM-2201“, „Ethylon“, „Ethylphenidat“, „5F-APINACA, 5F-AKB-48“, „4-Fluoroamphetamin, 4-FA“, „5F-MDMB-PINACA, 5F-ADB“, „5F-PB-22“, „JWH-018“, „MDMB-CHMICA“, „Methiopropamin, MPA“, „Methoxetamin, MXE“, „3,4-Methylenedioxypropyvaleron, MDPV“, „4-Methylethcathinon, 4-MEC“, „Methylon, beta-keto-

- MDMA“, „Paramethyl-4-methylaminorex, 4,4' – DMAR“, „Pentedron“, „ α – Pyrrolidinovalerophenon, α – PVP“, „UR-144“ und „XLR-11“ in den Anhang IV.1,
- » die Aufnahme der Substanzen „25B-NBOMe, 2C-B-NBOMe“, „25C-NBOMe, 2C-C-NBOMe“, „5I-NBOMe und 2C-I-NBOMe“ in den Anhang V.1
- » die Aufnahme der Substanzen „ADB-CHMINACA“, „5-(2-Aminopropyl)indol“, „CUMYL-4CN-BINACA“ und „4-Methylamphetamin“.

Entsprechende Grenzmengendefinitionen in der SGV für die oben gelisteten Substanzen sind in Vorbereitung. Für die Substanzen Acetylfentanyl, Acryloylfentanyl, Carfentanil und Furanylfentanyl sind 2019 entsprechende Grenzmengen festgesetzt worden (BGBl II 2019/211).

Im Dezember 2018 gab das BMSGK einen Erlass heraus, der Klarstellungen in Hinblick auf den Umgang mit cannabinoidhaltigen Extrakten bzw. Cannabidiol (CBD) und anderen Cannabinoiden in Lebensmitteln und kosmetischen Produkten zum Inhalt hat. Darin wird u. a. darauf hingewiesen, dass:

- » die Einstufung von cannabinoidhaltigen Extrakten als Arzneimittel nur dann in Erwägung gezogen werden kann, wenn diese Produkte Eigenschaften der Heilung oder Linderung oder Verhütung einer menschlichen Krankheit oder krankhaften Beschwerden zugeschrieben werden (Präsentationsarzneimittel),
- » cannabinoidhaltige Extrakte, die als solche oder in Lebensmitteln auf den Markt gebracht werden, in der Regel als neuartige Lebensmittel gemäß der Verordnung (EU) 2015/2283 über neuartige Lebensmittel zu betrachten sind, jedoch eine derartige Zulassung derzeit nicht vorliegt, weshalb ein Inverkehrbringen nicht zulässig ist, und
- » der Einsatz von Cannabis und daraus hergestellten Extrakten in kosmetischen Mitteln vor dem Hintergrund der Verordnung (EG) Nr. 1223/2009, die natürliche und synthetische Beautyzubehörmittel als in kosmetischen Mitteln verbotene Stoffe listet, nicht zulässig ist.

Im Berichtszeitraum gab es keine Änderungen in der PV.

Derzeit ist eine Novelle der **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV) in Vorbereitung, welche die Definition einer Substanzgruppe „Fentanylanaloga“ beinhalten soll.

Der Gesundheitsausschuss des Nationalrats behandelte im ersten Halbjahr 2018 einen Entschließungsantrag betreffend die Liberalisierung von Cannabis für medizinische Zwecke. Mit Entschließung des Nationalrats (Nr. 27/E, XXVI GP vom 5. 7. 2018) wurde die Bundesregierung – insb. die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz – ersucht, den „therapeutischen Einsatz von ‚Medizinalhanf‘ zu prüfen und einen Bericht über zukünftige medizinische,

rechtliche, organisatorische und ökonomische Rahmenbedingungen zum Einsatz von cannabis-haltigen Arzneimitteln vorzulegen.³⁰ Der im Dezember 2018 vorgelegte Bericht³¹ kommt zu folgenden Schlüssen:

- » Patientinnen und Patienten haben in Österreich nach geltender Rechtslage Zugang zu cannabisbasierten Arzneimitteln. Cannabinoide (Dronabinol und Cannabidiol) können als magistrale Zubereitung als auch als „Fertigarzneimittel“ (Sativex® und Canemes®) in Verkehr gebracht werden.
- » Die wissenschaftliche Evidenz für den medizinischen Einsatz von Cannabinoiden wird als moderat eingestuft. Eine ausreichende Datenlage ist für viele propagierte Wirkungen bzw. Indikationen nicht vorhanden. Klinische Forschung nach evidenzbasierten Richtlinien für Cannabisprodukte wird daher begrüßt.
- » Der Einsatz von Medizinalhanf (Cannabisblüten) ist in Österreich nach geltender Rechtslage nicht vorgesehen. Der wissenschaftliche Nachweis der Vorteile des Medizinalhanfs im Vergleich zu aus Cannabisextrakt gewonnenen Wirkstoffen wäre Voraussetzung für eine Änderung der Rechtslage, jene liegt aber derzeit nicht vor.
- » Reinsubstanzen ist im medizinischen Einsatzgebiet der Vorzug zu geben, insbesondere aufgrund bedarfsgerecht exakter und reproduzierbarer Dosierung.

Im Rahmen seines EU-Ratsvorsitzes führte Österreich das Thema Drogenkäufe im Darknet/Internet weiter, welches bereits im Rahmen der bulgarischen Präsidentschaft forciert worden war. Der österreichische Schwerpunkt richtete sich auf Aspekte der Nachfragereduktion, insbesondere auf die Herausforderungen und mögliche präventive und gesundheitsbezogene Interventionen in den Strukturen der Kryptomärkte.

2.5 Zusätzliche Informationen

Auf Basis der Speichelvortestgeräteverordnung von 2017 wurde ein österreichischer Pilotversuch in Betreff des Einsatzes eines konkreten Gerätetyps durchgeführt, der wissenschaftlich vom Kuratorium für Verkehrssicherheit (KFV) begleitet wurde (vgl. Agbontaen et al. 2018). Im Studienzeitraum wurden österreichweit insgesamt 442 Fälle von Drogenkontrollen im Straßenverkehr untersucht. Der Speicheltest kam in 288 Fällen zum Einsatz. Getestet wurde auf THC, Opiate, Kokain, Amphetamin, Methamphetamin und MDMA. Allgemein kommt die Studie u. a. zu dem Ergebnis, dass die Feststellung einer vermuteten Suchtgiftbeeinträchtigung komplex ist und entsprechende Schulungen der Exekutivbeamten zielführend sind. Hinsichtlich des getesteten Speichelvortestgeräts zeigen die Ergebnisse eine gewisse Unzuverlässigkeit in Hinblick auf THC. Der Übereinstimmungsgrad der eingesetzten Nachweismethoden (Speichelvortest bzw. Blutuntersuchung) betrug

30

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I_00538/fname_741665.pdf (Zugriff am 26. 6. 2019)

31

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/III/III_00233/imfname_728963.pdf (Zugriff am 26. 6. 2019)

bei THC 48,3 Prozent. Dahingehend wurde der Einsatz neuer Gerätetypen empfohlen. Eine entsprechende Novelle der Speichelvortestgeräteverordnung ermöglicht eine aktuell laufende zweite Testphase, in der der Einsatz dreier in der Novelle der Speichelvortestgeräteverordnung neu aufgenommener Gerätetypen evaluiert wird. Das Fahren unter Drogenbeeinträchtigung war auch Thema einer Fachtagung des KfV im September 2018 (Feymann 2018).

2.6 Quellen und Methodik

Quellen

eSuchtmittel

Das SMG verpflichtet das BMASGK zur Führung einer personenbezogenen Datenevidenz (§ 24 ff). Gegenstand der Suchtmittel-Datenevidenz sind jene Daten der Gesundheitsbehörden, die diese in Vollziehung des SMG erheben: Das sind die Ergebnisse der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen bei Hinweisen auf Suchtmittelmissbrauch gemäß § 12 SMG (§ 24a Abs 3 SMG) sowie die Daten des Substitutionsregisters (§ 24b SMG), welches zur frühestmöglichen Erkennung und Hintanhaltung von Mehrfachverordnungen von Substitutionsmedikamenten für Opioidabhängige durch die Gesundheitsbehörden dient. Diese Daten werden von den Gesundheitsbehörden seit Umsetzung der SMG-Novelle 2008 (BGBl I 2008/143) auf Grundlage des E-Government-Gesetzes in einer verwaltungsübergreifenden gemeinsamen Infrastruktur online erfasst bzw. daraus abgerufen (eSuchtmittel). Diese technische Infrastruktur wurde in verwaltungsübergreifender Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) vom BMASGK geschaffen.

Im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister stehen die Daten für epidemiologische Zwecke zur Verfügung. Die Auswertung hat durch einen Auftragsverarbeiter (seit 2012 GÖG) zu erfolgen. Aufgrund der am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG werden den Gesundheitsbehörden auch die kriminalpolizeilichen Meldungen (§§ 13 Abs 2b, 14 Abs 2 SMG) als Grundlage für die Vollziehung des § 12 SMG vom BMASGK über die Anwendung eSuchtmittel zugeleitet. Gemeinsam mit den Daten zur Erfassung und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle bilden die Daten aus eSuchtmittel die Grundlage für jährliche Auswertungen, die auch in den Bericht zur Drogensituation und den Epidemiologiebericht Sucht einfließen.

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben zur Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2019). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten bezüglich Diversion wurden vom BMVRDJ gemeldet. In Abschnitt 2.2.2 wurde bezüglich der von der STATISTIK AUSTRIA übermittelten Daten betreffend Verurteilungen (gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Amtsärztliche Begutachtungen siehe Kapitel 3

Informationen aus dem Parlament

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

Studien

Die **Studie über den Einsatz von Drogenvortestgeräten** zielte darauf ab, die Suchtgiftkontrollen, welche seit Anfang 2017 auch mit Speichelvortestgeräten durchgeführt werden, anhand der ausgefüllten Statistikblätter quantitativ auszuwerten. Die Daten hierzu wurden bei Suchtgiftkontrollen gemäß StVO anonymisiert erhoben (Zeitraum Januar 2017 – Januar 2018) und vom BMI dem KfV zur statistischen Auswertung übermittelt. Insgesamt wurden Daten von 442 Fällen (7,7 % Frauenanteil; Alter zwischen 17 und 65 Jahren) in allen neun Bundesländern aufgezeichnet. Die betroffenen Lenker/-innen waren überwiegend mit dem PKW unterwegs (96 %), in nur jeweils einem Prozent der Fälle mit dem Fahrrad, Mofa und LKW. Zudem wurden im Rahmen der qualitativen Prozessevaluierung der Feststellung auf Suchtgiftbeeinträchtigung im Straßenverkehr praktische Erfahrungen der beteiligten Amtsärztinnen/Amtsärzte, Exekutivbeamte und Fahrzeuglenker/-innen mittels strukturierter Interviews erhoben (Agbontaen et al. 2018).

2.7 Bibliografie

- Agbontaen, S.; Pilgerstorfer, M.; Brunner, T.; Krainz, D.; Salamon, B.; Witzik, A.; Zuser, V. (2018). Drogenvortest. Interner Endbericht. Kuratorium für Verkehrssicherheit. Wien
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Hojni, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2019). Epidemiologiebericht Sucht 2019. Wien
- Birklbauer, A. (2017). Die jüngsten Novellierungen im Suchtmittelrecht und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. In: Journal für Medizin und Gesundheitsrecht, 4-2017, S. 198-203
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG. Leitlinien für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMI (2019). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2018. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien

Feymann, Ch. (2018). KfV-Fachtagung zum Thema „Drogen als Problem im Straßenverkehr“ In: Zeitschrift für Verkehrsrecht, 09-2018, 292-294

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

GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage

Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85, 6

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

2.8 Zitierte Bundesgesetze

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

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

BGBl 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBI 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

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

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

BGBI I 1997/120. Führerscheinggesetz

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

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

BGBI II 1997/375. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit psychotropen Stoffen (Psychotropenverordnung – PV)

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 2007/110. Suchtmittelgesetz-Novelle 2007

BGBI I 2008/143. Suchtmittelgesetz-Novelle 2008

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

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

BGBI I 2017/116. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird (SMG-Novelle 2017)

BGBI II 2017/61. Verordnung des Bundesministers für Inneres über die zur Überprüfung des Speichels auf Suchtgiftspuren geeigneten Geräte und die zu deren Handhabung zu ermächtigenden Organe der Straßenaufsicht (Speichelvortestgeräteverordnung)

BGBI II 2017/292. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

BGBl II 2017/293. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Weiterbildungsverordnung orale Substitution geändert wird

BGBl II 2019/53 Verordnung des Bundesministers für Inneres, mit der die Speichelvortestgeräteverordnung 2017 geändert wird

BGBl II 2019/167. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

BGBl II 2019/211. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftgrenzmengenverordnung geändert wird

2.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mayer, Christian	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz

2.10 Anhang

Tabelle A2.1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2009–2018

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich	SMG-Anteil an allen Verurteilungen in Prozent
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1
2017	4.727	1.804	2.915	30.746	15,4
2018	4.954	2.201	2.738	30.157	16,6

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.2:

Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe, 2018*

führendes Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	796	1.377	862	584	960	4.579
	weiblich	54	94	59	62	106	375
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	199	525	423	295	575	2.017
	weiblich	21	44	27	30	62	184
§ 27 SMG	männlich	597	851	439	286	376	2.549
	weiblich	33	50	32	32	42	189

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, dargestellt. Daher sind in der Tabelle nicht alle Verurteilungen nach SMG enthalten.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.3:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2018*

führendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	49	184	45	37	29	344
	Erwachsene	690	1.377	1.340	960	243	4.610
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	9	37	9	18	3	76
	Erwachsene	53	488	837	594	153	2.125
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	40	147	36	19	26	268
	Erwachsene	633	883	500	365	89	2.470

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgiften

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2009–2018

vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2009	2010	2011	2012	2013	2014**	2015	2016	2017	2018
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	10.627	11.807	11.667	11.455	13.044	14.506	14.384	25.666	27.990	27.392
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft*	9.661	10.643	10.319	10.215	11.818	12.378	12.256	23.809	26.562	25.903
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	2.780	3.166	4.059	5.515	6.766	-	-	-	-	-
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	966	1.164	1.348	1.240	1.226	2.128	2.128	1.857	1.428	1.489
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	624	733	741	673	728	705	673	561	582	512

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

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

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

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	55
3.1	Zusammenfassung.....	55
3.2	Cannabis	57
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums.....	57
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	60
3.3	Stimulanzien.....	62
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	62
3.3.2	Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	64
3.4	Heroin und andere Opiode	68
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	68
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	72
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	73
3.5.1	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	73
3.6	Neue Entwicklungen.....	74
3.7	Quellen und Studien.....	75
3.7.1	Quellen	75
3.7.2	Studien	77
3.8	Bibliografie und Anhang.....	80
3.8.1	Bibliografie	80
3.8.2	Anhang.....	85

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bezüglich der Prävalenz von Drogenkonsum wird zwischen der Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum irgendwann im Leben), der Jahresprävalenz (Drogenkonsum im letzten Jahr) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum während der letzten dreißig Tage) unterschieden. Für Aussagen über den aktuellen Konsum von Drogen können ausschließlich die Jahres- bzw. die Monatsprävalenz herangezogen werden.

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten mit Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opioide und *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS, auch *Research Chemicals* bzw. *Legal Highs* genannt).

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem 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. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen (EMCDDA 2013). Der polytoxikomane³² Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 35.000 und 38.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). In etwa drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur neun Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 39 Prozent sind 25 bis 34 Jahre und 52 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum in Österreich – im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern der EU – nach wie vor eine Rolle.

32

Polytoxikomanie – auch multipler Substanzgebrauch genannt – ist dem WHO-Lexikon für Alkohol und Drogen zufolge als Gebrauch mehr als einer Droge oder Drogenart durch eine Person zu verstehen. Der Konsum unterschiedlicher Drogen kann sowohl gleichzeitig als auch nacheinander stattfinden, oftmals mit der Absicht der Beschleunigung, Potenzierung oder Neutralisierung des Effekts anderer Drogen (vgl. WHO 1994).

Neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/-innen). Insgesamt zeigt sich aufgrund des chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit und infolge verschiedener Maßnahmen (wie z. B. der Substitutionsbehandlung) eine Alterung der Population mit risikoreichem Opioidkonsum. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen.

Ergebnisse von Abwasseranalysen in Innsbruck, Daten aus der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale und der Anstieg der Anzeigen wegen Kokain können als Indizien für einen steigenden Kokainkonsum in Österreich interpretiert werden.

Hinsichtlich des besonders risikoreichen Gebrauchs synthetischer Opioide liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor.

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

3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

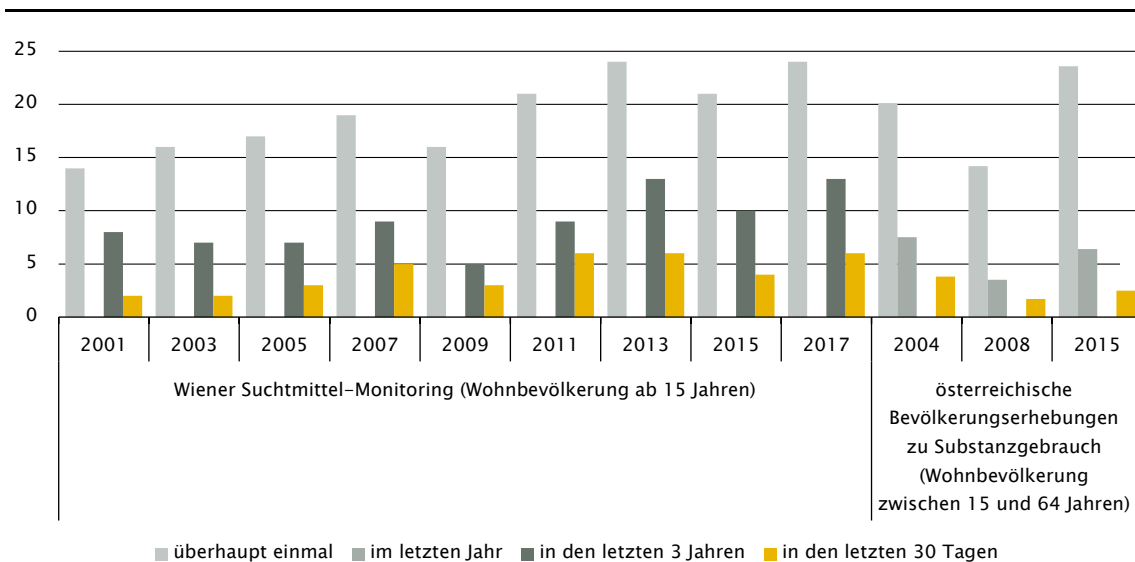
Die österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch weisen für das Jahr 2004 einen Anteil von 20 Prozent, für das Jahr 2008 einen Anteil von 14 Prozent und für das Jahr 2015 einen Anteil von 24 Prozent konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen aus. Der deutliche Einbruch in den Zahlen des Jahres 2008 ist vermutlich auf ein erhebungstechnisches Artefakt zurückzuführen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009). Längerfristig ergibt sich somit ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-jährigen bzw. ein relativ gleichbleibender Anteil in der gesamten erwachsenen Bevölkerung (15 Jahre oder älter³³) (vgl. Tabelle A3.1). Im zweijährlich durchgeführten Wiener Suchtmittel-Monitoring zeigte sich bis 2013 ein kontinuierlicher Anstieg des Cannabiskonsums. Nach einem leichten Rückgang der Prävalenzraten im Jahr 2015 liegen die Werte der letzten Erhebung von 2017 wieder auf demselben Niveau wie jene aus dem Jahr 2013.

33

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

Abbildung 3.1:

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



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

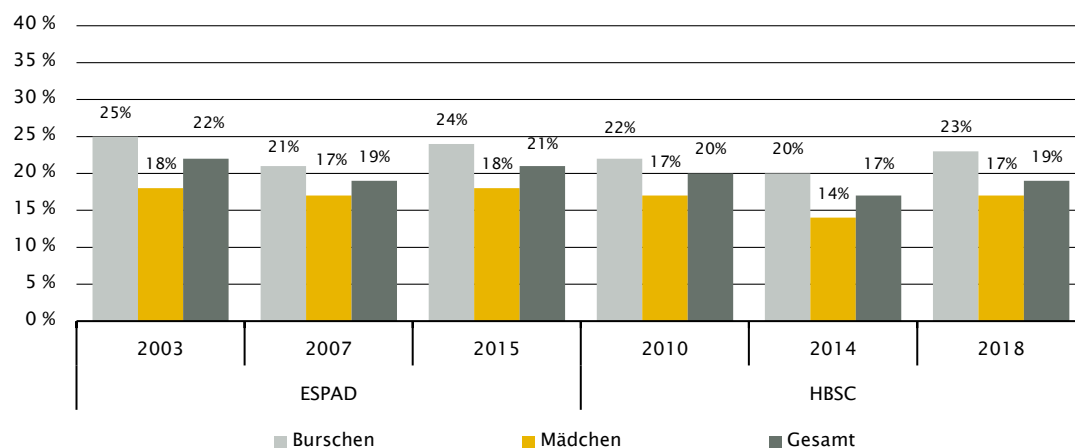
Quellen: IFES 2001 bis 2017, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a; Darstellung: GÖG

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

Ergänzende Zahlen aus dem Jahr 2018 liegen auch aus Oberösterreich vor (Seyer et al. in Vorbereitung). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* wurde bei den 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 31 Prozent, eine Jahresprävalenz von zehn Prozent und eine Monatsprävalenz von fünf Prozent erhoben.

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

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



ESPAD = Europäische Schülerstudie zu Alkohol und anderen Drogen (vgl. Abschnitt 3.7.2)

HBSC = Health Behaviour in School-aged Children (vgl. Abschnitt 3.7.2)

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

Quellen: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2019
Darstellung: GÖG

Etwa ein Fünftel der befragten Schülerinnen und Schüler (ESPAD, HBSC; vgl. Tabelle A3.2) gibt an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Burschen weisen in allen verfügbaren Daten eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (vgl. Abbildung 3.2).

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

Zusätzliche Daten für die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen liegen aus Oberösterreich vor (Seyer et al. in Vorbereitung). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* wurde bei jungen Erwachsenen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 42 Prozent und eine Jahresprävalenz von 23 Prozent erhoben.

Anhand der verfügbaren Befragungsdaten lassen sich hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Gesamtbevölkerung bzw. bei Jugendlichen derzeit keine wesentlichen Veränderungen feststellen. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich in den Konsum illegaler Drogen betreffenden Befragungsdaten aufgrund der Tatsache, dass nach einem illegalen Verhalten gefragt wird, große Unschärfen ergeben. Es kann davon ausgegangen werden, dass das gesellschaftliche Klima bezüglich Cannabis einen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob ein etwaiger Konsum zugegeben wird oder nicht.

3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung

Behandlung von Personen, die Cannabis konsumieren

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

Risikoreicher Cannabiskonsum

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2018 wurde in 1.371 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger 2019). Dem stehen 22.948 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) gegenüber, in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien; vgl. Kapitel 7). Dies ist ein Hinweis darauf, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2018 befanden sich etwa 2.800 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den Jahren 2012 (GÖG/ÖBIG 2013) und 2017³⁴ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. 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 häufig im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Seit 2010 ist der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe mit Leitdroge Cannabis gestiegen und der Anteil mit Leitdroge Opiate ist gesunken. Im Jahr 2011 war der Anteil mit Leitdroge Cannabis erstmals höher als jener mit Leitdroge Opiate. Dies ist auch für die Jahre 2015 bis 2018 zu beobachten. Zur Erklärung dieser Entwicklung wird nach wie vor diskutiert, ob es sich um eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis handelt oder ob lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumierenden/-konsumenten durch Cannabiskonsumierenden/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe³⁵ mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig

34

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (24. 7. 2018)

35

Fokusgruppe des Reitox Focal Point Austria zu problematischem Cannabiskonsum im Jahr 2016

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

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2017 kommen schädlicher Gebrauch von Cannabis (93 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (191 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (146 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.588 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 275 Fälle und für Abhängigkeit 831 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 bis Tabelle A3.6).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden³⁶, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

36

Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in eSuchtmittel dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz (eine Auswertung des Behandlungsjahres 2015 zeigte, dass 62 % der Personen, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Cannabis behandelt wurden, aufgrund einer Auflage in Behandlung waren; http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12__Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf [Zugriff am 12. 7. 2019])

3.3 Stimulanzen

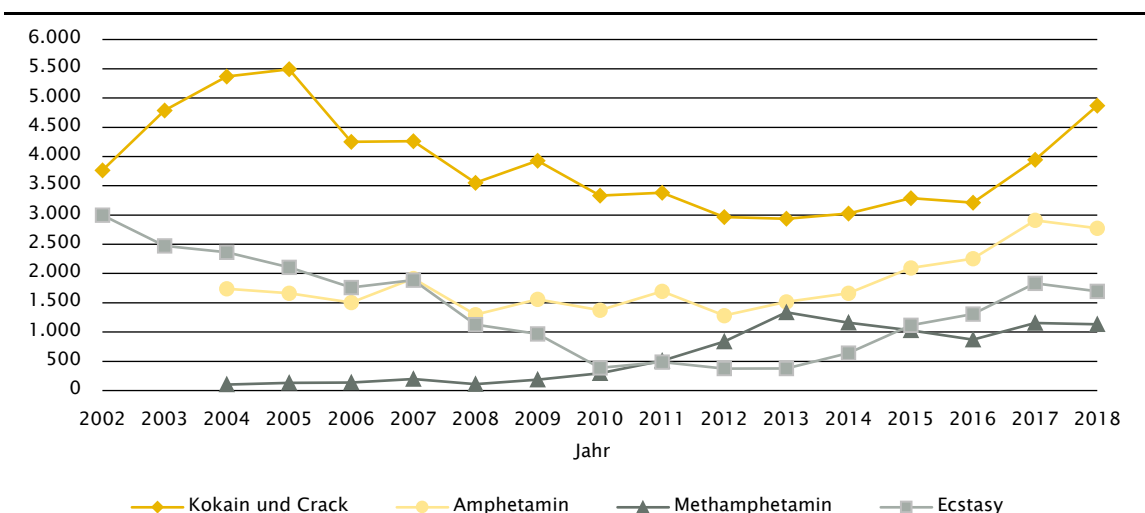
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzenkonsums

Die relative Bedeutung verschiedener Stimulanzen

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten SMG-Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin sowie „Ecstasy“ und Methamphetamin (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). Mit Ausnahme von Methamphetamin zeigt sich seit 2013 für Stimulanzen ein steigender Trend in der Anzeigenzahl. Während 2018 die Anzeigenzahlen für Amphetamin und „Ecstasy“ wieder etwas zurückgegangen sind, steigen die Zahlen hinsichtlich Kokain und Crack weiter stark an.

Abbildung 3.3:

Stimulanzen: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2018



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

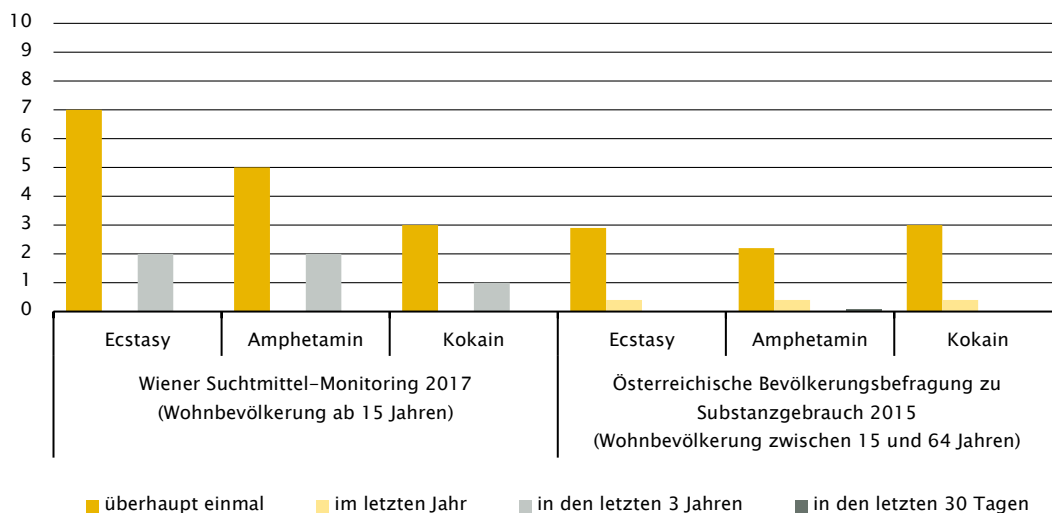
Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass sich in Österreich die meisten Anzeigen auf Kokain beziehen.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzen in der Gesamtbevölkerung

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

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



Anmerkung zur österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015: Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Quelle: IFES 2017, Strizek et al. 2016a; Darstellung: GÖG

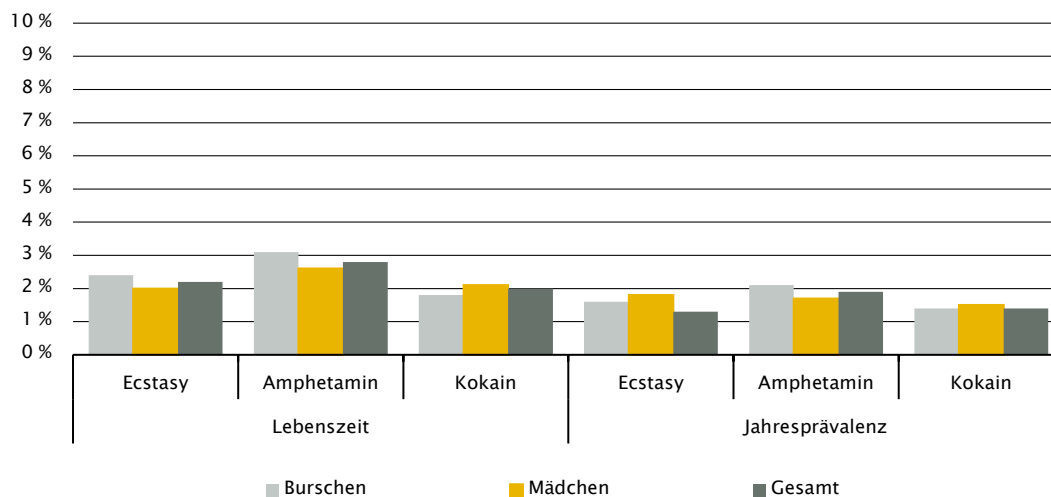
Hinsichtlich der im Abwasser von Innsbruck im Rahmen des SCORE-Projekts festgestellten Abbauprodukte von Kokain zeigt sich zwischen 2016 und 2018 ein Anstieg³⁷. Auch die Anrufe bei der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale, bei denen Kokain eine Rolle spielt (meist in Kombination mit anderen Drogen) ist von 27 im Jahr 2016 auf 50 im Jahr 2018 (vgl. Kapitel 6) gestiegen. Gleichfalls ist der Anteil von Kokain, der im Rahmen des Drug-Checking von Drogenarbeit Z6 angegeben wurde, ebenso wie jener bei *checkit!* in Wien über die Jahre gestiegen (Oberacher 2019, SHW 2019). Zusammen mit dem Anstieg der Zahl von Anzeigen wegen Kokain (bei gleichzeitigem leichtem Rückgang der Anzeigen nach dem SMG insgesamt) könnte das Indizien für einen Anstieg des Kokainkonsums in Österreich darstellen.

37

<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> (Zugriff am 4. 7. 2019)

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

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



Quelle: Strizek et al. 2016b; Darstellung: GÖG

In den Befragungen von Schülerinnen und Schülern zeigen sich durchwegs niedrige Werte hinsichtlich Konsumerfahrungen mit Stimulanzien (vgl. Abbildung 3.5). Gleichzeitig sind – aufgrund des jungen Alters der Befragten nicht überraschend und im Gegensatz zu Konsumerfahrungen unter Erwachsenen – nur geringe Unterschiede zwischen der Lebenszeitprävalenz und der Jahresprävalenz zu beobachten.

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

3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung

Behandlung von Personen, die Stimulanzien konsumieren

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

Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulanzien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG (vgl. Tabelle 3.1). Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Am häufigsten wird ein behandlungsrelevanter Konsum von Kokain festgestellt, gefolgt von Amphetamin (im Vorjahr lag Amphetamin noch an erster Stelle). In der Kategorie Amphetamin war bis 2014 bei amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert, seit 2015 gibt es eine eigene Kategorie Methamphetamin. Insgesamt hat die Feststellung eines behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien bei den amtsärztlichen Begutachtungen im Vergleich zum Vorjahr (N = 357) etwas zugenommen.

Tabelle 3.1:

Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2018

Stimulantium	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
MDMA („Ecstasy“) u. a. Designerdrogen	3	14	9	14	2	10	4	3	59
Amphetamin	2	6	40	44	7	16	7	12	134
Methamphetamin	2	0	2	5	0	4	1	2	16
Kokain	5	54	26	34	17	23	19	31	209
Summe	12	74	77	97	26	53	31	48	418

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

Ö* = Österreich ohne Wien; bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Deswegen liegen aus Wien keine Daten vor.

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Im Jahr 2018 befanden sich etwa 800 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 500 Personen wegen des Konsums anderer Stimulanzien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung von Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2017 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (16 Fälle) und Kokainabhängigkeit (28 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 289 Fälle und für Abhängigkeit 167 Fälle. Schädlicher Gebrauch (19 Fälle) und Abhängigkeit (28 Fälle) anderer Stimulanzien als Kokain wird als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen geringfügig häufiger diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch anderer Stimulanzien 242 Fälle und für Abhängigkeit 99 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 bis Tabelle A3.6).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden³⁸, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien in den genannten Datenquellen nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Daten von *checkit!* zeigen, dass der Trend zu hochdosierten „Ecstasy“-Tabletten weiter anhält. Im Jahr 2013 wurden etwa bei *checkit!* 26 Prozent aller analysierten „Ecstasy“-Tabletten als hoch dosiert eingestuft, im Jahr 2017 waren es bereits rund 80 Prozent. 31,3 Prozent wurden als gesundheitsgefährdend hoch dosiert eingestuft (SHW 2018). 2018 gab es erstmals einen leichten Rückgang des Anteils der als hoch dosiert eingestuften „Ecstasy“-Tabletten (75 %). 21 % wurden als gesundheitsgefährdend hoch dosiert eingestuft (SHW 2019 – vgl. Kapitel 7).

Bei Substanzeanalysen von Drogenarbeit Z6 in Tirol setzt sich der Trend zur hohen Dosierung bei „Ecstasy“ weiter fort. 20 Proben (40 % aller analysierten „Ecstasy“-Tabletten) enthielten mehr als 200 mg MDMA (Drogenarbeit Z6 2019). Hoch dosiertes „Ecstasy“ hat im Jahr 2018 auch zu einigen Todesfällen in Österreich geführt (vgl. Kapitel 6). Der Konsum von „Ecstasy“ scheint aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein (vgl. Kapitel 7).

Bei drogenbezogenen Todesfällen spielen Stimulanzien eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten Überdosierungen ausschließlich durch Stimulanzien (vgl. Kapitel 6).

Injizieren und andere Konsumformen

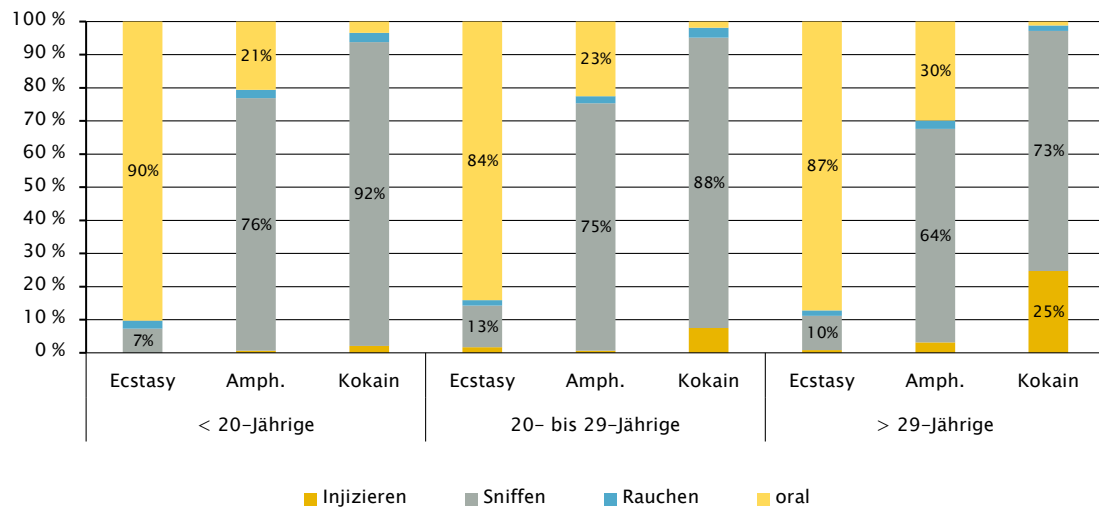
Informationen zur Einnahmeform von Stimulanzien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). „Ecstasy“ wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin vorwiegend geschnitten, aber auch oral konsumiert. Kokain wird meist geschnitten und zu einem geringen Anteil auch gespritzt. Es zeigt sich, dass der intravenöse Konsum von Kokain bei älteren Konsumentinnen/Konsumenten häufiger die vorwiegende Einnahmeform darstellt als bei jungen (vgl. Abbildung 3.6).

38

Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in eSuchtmittel dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz.

Abbildung 3.6:

Stimulanzienkonsum: Anteil der vorwiegenden Einnahmeform pro Altersgruppe und Droge bei Personen, die im Jahr 2018 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben



Amph. = Amphetamin

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Die relative Bedeutung verschiedener Opioide

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthalte Medikamente – einschließlich Substitutionsmitteln. Im Jahr 2018 erfolgten 2.724 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.155 Anzeigen wegen suchtgifthalter Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar. Hinsichtlich des Gebrauchs synthetischer Opioide liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor³⁹.

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

Die Schätzungen zum Opioidkonsum in Österreich beziehen sich auf den risikoreichen Konsum. 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). Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2016 bzw. 2017 machen eine Prävalenzrate von 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums (Mischkonsums) – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa sechs 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 neun Prozent sind unter 25 Jahre alt (39 %: 25 bis 34 Jahre).

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz⁴⁰ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014

39

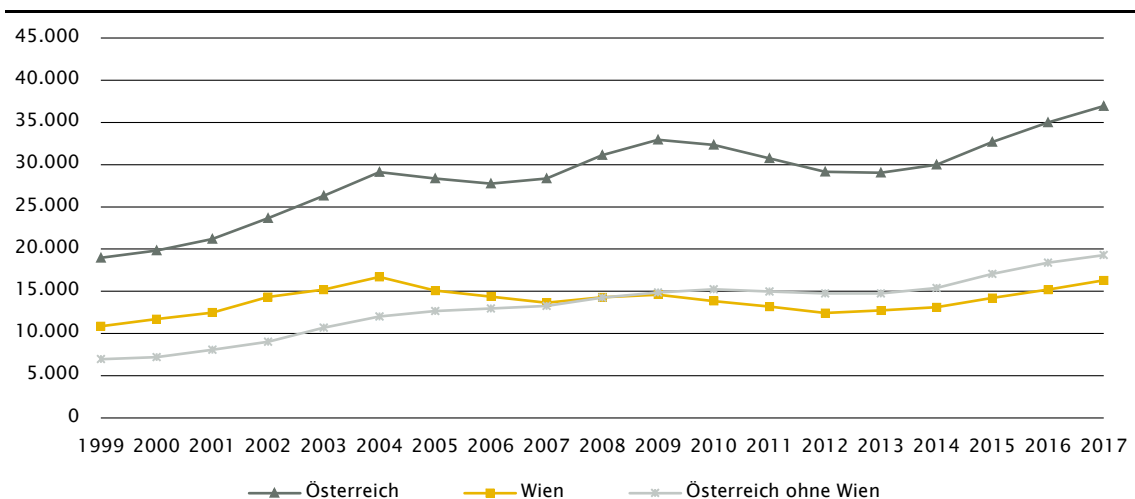
Im Rahmen des Österreichischen Informations- und Frühwarnsystems zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum wurde viermal ein synthetisches Opioid gemeldet. Im Rahmen der Substanzanalysen von *checkit!* wurden in drei Fällen synthetische Opioide festgestellt (ein Fall ist in den obigen vier Fällen inkludiert. An direkt drogenbezogenen Todesfällen waren 2018 keine synthetischen Opioide beteiligt, die unter das NPSG fallen (vgl. Kapitel 6).

40

Die Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden wurde lange Zeit durch das „Ghost-Case“-Problem im Register der Substitutionsbehandlungen erschwert. Personen, deren Behandlungsende nicht gemeldet wurde, verblieben fälschlicherweise als „in Betreuung“ im Register. Dieser Fehler vergrößerte sich kumulativ über die Jahre bis 2007, in dem erste Korrekturmaßnahmen im Register der Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden.

schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. In den letzten Jahren lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten (vgl. Abbildung 3.7).

Abbildung 3.7:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2016 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2017 der Schätzwert für 2017 (aktuellste Schätzung).

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Betrachtet man die Entwicklung für Wien⁴¹ und Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und bis 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Seither steigen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an. Bis 2009 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wird für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenproblemausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 3.7).

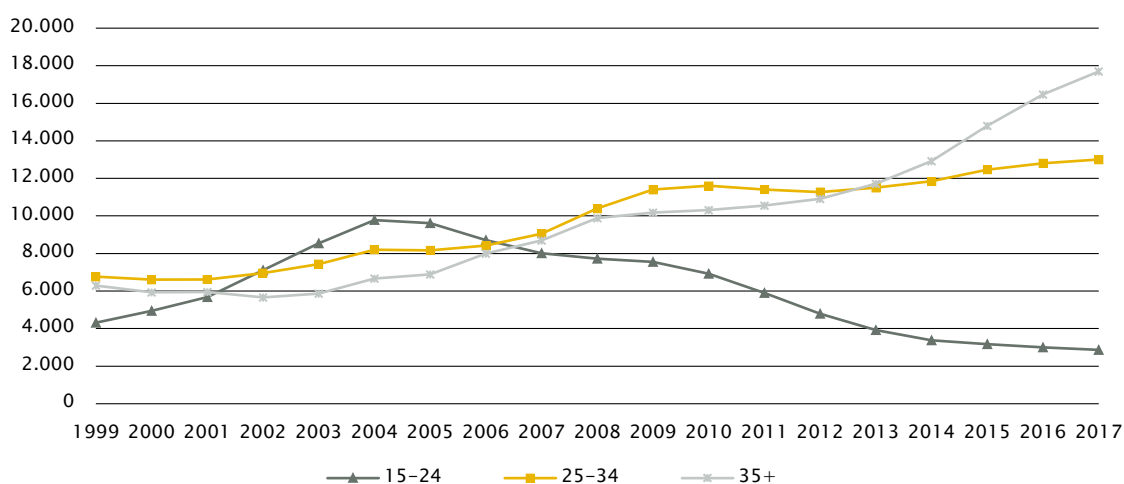
Mit eSuchtmittel konnte das „Ghost-Case“-Problem endgültig beseitigt werden. Für die Schätzungen mit Daten aus früheren Jahren musste jedoch eine für das Jahr 2004 anhand einer Zusatzstudie ermittelte „Ghost-Case“-Korrektur durchgeführt werden. Um den „Ghost-Case“-Fehler in der Zeitreihe auszugleichen, wurden für die Jahre 1999 und 2000 unkorrigierte Schätzungen, für 2001 bis 2007 der Mittelwert aus korrigierter und unkorrigierter Schätzung und ab 2008 (nach erfolgter Korrektur des „Ghost-Case“-Fehlers mit Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel) unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

41

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

Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.8.) Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/-innen). Ab 2014 pendelt sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und aktuell in der Altersgruppe über 34 Jahre) kontinuierlich weiter an.

Abbildung 3.8:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2016 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2017 der Schätzwert für 2017 (aktuellste Schätzung).

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

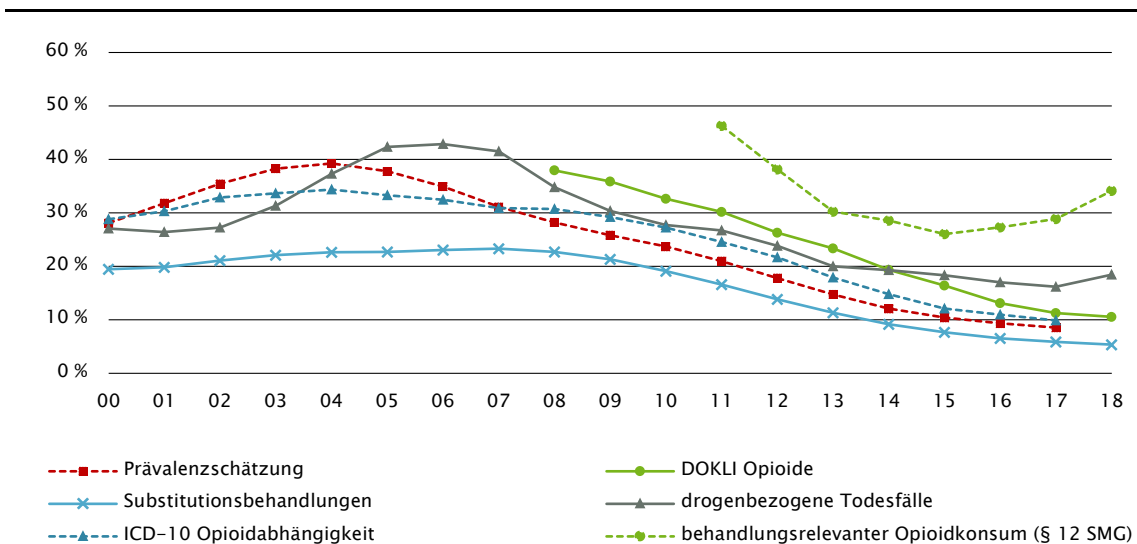
Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Opioidproblematik zurückzuführen (dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 ansteigen). Er dürfte in erster Linie vom chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und vom langen Überleben Opioidabhängiger aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein (vgl. auch Kapitel 5). Möglich ist auch, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt⁴².

42

Seitens der EMCDDA gibt es Überlegungen, einen Teil der Personen, die sich sehr lange stabil in Substitutionsbehandlung befinden („stable OST clients“), aus der Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum herauszurechnen. Diese

Abbildung 3.9:

Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000–2018 (gleitender Mittelwert)



DOKLI-Opiode: alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opiode (2018 erfolgte eine Umstellung auf die Variable „Alter zum Stichtag“, die Zeitreihe wurde daher rückwirkend neu berechnet).

ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (aktuellste verfügbare Daten)

behandlungsrelevanter Opioidkonsum nach § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde; die Angaben sind unvollständig, da Daten aus Wien fehlen (bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird); Daten 2011 und 2012 ohne Kärnten

Bei allen Datenquellen wurde vom Jahr 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt (bei behandlungsrelevantem Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls im Jahr 2011).

Quellen: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, Busch et al. 2014, GÖG – DOKLI, GÖG – drogenbezogene Todesfälle, BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der kontinuierliche Rückgang der Anzahl junger Personen (unter 25 Jahre) mit Opioidproblematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.9) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Bei den drogenbezogenen Todesfällen sowie den Begutachtungen nach § 12 ist im Vergleich zu den Vorjahren ein leichter Anstieg des Anteils der unter 25-Jährigen zu beobachten. Ob es sich hier tatsächlich um eine Trendwende oder – aufgrund der, statistisch gesehen, kleinen Fallzahlen – um statistische Ausreißer handelt, kann erst der Zeitverlauf zeigen.

Gruppe stellt auch ein methodisches Problem beim Capture-Recapture-Ansatz dar, da die Wahrscheinlichkeit für diese Personen, von der Polizei wegen Opioiden angezeigt zu werden, sehr gering ist (Verletzung der Homogenitätsannahme) und führt zu einer Überschätzung der Prävalenz in der Altersgruppe 35+.

3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung

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

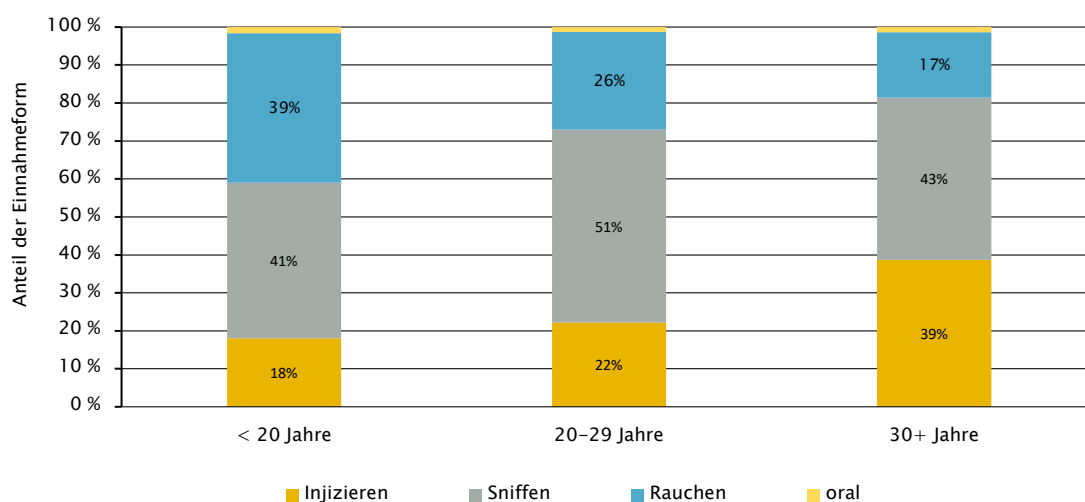
In Kapitel 5 wird die Behandlung von Opioidabhängigkeit dargestellt.

Injizieren und andere Konsumformen

Anhand der DOKLI-Daten lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Konsumierenden bzw. der Dauer des Opioidkonsums und der Einnahmeform von Heroin beobachten (vgl. Abbildung 3.10). So ist bei den Konsumierenden ab 30 Jahren der Anteil intravenös Konsumierender mehr als doppelt so hoch wie bei den unter 20-Jährigen. Beim Rauchen als vorwiegende Einnahmeform zeigt sich im Gegensatz dazu eine in den höheren Altersgruppen stark abnehmende Häufigkeit. Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von nasaler Applikationsform (Sniffen) auf Injizieren umsteigen (Busch und Eggerth 2010).

Abbildung 3.10:

Anteile der Heroineinnahmeformen* pro Altersgruppe bei Personen, die im Jahr 2018 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (n = 1.412)



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

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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.

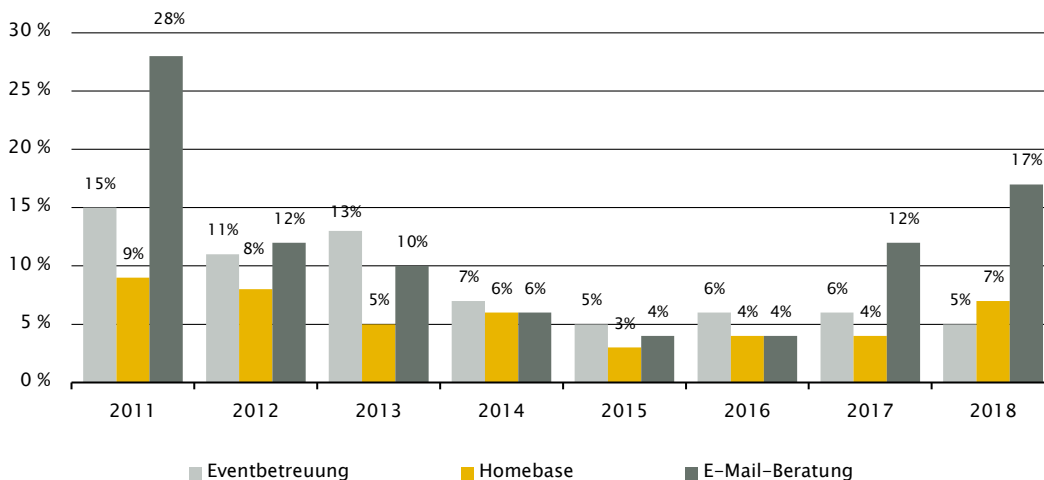
3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

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

Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2018 gab es 133 diesbezügliche Anzeigen (2017: 89, 2016: 78, 2015: 48, 2014: 113 Anzeigen, siehe Kapitel 7). Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung (Weigl et al. 2014). Laut den aktuellsten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) unter einem Prozent (Strizek et al. 2016a). Für 14- bis 17-jährige Schüler/innen liegt Lebenszeitprävalenz bei drei Prozent, die Jahresprävalenz beträgt zwei Prozent (Strizek et al. 2016b).

Abbildung 3.11:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2018



Quelle: SHW 2019

Die in Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Party-Setting. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder „Ecstasy“ die am häufigsten thematisierten Substanzen im Party-Setting. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 3.11). Insbesondere bei E-Mail-Beratungen stieg die Häufigkeit jedoch zuletzt wieder an (2018: 17%). In Analysen der Drug-Checking-Ergebnisse über den Zeitverlauf kommt das *checkit!*-Team zum Schluss, dass der bewusste Konsum von NPS im

Party-Setting eher selten ist. Es wird vermutet, dass bei Events aufgrund der zunehmenden Verfügbarkeit von Partydrogen wie MDMA und Kokain in Reinform diese den NPS vorgezogen werden (SHW 2019). Der Rückgang des Konsums von NPS zeigt sich auch in den Beratungen von *MDA basecamp*. Im Jahr 2018 wurden solche Substanzen in den Beratungsgesprächen am *MDA-basecamp*-Infostand auf diversen Partyveranstaltungen kaum thematisiert (Drogenarbeit Z6 2018; vgl. auch Kapitel 6 und Kapitel 7). 10 Prozent der bei Drogenarbeit Z6 zur Analyse abgegebenen Proben wurden als NPS deklariert (2018 6 %). Details der Analyseergebnisse siehe Kapitel 7.

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle. Punktuell (zeitlich und räumlich) kam es allerdings manchmal zu Häufungen. Der Anstieg der Thematisierung von NPS im Rahmen der E-Mail-Beratungen von *checkit!* könnte jedoch ein Hinweis auf eine steigende Bedeutung abseits der Partyszene sein. Diese Entwicklung sollte genau beobachtet werden. (GÖG/ÖBIG 2012; Busch et al. 2015).

3.6 Neue Entwicklungen

Erstmalig wurde 2018 in Vorarlberg in Hinblick auf drogenspezifische Marker eine Abwasseranalyse in Zusammenarbeit mit der Medizinischen Universität Innsbruck durchgeführt. Ihr Ziel war es, eine Abschätzung des Konsums ausgewählter Drogen im Einzugsgebiet der Kläranlage Hofsteig zu erhalten und diese Daten mit anderen österreichischen bzw. europäischen Städten und Regionen zu vergleichen. Die dazu durchgeführte Pilotstudie für das abwasserbasierte Drogenmonitoring kam zum Ergebnis, dass im überregionalen Vergleich des Stimulanzienkonsums mit Städten/Regionen in der Schweiz, Deutschland, Italien, Slowenien und Österreich die Region Hofsteig einen vergleichsweise niedrigen Gesamtkonsum aufwies. Die Konsummengen waren deutlich niedriger als jene in der benachbarten Schweiz. In etwa vergleichbare Mengen wurden in der Region Hall/Fritzens/Wattens umgesetzt. Der Urbanisierungsgrad scheint einen Einfluss auf den Drogenkonsum zu haben. Der Prokopfverbrauch an Drogen war in städtischen Regionen mit hoher Bevölkerungsdichte höher als in entsprechend dünner besiedelten ländlichen Regionen. Die Ergebnisse wurden im „Vorarlberger Suchtbericht 2018“ (Haller et al. 2018) veröffentlicht und flossen auch in den Bericht der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht „Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städteübergreifende Studie“ ein.⁴³ Abwasseranalysen werden seitens der EBDD als interessante ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. in Bezug auf die Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?“) und über die Charakteristika der Konsumierenden sind dabei nicht möglich (EMCDDA 2019).

43

http://www.emcdda.europa.eu/publications/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 25. 7. 2019)

3.7 Quellen und Studien

3.7.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen nach § 11 bzw. § 12 SMG

Personen, bei denen die Polizei, die Schulleitung, eine Militärdienststelle oder die Führerscheinbehörde annimmt, dass in ihrem Fall ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Begutachtung durch und prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und wirkt im bei Bestehen eines solchen Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Begutachtungsergebnisse müssen dem BMASGK⁴⁴ gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2018 5.843 Begutachtungsergebnisse in Bezug auf 5.617 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). Bei Begutachtungen in Wien wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und pseudonymisiert dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswertungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und zur rechtlichen Einbindung der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

Beratungsgespräche von *checkit!*

checkit! ist ein Kooperationsprojekt zwischen der *Suchthilfe Wien GmbH* und dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an. Im Jahr 2018 verzeichnete *checkit!* 19 Eventbetreuungstage, rund 5.300 Informations- bzw. Beratungskontakte, etwa 2.000 über Workshops erreichte Personen und 1.165 analysierte Proben (SHW 2019).

Beratungsgespräche von *MDA basecamp*

Das *MDA basecamp* ist mit einem Informations- und Beratungsstand ca. zwei- bis dreimal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie zu Wirkung und Gefahren durch deren Konsum. Im Jahr 2018 wurden auf diese Weise 25 Veranstaltungen betreut; insgesamt wurden in diesem Jahr 4.471 Kontakte mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 503 Informationsgespräche und 101 Beratungsgespräche geführt. (Drogenarbeit Z6 2019).

44

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, vormals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

Die Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz betreffenden Daten werden vom BMI gesammelt und jährlich veröffentlicht. Es handelt sich um polizeiliche Anzeigen, die auch die Aktivitäten und Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegeln. Im Jahr 2018 wurden insgesamt 41.044 Anzeigen eingebracht, wovon rund 77 Prozent Cannabis meist als alleinige Substanz, in einigen Fällen auch Cannabis in Kombination mit anderen Substanzen betrafen (siehe Kapitel 7).

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

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier 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. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthalts. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2017 ist das aktuellste Datenjahr, das zu Redaktionsschluss zur Verfügung stand.

Drogenbezogene Todesfälle

Die Daten zu drogenbezogenen Todesfällen werden jährlich vom BMASGK gesammelt siehe Kapitel 6.

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

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

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS. Diese stammen im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) bzw. dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES⁴⁵). Letzteres führt fallweise Analysen jener Substanzen durch, die von BMI oder Zoll sichergestellt wurden. Weitere

45

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

einschlägige Informationen werden von den *Drug-Checking*-Projekten geliefert, d. h. von *checkit!* und seit 2014 auch von *MDA basecamp* (vgl. Weigl et al. 2014).

3.7.2 Studien

Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch (2004, 2008 und 2015)

Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008 und 2015 durchgeführt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die identische Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), ein vergleichbares Samplingprozedere (Zufallsauswahl von Haushalten durch „random walk“ und eine ebenso zufällige Auswahl der Haushaltsmitglieder durch „Last-Birthday-Methode“), das identische Auswertungsprozedere (Gewichtung nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl gleichbleibender Fragemodule weitgehend gegeben.

Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde im Jahr 2015 erstmals die Hälfte der Interviews mittels eines Onlinesamples durchgeführt (die andere Hälfte wurde – wie in den Jahren zuvor – mittels Face-to-Face-Interviews erhoben). Teilnehmer/-innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen.

Der Stichprobenumfang umfasste in der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen). Im Jahr 2008 konnten 4.196 gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden insgesamt 4.014 gültige Datensätze erhoben, und die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Onlinebefragung 51 Prozent.

Eine neuerliche Bevölkerungsbefragung zum Substanzgebrauch ist für 2020 geplant.

Drogenmonitoring Oberösterreich 2019

Das Institut *Suchtprävention der pro mente Oberösterreich* führt im Rahmen des sogenannten *Drogenmonitorings* im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen eine bundeslandweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogenkonsum und Substanzgebrauch durch. Von Dezember 2018 bis Jänner 2019 wurden 1.442 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 Markt-

forschungsinstitut market durchgeführt. Es handelt sich um eine nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und regionale Verteilung repräsentative Quotenstichprobe. Ein Expertenpanel zum Thema Cannabis wird bis Ende 2019 durchgeführt (Seyer et al. in Vorbereitung).

ESPAD (2003, 2007, 2015)

Datenerhebungen im Rahmen des „European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“ (ESPAD) fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007 und 2015 statt (Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b). Dazu wurde jeweils aus allen Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl getroffen, wobei berücksichtigt wurde, dass die Auswahlwahrscheinlichkeit für Schüler/-innen aus kleineren Schulen und für solche aus größeren Schulen möglichst identisch ist. Zielgruppe für den internationalen Datensatz sind dabei Schüler/-innen, die jeweils im Erhebungsjahr 15 Jahre alt werden. Für den österreichischen Datensatz wurden jeweils alle im Sample befindlichen Schüler/-innen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren für Auswertungen berücksichtigt. Der Fragebogen ist mit wenigen Ausnahmen in allen Erhebungswellen identisch geblieben und erlaubt somit sowohl Zeitreihenanalysen als auch international vergleichende Analysen.

Für das nationale Datenfile konnten in der Erhebung im Jahr 2003 5.281 gültige Datensätze realisiert werden, in der Erhebung im Jahr 2007 5.959 und in der Erhebung 2015 8.045 Datensätze. Im Jahr 2015 wurde die Erhebung erstmals online durchgeführt. Hingegen ist die Teilnahmequote auf Schulebene im Laufe der Jahre deutlich gesunken (von 74 Prozent im Jahr 2003 auf 21 Prozent im Jahr 2015, jeweils bezogen auf alle kontaktierten Schulen). Als Grund für die häufiger werdende Teilnahmeverweigerung wird von Schulseite vor allem eine gewisse „Erhebungsmüdigkeit“ durch eine zunehmende Zahl wissenschaftlicher Studien im Schulsetting angeführt.

Eine parallel zur Erhebung im Jahr 2007 durchgeführte Validierungsstudie gab Aufschlüsse über die Validität der Daten. Dabei wurden 100 Schüler/-innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt hatten, 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 (unterschiedlicher Schultypen) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt (Schmutterer et al. 2008).

Die ESPAD-Erhebung 2019 ist derzeit am Laufen. Erste Ergebnisse werden Anfang 2020 vorliegen.

HBSC (2010, 2014, 2018)

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

Alter, Geschlecht, Bundesland und Schultyp repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen Schülerinnen und Schüler. Die Rücklaufquote betrug 72 Prozent (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012). Im Jahr 2014 wurde die Erhebung analog 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). Die Gesamtstichprobe 2018 in Österreich umfasste 7.585 Mädchen und Burschen (Felder-Puig et al. 2019).

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Bei diesem handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau zweier (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehrerer Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten durch die Drogeneinrichtungen. Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten im Bereich drogenbezogener Todesfälle findet sich im „Epidemiologiebericht Sucht 2018“ (Anzenberger et al. 2018). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung darstellen. Die methodischen Limitationen werden z. B. bei Uhl und Seidler 2001, ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2006 und GÖG/ÖBIG 2010 detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittel-Monitoring

Das Wiener Suchtmittel-Monitoring wird alle zwei Jahre im Frühjahr an einer repräsentativen Stichprobe von ca. 600 Personen (*Stratified Multistage Clustered Random Sampling* aus rezentem Adressmaterial des Instituts) in Form mündlicher Interviews an der Wohnadresse der Zielpersonen durchgeführt. Die Erhebung der Konsumerfahrungen findet im Auftrag der *Wiener Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH* seit 1993 mit vergleichbarer Methodik statt (IFES 2001 bis 2017). Die aktuellsten Daten wurden im Jahr 2017 erhoben. Die Ergebnisse der Erhebung 2019 lagen zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Abwasseranalysen im Rahmen des SCORE-Projekts

Seit 2010 werden von einem europaweiten Netzwerk (Sewage analysis CORE – Europe, SCORE) Abwasseranalysen mit standardisierten Verfahren durchgeführt. 2018 nahmen 73 Städte aus 20

Ländern an diesen Analysen teil. In Innsbruck werden seit 2016 im Rahmen dieses Projekts Abwasseranalysen durchgeführt⁴⁶. Abwasseranalysen werden seitens der EBDD als interessante ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. anhand der Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?) und über Charakteristika der Konsumierenden sind nicht möglich (EMCDDA 2019).

3.8 Bibliografie und Anhang

3.8.1 Bibliografie

Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Hojni, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (in Vorbereitung). Epidemiologiebericht Sucht 2019 (in Vorbereitung). Wien

Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2018). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Wien

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

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

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

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

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

Dür, W.; Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

46

<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> (Zugriff am 4. 7. 2019)

Drogenarbeit Z6 (2019). Tätigkeitsbericht 2018. Innsbruck

EMCDDA (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

EMCDDA (2019). Drogenperspektiven – Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städteübergreifende Studie. Lissabon

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

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

Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (13. 7. 2014).

Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs –data. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).

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

Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D.; Maier, G. (2019). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien

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 (2013). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

- Haller, R.; Schmutterer, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Strizek, J.; Tanios, A.; Uhl, A.; Oberacher, H.; Grabher, A.; Prens, A.; Blatter, N.; Bliem, H.; Ludescher, M; (2018). Vorarlberger Suchtbericht 2018. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2017). Suchtmittel-Monitoring 2017. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Oberacher, H. (2019). Drug Checking 2018. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- 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.; 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.; Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Paulik, R.; Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S., Paulik, R., Lehner, R. (in Vorbereitung). Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabis, Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ Linz.
- SHW (2018). Bereich Suchtprävention – Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2019). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016b). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., Felder-Puig, R. (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- Uhl, A.; Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005b). ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Weigl, M.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- WHO (1994). Lexicon of alcohol and drug term. World Health Organisation, Geneva

3.8.2 Anhang

Tabelle A3.1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich, 2005 bis 2017

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 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 2006/07 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15 bis 64 Jahre (n = 11.822)	Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2009)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			„Ecstasy“	14+	2
			Amphetamin	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
			Schnüffelstoffe	14+	2
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			„Ecstasy“	15+	3
			Amphetamin, „Speed“	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	4
			andere illegale Drogen	15+	3
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			„Ecstasy“	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	<1
			Räuchermischung	15+	3
			andere illegale Drogen	15+	2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2013)	Wien 2013 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			„Ecstasy“	15+	4
			Amphetamin	15+	4
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	7
			Liquid Ecstasy	15+	<1
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	2
			andere illegale Drogen	15+	4
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2015)	Wien 2015 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 617)	Cannabis	15+	21
			„Ecstasy“	15+	6
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	5
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	2
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth andere illegale Drogen	15+	<1 3
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15-59 Jahre (n = 984)	Cannabis	15-59	25,7
			„Ecstasy“	15-59	4,4
			Heroin	15-59	2,0
			Methamphetamin	15-59	0,5
			Amphetamin	15-59	2,5
			Kokain	15-59	3,5
			LSD	15-59	2,6
			Kräutermischun- gen	15-59	2,1
			Badesalz	15-59	1,2
			biogene Drogen	15-59	2,5
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Strizek et al. 2016a)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 4.014)	Cannabis	15+	19,5
			„Ecstasy“	15+	2,3
			Methamphetamin	15+	0,3
			Amphetamin	15+	1,7
			Kokain	15+	2,5
			Heroin	15+	0,4
			LSD	15+	1,5
			biogene Drogen	15+	2,7
			Schnüffelstoffe	15+	2,4
			NPS	15+	0,5
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2017)	Wien 2017 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			„Ecstasy“	15+	7
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	3
			Opiate	15+	4
			biogene Drogen	15+	5
			Liquid Ecstasy	15+	2
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth andere illegale Drogen	15+	1 1

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring 77 Oberösterreich 2019 (Seyer et al. in Vorbereitung)	Oberösterreich 2018/2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15-59 Jahre (n = 1.442)	Cannabis	15-59	31,2
			„Ecstasy“	15-59	5,1
			Heroin	15-59	2,1
			Methamphetamin	15-59	2,2
			Amphetamin	15-59	4,9
			Kokain	15-59	5,1
			LSD	15-59	4,3
			Kräutermischun- gen	15-59	4,0
			Badesalz	15-59	2,3

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2018

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
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/Griebler 2007)	Österreich 2005/06 (Lebenszeit)	15-jährige Schüle- rinnen 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/Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schüler/-innen der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.213)	Cannabis	12-19	11
			„Ecstasy“	12-19	2
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	2
			„Speed“	12-19	3
			Schnüffelstoffe	12-19	15
			biogene Drogen	12-19	4
ESPAD Österreich (Strizek et al. 2008)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Bevölkerungsbefragung OO (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 biogene Drogen	15-24	8,9 1,3
Erhebung zum Suchtver- halten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis	14-17	7
			„Ecstasy“	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			„Speed“	14-17	1
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	14-17	1 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 17	14 27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommis- sion 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 Kommis- sion 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis NPS	15-24 15-24	38 7
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	15- und 17- jährige Schülerinnen und Schüler (n = 1.712 bzw. 1.184)		15 17	10 25
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 463)	Cannabis	15-24	34,8
			„Ecstasy“	15-24	4,7
			Heroin	15-24	1,9
			Methamphetamin	15-24	1,4
			Amphetamin	15-24	4,3
			Kokain	15-24	4,7
			LSD	15-24	2,8
			Kräutermischungen	15-24	4,8
			Badesalz	15-24	1,4
			biogene Drogen	15-24	3,8
ESPAD Österreich 2015 Strizek et al. (2016b)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Schüler/-innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 6.560)	Cannabis	15-16	19,9
			„Ecstasy“	15-16	2,0
			Kokain	15-16	1,8
			Crack	15-16	0,6
			Heroin	15-16	0,6
			Amphetamin	15-16	2,7
			GHB	15-16	1,4
			LSD	15-16	1,6
			Schnüffelstoffe	15-16	9,7
			Magic Mushrooms	15-16	2,0
			Methamphetamin	15-16	0,8
HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2019, Teutsch et al. 2019)	Österreich 2018 (Lebenszeit)	15- und 17- jährige Schüler/-innen (n = 1.935 bzw. 1.570)	Cannabis	15 17	13 27

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. in Vorbereitung)	Oberösterreich 2018/19 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren)	Cannabis	15-24	42,3
			„Ecstasy“	15-24	9,2
			Heroin	15-24	4,9
			Methamphetamin	15-24	5,5
			Amphetamin	15-24	7,0
			Kokain	15-24	7,7
			LSD	15-24	7,3
			Kräutermischungen	15-24	7,7
			Badesalzdrogen	15-24	5,5

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.3:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2008	37	828	28	46	8	16	7	5	125	1.538
2009	32	773	24	33	4	15	4	11	122	1.567
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
2016	14	907	58	76	5	13	15	21	114	705
2017	19	847	93	146	16	28	19	28	118	747

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

F19.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper

Substanzen – schädlicher Gebrauch

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

Substanzen – Abhängigkeit

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

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

Auswertungsfiler: exklusive 0-Tage-Aufenthalten und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; seit 2015 werden Patientinnen und Patienten über eine anonymisierte Patienten-ID identifiziert, davor beruhen diese Patientenzahlen auf einer Schätzung der Aufenthalte; aufgrund fehlender Patienten-IDs kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet.

Quelle: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.4:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2008	0,7	14,8	0,5	0,8	0,1	0,3	0,1	0,1	2,2	27,4
2009	0,6	13,7	0,4	0,6	0,1	0,3	0,1	0,2	2,2	27,9
2010	0,4	12,5	0,7	0,8	0,1	0,2	0,4	0,3	2,1	27,0
2011	0,6	15,1	0,7	0,9	0,1	0,2	0,3	0,2	7,0	26,6
2012	0,4	16,5	0,6	1,0	0,1	0,3	0,3	0,3	9,3	24,2
2013	0,3	15,4	0,6	1,3	0,1	0,3	0,3	0,6	6,8	22,9
2014	0,3	20,8	1,2	1,7	0,1	0,1	0,3	0,3	6,8	16,1
2015	0,2	15,3	0,9	1,4	0,1	0,2	0,3	0,4	2,0	11,1
2016	0,2	15,4	1,0	1,3	0,1	0,2	0,3	0,4	1,9	12,0
2017	0,3	14,4	1,6	2,5	0,3	0,5	0,3	0,5	2,0	12,7

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

Auswertungsfilter: exklusive 0-Tage-Aufenthalten und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; seit 2015 werden Patientinnen und Patienten über eine anonymisierte Patienten-ID identifiziert, davor beruhen diese Patientenzahlen auf einer Schätzung der Aufenthalte; aufgrund fehlender Patienten-IDs kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet.

Quellen: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.5:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2008	159	1.450	648	258	160	83	57	15	592	2.730
2009	189	1.522	806	260	149	65	45	28	597	2.734
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
2016	140	1.717	1.481	715	307	145	238	105	628	1.706
2017	136	1.601	1.588	831	289	167	242	99	671	1.643

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

Auswertungsfilter: exklusive 0-Tage-Aufenthalten und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; seit 2015 werden Patientinnen und Patienten über eine anonymisierte Patienten-ID identifiziert, davor beruhen diese Patientenzahlen auf einer Schätzung der Aufenthalte; aufgrund fehlender Patienten-IDs kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet.

Quelle: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.6:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/-innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2008	2,8	25,9	11,6	4,6	2,9	1,5	1,0	0,3	10,6	48,7
2009	3,4	27,1	14,3	4,6	2,6	1,2	0,8	0,5	10,6	48,6
2010	3,3	28,9	14,9	6,6	2,7	1,2	1,6	0,6	10,2	49,3
2011	3,2	28,5	16,4	7,1	2,7	1,7	1,6	0,8	15,9	50,6
2012	2,5	28,6	17,5	7,6	2,9	1,7	2,0	0,7	17,9	47,3
2013	2,9	29,6	20,8	10,6	3,7	2,1	3,0	1,9	14,4	44,0
2014	2,7	33,9	25,2	12,5	5,2	2,2	3,5	1,6	15,1	37,1
2015	2,1	26,2	21,7	11,2	3,9	2,1	3,8	1,3	9,2	27,2
2016	2,4	29,2	25,2	12,2	5,2	2,5	4,0	1,8	10,7	29,0
2017	2,3	27,2	27,0	14,1	4,9	2,8	4,1	1,7	11,4	27,9

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

Auswertungsfilter: exklusive 0-Tage-Aufenthalten und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; seit 2015 werden Patientinnen und Patienten über eine anonymisierte Patienten-ID identifiziert, davor beruhen diese Patientenzahlen auf einer Schätzung der Aufenthalte; aufgrund fehlender Patienten-IDs kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet.

Quellen: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	97
4.1	Zusammenfassung.....	97
4.2	Aktuelle Situation.....	98
4.2.1	Strategien und Organisation.....	98
4.2.2	Präventionsmaßnahmen.....	104
4.2.2.1	Strukturelle Prävention.....	104
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	106
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention.....	111
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention.....	113
4.2.3	Qualitätssicherung.....	115
4.3	Trends.....	117
4.4	Neue Entwicklungen.....	118
4.5	Quellen und Methodik.....	121
4.6	Bibliografie.....	122
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	124
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	124
4.9	Anhang.....	125

4 Suchtprävention⁴⁷

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Entsprechend dem übergreifenden 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. Es gibt sowohl in Hinblick auf legale als auch illegale Substanzen spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus*, aber auch *move-in* bzw. *Move, Step by Step* (die auch unter anderen Namen umgesetzt werden) und *feel-ok.at*.

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

47

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, liegt der Fokus dieses Berichts auf dem Bereich der illegalen Drogen. Daher werden auch in diesem Kapitel vorrangig suchtübergreifende Maßnahmen bzw. spezifische Maßnahmen zum Thema illegale Drogen berichtet – und auch diese nur beispielhaft.

Trends

Abgesehen von den vielfältigen, hinsichtlich möglicher Suchtformen unspezifischen Maßnahmen liegt in Österreich schon lange ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten auf dem Bereich der legalen Substanzen. Dieser Trend hat sich in den letzten zehn Jahren noch verstärkt, sodass spezifische Maßnahmen zur Vorbeugung der Entwicklung einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen inzwischen eher eine untergeordnete Rolle spielen. Ein Fokus lag auf Maßnahmen zur selektiven Prävention. Damit – und durch Anpassungen universeller Maßnahmen – soll sichergestellt werden, dass auch besonders vulnerable Gruppen besser erreicht werden.

Neue Entwicklungen

Hinsichtlich struktureller Prävention sind die Themen Rauchen und Jugendschutz weiterhin stark im Fokus diverser Aktivitäten. Im Berichtszeitraum sind neue Angebote entstanden, z. B. *ready4life*, ein Lebenskompetenzprogramm der universellen Suchtprevention.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) sowie in der *Österreichischen Suchtpreventionsstrategie* finden sich Ziele oder Leitsätze für die Suchtprevention. Darin wird zu meist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und substanzun gebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bil dungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Kon sum als Thema der Suchtprevention mit berücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädago gischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Per sönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. In manchen Strategien wird auch das Erlernen eines kritischen Umgangs mit z. B. psychoaktiven Substanzen als Ziel formuliert. Die *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* etwa betont die Be deutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigen verantwortung als Prinzip der Suchtprevention. Der *Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020* ver steht unter einem kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. mit Verhaltensweisen die Verhinderung des Konsums, das möglichst lange Hinauszögern des Konsumbeginns, die Be stärkung in punktueller Abstinenz sowie die Entwicklung von Risikokompetenz (Land Salzburg 2016). Die *Österreichische Suchtpreventionsstrategie* weist darauf hin, dass auch erwachsene Per sonen mit passenden Maßnahmen erreicht werden sollten (BMG 2015).

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

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. jene des Bildungsressorts oder die den Health-in-All-Policies-Ansatz verfolgenden Gesundheitsziele Österreich; vgl. auch Kapitel 1). Hier ist vor allem der *Grundsatzertlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008)⁴⁸. Auch die Grundsätze schulischer Suchtprävention⁴⁹ sind von Relevanz.

Auf Ebene der Bundesländer gibt es ebenfalls strategische Dokumente, die sich auf Suchtprävention beziehen, z. B. die Tabakpräventionsstrategien in Kärnten⁵⁰ und der Steiermark⁵¹, die beide weiterhin umgesetzt werden (Drobesh-Binter, p. M.), sowie der steirische *Aktionsplan Alkohol*⁵² (APA). Im Zuge der Umsetzung dieser Strategien kommen neben spezifischen auch substanzübergreifende Maßnahmen zum Einsatz (z. B. *feel-ok.at*⁵³). Die Maßnahmen des APA sollen die gesamte

48

<http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/?L=0> (Zugriff am 9. 7. 2019)

49

<http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention> (Zugriff am 9. 7. 2019)

50

<http://kaernten-rauchfrei.at/> (Zugriff am 9. 7. 2019)

51

http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf (Zugriff am 9. 7. 2019)

52

<http://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention> (Zugriff am 9. 7. 2019)

53

http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (Zugriff am 9. 7. 2019)

steirische Bevölkerung sowie primär moderate und problematische Konsumgruppen ansprechen (Land Steiermark 2013).

Schließlich sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu nennen, die zwar keinen offiziellen Charakter haben, aber einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen leisten⁵⁴. Das *Positionspapier Tabak* (ARGE Suchtvorbeugung 2014) fordert eine langfristige österreichweite Tabakstrategie, eingebettet in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Als Vision wird in diesem Positionspapier *Nichtrauchen als Normalität* definiert⁵⁵, als Ziele werden „Raucheinstieg verhindern“, „Rauchausstieg unterstützen“ und „Nichtraucherschutz“ genannt. Das Positionspapier listet eine Vielfalt von Maßnahmen auf, die aus Sicht der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* sinnvoll sind und zur Senkung des Tabakkonsums beitragen können. Das *Positionspapier Alkohol* umfasst 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich (ARGE Suchtvorbeugung 2016). Darunter finden sich alkoholspezifische Empfehlungen wie z. B. jene, einen österreichweiten Aktionsplan zu erstellen oder die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu ändern, aber auch solche, die suchtübergreifend relevant sind. Dazu gehören insbesondere folgende Empfehlungen:

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

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

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 sowie Mitarbeiteranzahl und damit auch im Umfang der umgesetzten Projekte äußert. Während beispielsweise die burgenländische Fachstelle dem *PSD Burgenland* zugeordnet ist und die Fachstelle für Suchtprävention NÖ Vereinsstatus hat, gehört die Landesstelle Suchtprävention Kärnten zur Abteilung 5 (Gesundheit

54

<https://www.suchtvorbeugung.net> (Zugriff am 9. 7. 2019)

55

Bereits mit der Tabakgesetznovelle 2004 (BGBl I 2004/167) wurde dieser Paradigmenwechsel gesetzlich verankert, seither gilt Nichtrauchen als Norm und Rauchen als Ausnahme.

und Pflege), Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination des Amts der Kärntner Landesregierung.

Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung und Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll. Dies sind großteils Lehrende, aber auch Nachmittagsbetreuer/-innen, Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, Freizeitpädagoginnen und -pädagogen, Entscheidungsträger/-innen in Gemeinden und Betrieben etc. Durch einen Multiplikatorenansatz soll außerdem sichergestellt werden, dass primär pädagogische Maßnahmen umgesetzt werden und sich in dem jeweiligen Setting ein gesundheitsförderndes und suchtpreventives Umfeld entwickelt (Prenn 2018). Die Angebote der Fachstellen decken nicht nur unspezifische und spezifische Maßnahmen ab, sondern auch verschiedene Settings und Ansätze, meist in den Bereichen universelle⁵⁶ und selektive⁵⁷ Prävention. Maßnahmen zur indizierten Prävention⁵⁸ werden zwar durchaus auch von den Fachstellen konzipiert, die Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend durch Mitarbeiter/-innen anderer Einrichtungen (z. B. Drogenberatungsstellen) oder von Beschäftigungsangeboten. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung suchtpreventiver Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

Zusätzlich sind je nach Bundesland weitere Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert. Dies sind u. a. Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung ist. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamte der Polizei sowie Schulärztinnen und -ärzte und die Schulpsychologie in der Suchtprävention aktiv. Sie kooperieren teilweise eng mit den Fachstellen bzw. verwenden einheitliches Material. Ein Erlass des BMI stellt den Einsatz geschulter Präventionsbeamter sicher, sie werden u. a. durch die Fachstellen geschult bzw. absolvieren eigene Schulungen (z. B. im Rahmen des österreichweit eingesetzten kriminalpräventiven Programms *Look@your.Life*; vgl. Weigl et al. 2017). Zusätzlich werden in manchen Bundesländern Koordinatorinnen/Koordinatoren für schulische Suchtprävention eingesetzt, die ebenfalls von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen. Langjährige

56

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

57

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

58

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

Erfahrungen mit solchen Kooperationen gibt es beispielsweise in Tirol (*Schulische Suchtinformation*)⁵⁹ und Oberösterreich (*Koordinatorinnen/Koordinatoren für schulische Suchtprävention*)⁶⁰ (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). In Salzburg ist in der Bildungsdirektion eine eigene Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit (KIS) eingerichtet, die sich mit Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention beschäftigt. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/-innen spielen eine Rolle, z. B. ist *Styria vitalis* Trägerin der internetbasierten Präventionsmaßnahme *feel-ok.at* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). 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.

Zur Entwicklung und Koordination österreichweiter Maßnahmen sowie von Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung haben sich die Fachstellen zur *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zusammengeschlossen. Diese organisiert eine jährliche Fachtagung für ihre Mitarbeiter/-innen (vgl. Abschnitt 4.2.3), hat aber auch die Aufgabe, die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. Bundesdrogenforum, Alkoholforum) zu vertreten. Dazu gehört auch, zu aktuellen politischen Vorhaben aus fachlicher Sicht Stellung zu nehmen (siehe die erwähnten Positionspapiere).

In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Zusätzlich gibt es beispielsweise in der Steiermark die *Arbeitsgruppe SAG*, die aus Suchtkoordination (Land Steiermark und Graz), der Fachstelle für Suchtprävention, verschiedenen Fachabteilungen, Vertreterinnen/Vertretern der Exekutive (Sicherheitsdirektion, Bundespolizeidirektion, Landeskriminalamt), der Kinder- und Jugendanwaltschaft, dem Landesschulrat, dem Landesjugendreferat, dem Landesverband der Elternvereine, der Drogenberatung des Landes und Vertreterinnen/Vertretern des Drogenfachgremiums besteht. Zusätzlich gibt es regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteuren und Institutionen wie z. B. dem in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstalteten *Präventionsfrühstück*⁶¹ oder regionale Arbeitskreise.

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

Maßnahmen zur Suchtprävention können aus verschiedenen Budgets finanziert werden, wobei dafür vorrangig Budgets der Bundesländer aus dem Bereich Gesundheit (z. B. jene der Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen werden. Laut Salzburger Rahmenplan stellt das Salzburger Behindertengesetz (konkret § 10) die

59

http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinformatio (Zugriff am 9. 7. 2019)

60

<https://www.praevention.at/schule/bildungsangebote-fuer-lehrkraefte/lehrgang-koordinatorin-fuer-suchtpraevention> (Zugriff am 9. 7. 2019)

61

<http://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/salzburgen-praeventionsfruehstueck> (Zugriff am 9. 7. 2019)

Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar (Land Salzburg 2016). Auf Bundesebene besteht eine Finanzierungsmöglichkeit über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), diese betrifft jedoch vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer und erfordert eine Kofinanzierung. Das Bildungsressort finanziert im Wesentlichen die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Darüber hinaus werden Informationsmaterialien zum Thema „Suchtprävention in der Schule“ erarbeitet und aktualisiert (BMUKK 2012 und BMUKK 2007)⁶² oder Projekte zu unterschiedlichen Gesundheits- und Umweltthemen über den Bildungsförderungsfonds für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung gefördert. Weitere Maßnahmen wie z. B. die Schulsozialarbeit oder das Jugendcoaching (vgl. Abschnitt 4.2.2.1), die nicht spezifisch auf Suchtprävention ausgerichtet sind und eher der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, werden vom Sozialressort (seit 1. 1. 2018 BMASGK) finanziert. Eine weitere, wenn auch geringe Rolle spielen andere Quellen wie z. B. das Gesundheitsressort (seit 1. 1. 2018 BMASGK) oder Stiftungen bzw. andere private Quellen (wie z. B. Rotary Austria). Eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es nicht. Erhebungen von Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention werden zwar in unregelmäßigen Abständen durchgeführt, bieten aber nur ein recht grobes Bild (zuletzt für das Jahr 2016; vgl. Kapitel 1).

Schulische Programme wie *plus* oder *Gemeinsam stark werden* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2 bzw. 4.4) werden von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert. Für die Umsetzung anderer suchtpreventiver Maßnahmen fallen manchmal Kosten an, die die „Auftraggeber“ (d. h. Schulen, Kindergärten etc., die an Programmen teilnehmen wollen) aus den eigenen Budgets zu tragen haben bzw. von den Eltern übernommen werden müssen. Das Tiroler Angebot *Schulische Suchtinformation* beispielsweise setzt Präventionsbeamte und Mitarbeiter/-innen von *kontakt+co* in ihrer Arbeitszeit ein, die Kosten für Einsätze von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Suchtberatung werden von *kontakt+co* übernommen. Nach einer Vereinbarung mit dem Landesschulrat fallen für die Schulen nur dann Kosten an, wenn von der Schule kein Dokumentationsblatt übermittelt wird.

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 Förderrichtlinien⁶³ zu berücksichtigen).

In Österreich besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind jedoch gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zu verwenden. Ein Promille der Einnahmen aus dem Glücksspielbereich ist für die Stabsstelle für Spielerschutz und deren Belange gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl 1989/620). Aus diesen Quellen dürfte jedoch nur ein äußerst geringer Anteil für konkrete Maßnahmen der Suchtprävention

62

<http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtprevention> (Zugriff am 9. 7. 2019)

63

<https://sdw.wien/de/ueber-uns/foerderungen> (Zugriff am 9. 7. 2019)

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 *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu finden. In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird nunmehr festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll, dabei aber auch Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel einfließen sollen.

4.2.2 Präventionsmaßnahmen⁶⁴

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das unmittelbare Umfeld hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche bzw. junge Erwachsene psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren. Es wird daher mit vielfältigen Maßnahmen versucht, das Umfeld Jugendlicher und junger Erwachsener so zu gestalten, dass es schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, die Wahrscheinlichkeit für den Konsum psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen vom Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen zum Jugendschutz und zur Gesundheitsförderung⁶⁵ bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, die die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher bzw. junger Erwachsener und indirekt auch deren Gesundheit 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 gesundheitsfördernd zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu fördern, sind in den österreichischen Gesundheitszielen (BMGF 2017), der Gesundheitsförderungsstrategie (BMG 2014) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) verankert, aber auch in entsprechenden Strategien der Bundesländer.

64

Aus der Fülle von Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Dabei werden jene bevorzugt erwähnt, die bundesländerübergreifend bzw. zumindest innerhalb eines Bundeslandes möglichst flächendeckend angeboten/umgesetzt werden. Die Beschreibung dieser Aktivitäten konzentriert sich auf Ansätze, Ziele und Zielgruppen. Details wie Fördergeber und Kooperationspartner sind auf den Websites oder in anderen Informationsmaterialien der jeweiligen Fachstelle zu finden.

65

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>

(Zugriff am 9. 7. 2019)

Konkret gefördert wird dies z. B. durch Initiativen wie *Gesunde Schule* oder *Gesunde Gemeinde* sowie das *Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung*. Auch die Initiative des Bildungsministeriums zur Förderung der Schulqualität in der Allgemeinbildung (SQA)⁶⁶ kann hier Einfluss ausüben, da der Lebensraum Klasse und Schule als ein Qualitätsbereich definiert wurde. Für den Qualitätsbereich Lernerfahrungen und Lernergebnisse ist definiert, dass sich seine Qualität an den Kompetenzen der Schüler/-innen und der physischen und psychischen Gesundheit aller Beteiligten zeigt. Die konkreten Themen, an denen im Sinne einer Qualitätsentwicklung gearbeitet werden soll, werden von der Schule selbst festgelegt und können z. B. Gesundheitsförderung oder Suchtprävention sein.

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

Maßnahmen, die sich direkt an Kinder und Jugendliche richten und deren Lebensumfeld positiv beeinflussen sollen, sind z. B. die außerschulische Jugendarbeit generell (mit dem Ziel, adäquate Räume für Jugendliche zu schaffen und Lobbyarbeit für Jugendliche zu betreiben), die Schulsozialarbeit (mit dem Ziel, die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen) oder das Jugendcoaching (mit dem Ziel, Schulabbrüche zu verhindern). Zu erwähnen sind auch die zunehmend umgesetzten *Jugendgesundheitskonferenzen*⁶⁷, bei denen die im Vorfeld von den Jugendlichen durchgeführten Projekte und dabei erarbeiteten Vorschläge rund um das Thema Gesundheit präsentiert werden.

Hinsichtlich struktureller Maßnahmen mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol und Tabak sei auf die aktuellen Landes- und Bundesgesetze verwiesen (vgl. auch Abschnitt 4.4) bzw. auf Band 3 des Handbuchs Alkohol (Uhl et al. 2018). Bezüglich Tabak steht die Veränderung sozialer Normen im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des Nichtrauchens und die Sensibilisierung Erwachsener hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. In Bezug auf Alkohol existieren spezifische Maßnahmen zur strukturellen Prävention wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung oder Konsumverbote, gleichzeitig finden Einschränkungen über allgemeine gesetzliche Regelungen, z. B. in der Gewerbeordnung, in der Straßenverkehrsordnung oder im ORF-Gesetz statt. Diese werden jedoch zumeist nicht explizit als strukturelle Prävention wahrgenommen bzw. von Fachleuten als zu wenig weitreichend beurteilt.

66

<http://www.sqa.at> (Zugriff am 9. 7. 2019)

67

Diese werden als ein Schwerpunkt der Vorsorgestrategie 2015/2016 mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz Jugendlicher zu stärken, von der Bundesgesundheitsagentur gefördert. Mehr Information unter https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Vorsorgemittel/Projekte_im_Zeitraum_2017_bis_2021 (Zugriff am 9. 7. 2019)

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet. Sie beziehen sich auf substanzungebundenes wie auch substanzgebundenes Suchtverhalten. Weiters bilden allgemein suchtpreventive bzw. substanzübergreifende Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für darauf aufbauende substanzspezifische Interventionen. Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen setzt auf die Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Peer-Education wird v. a. bei Maßnahmen zum Thema Alkohol eingesetzt (z. B. *PartyFit!* in Wien⁶⁸ oder *Peer drive clean* in oberösterreichischen Fahrschulen), ist aber oft auch substanzübergreifend ausgerichtet (z. B. das oberösterreichische Projekt *Peer-Education*⁶⁹). Die in Österreich eingesetzten Lebenskompetenzprogramme sollen häufig nicht nur zur Suchtprävention beitragen, sondern auch zur Prävention von Gewalt, Suizid und der Entwicklung psychischer Störungen.

Genderspezifische Ansätze werden v. a. beim Thema Essstörungen berücksichtigt, aber auch zu anderen Suchtthemen werden häufig nach Geschlechtern getrennte Workshops durchgeführt. In Niederösterreich gibt es beispielsweise ein substanzübergreifendes Angebot, das sich an Schülerinnen (Fokus auf Essstörungen, mediale Darstellung von Schönheitsidealen etc.) und Schüler (*Männer – Leben – Anders* mit Fokus auf Körper, Körperstyling, risikoreiche Verhaltensweisen, riskanten Alkoholkonsum) richtet (Weißensteiner p. M.). Im Zusammenhang mit Alkohol und Tabak steht 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 weiterer suchtrelevanter Informationen verknüpft (z. B. im niederösterreichischen Projekt *Digital Storytelling*).

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Gemeinsam stark werden*⁷⁰ und *plus*⁷¹; vgl. auch Anhang) gibt es eine Vielzahl regionaler Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt, weiterentwickelt und auf andere Bundesländer ausgedehnt werden. Auch *feel-*

68

<http://www.partyfit.at> (Zugriff am 9. 7. 2019)

69

<https://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/peer-education> (Zugriff am 9. 7. 2019)

70

<https://mitweitblick.org/projekte/lebe-lebenskompetenzprogramm-fuer-die-volkschule> (Zugriff am 3. 7. 2019)

71

<http://www.suchtvorbeugung.net/plus> (Zugriff am 9. 7. 2019)

ok.at wird in den meisten österreichischen Bundesländern umgesetzt. Dieses internetbasierte Programm richtet sich an Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, möchte u. a. einen gesunden Umgang mit Stress, aber auch ein angemessenes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fördern und arbeitet mit Selbsttests, Quiz, Videos etc. Für Lehrpersonen stehen Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, für Eltern Informationen über Zusammenhänge und Unterstützungsangebote. 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 von Aktivitäten auf regionaler Ebene können im gegenständlichen Bericht jedoch nur einige ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

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

Neben den erwähnten österreichweit umgesetzten Programmen *Gemeinsam stark werden und plus* wird z. B. in Niederösterreich bereits seit langem ab der fünften Schulstufe das modulare *Stationenmodell* eingesetzt. Nach einer zweiteiligen Fortbildung für Lehrer/-innen bezüglich suchtrelevanter Basisinformationen und Methoden für suchtpreventive Aktivitäten (inklusive struktureller Maßnahmen) werden ein Elternabend und anschließend ein Aktionstag an der Schule durchgeführt. Eine Ergänzung durch Angebote der Exekutive, z. B. in Form von Workshops für Schüler/-innen oder Information für Eltern, ist möglich. *Clever & Cool*, ein bewährtes Programm aus Oberösterreich, sieht hingegen elf Module mit insgesamt 34 Unterrichtseinheiten für die siebente und achte Schulstufe vor, die in Kooperation mit der Landespolizeidirektion Oberösterreich, dem Jugendservice des Landes Oberösterreich und dem Verein *Bily* (Sexualpädagogik) umgesetzt werden. Der Einsatz von Peers ist das Schlüsselement von *Peer-Education* (Oberösterreich), das sich an Schüler/-innen der 9. bis 11. Schulstufe richtet und Peers darin unterstützt, innerhalb dieser zwei Jahre suchtpreventive Aktivitäten umzusetzen. In Tirol bietet das Programm *Schulische Suchtinformation* durch die Vermittlung eines aktuellen, ausgewogenen und fachlich fundierten Basiswissens (in 2 UE) eine Ergänzung zur Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht im Unterricht. Die Lehrkräfte müssen vorher eine entsprechende Vorbereitungsstunde durchgeführt haben, die Materialien dafür werden zur Verfügung gestellt. Seit dem Schuljahr 2006/07 wurde diese Informationseinheit 800-mal eingesetzt, wodurch mehr als 20.000 Schüler/-innen erreicht wurden.

Auch theater- und erlebnispädagogische Methoden werden zur Stärkung von Lebenskompetenzen gern eingesetzt. Dies gilt für substanzübergreifende Präventionsmaßnahmen (z. B. in Wien unter

den Titeln *Achterbahn 12-14*⁷² als Outdoor-Tag oder als dreitägiges Angebot für die sechste bis achte Schulstufe sowie *GrenzGang*⁷³ als Outdoor-Tag oder Outdoor-Woche für die achte bis 13. Schulstufe, in Niederösterreich das Mitspieltheater *Alles was Flügel hat* für Volksschulen), aber auch für substanzspezifische Angebote (z. B. zum Thema Alkohol in Wien unter dem Titel *Fetter Auftritt – Forumtheater zur Alkoholsuchtprävention*⁷⁴ u. a. für Schüler/-innen und Lehrlinge und in Kärnten als Klassenzimmertheater *Immer und überall* für Schüler/-innen ab der achten Schulstufe oder zum Thema Tabak/Nikotin in Wien unter dem Titel *Hast du Feuer? – Forumtheater zur Tabakprävention*⁷⁵ für Schüler/-innen ab zwölf Jahren). Diese Methoden setzen auf die prägende Wirkung von Erlebtem und dessen Reflexion. Erlebnispädagogische Übungen sollen darüber hinaus auch das Wahrnehmen und Beurteilen riskanter Situationen fördern. Darüber hinaus wird auch der Gruppenzusammenhalt gefördert. Dies gilt z. B. auch für das burgenländische Programm *Freizeit sucht Grenzen*, das seit 2008 speziell für die Schüler/-innen polytechnischer Schulen angeboten wird.

In den Settings **Kinderkrippen, Kindergarten** und **Familie** werden v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umgesetzt sowie Informationsmaterialien bereitgestellt und Elternabende organisiert. Das Stundenausmaß variiert, Ziel ist aber immer die Vermittlung von Wissen und Möglichkeiten in Hinblick auf die praktische Umsetzung von Lebenskompetenzförderung im Kindergartenalltag. Auch die Auseinandersetzung mit den persönlichen Einstellungen und Rollenbildern (z. B. Fortbildungsreihe *Suchtprävention im Kindesalter* von *VIVID* oder der Kurs *Weinen, Wüten, Lachen* aus NÖ) sind wesentliche Bestandteile dieser Fortbildungen, ebenso wie die Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch bzw. Coaching. Das Prinzip des *spielzeugfreien Kindergartens* oder der *spielzeugfreien Kinderkrippe* wird in diesem Zusammenhang ebenfalls immer wieder propagiert und auch umgesetzt (z. B. in der Steiermark, in Oberösterreich und Vorarlberg). Die Stärkung der Zusammenarbeit von Kleinkind-, Kindergarten- und Hortpädagoginnen/-pädagogen mit den Eltern ist oft ebenfalls ein Ziel (z. B. des Kärntner Projekts *Acht Sachen, die Erziehung stark machen*). In Niederösterreich wird ebenfalls im Kindergarten Theaterpädagogik eingesetzt (*Schmetterling & Pandabär*).

Viele Maßnahmen setzen direkt an der Erziehungskompetenz der Eltern an. In allen Bundesländern werden beispielsweise Vorträge für Eltern und Elternworkshops angeboten, die neben einem theoretischen Input viel Zeit für die Diskussion konkreter Situationen aus dem Erziehungsalltag bieten. Die Workshops von *Starke Partnerschaft von Anfang an* in Oberösterreich zielen hingegen

72
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#achterbahn> (Zugriff am 9. 7. 2019)

73
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#grenzgang> (Zugriff am 9. 7. 2019)

74
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#fetterauftritt> (Zugriff am 9. 7. 2019)

75
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#hastdufeuer> (Zugriff am 9. 7. 2019)

darauf ab, die bewusste Gestaltung des Alltags zu dritt bzw. der Paarbeziehung kurz nach der Geburt zu unterstützen, wofür auch die Methode der systemischen Skulpturarbeit (systemic sculpting) eingesetzt wird. Das *Elterncafé* von *VIVID – Fachstelle für Suchtprävention* besteht aus einer dreiteiligen Seminarreihe (dreimal je zwei Stunden) in gemütlicher Atmosphäre, die es Eltern von bis zu zehnjährigen Kindern ermöglicht, Schwerpunktthemen auszuwählen und in einer geschlossenen Gruppe die eigenen Erfahrungen zu reflektieren. Das Programm *Familien stärken*, das unter dem Namen *The Strengthening Families Program* in den USA entwickelt und vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters adaptiert und evaluiert wurde, wird in Wien und Oberösterreich angeboten und möchte das Zusammenleben von Familien mit zehn- bis 14-jährigen Kindern stärken (vgl. Weigl et al 2017). Beide Elternteile und die Kinder üben bei insgesamt elf Terminen über je drei Stunden zuerst getrennt und dann gemeinsam positive Kommunikation und einen konstruktiven Umgang mit Konflikten.

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

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

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

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

Gemeindeorientierte Suchtprävention möchte neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung konkrete, an der spezifischen regionalen Situation orientierte präventive Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Wichtig ist, dass die Gemeinde selbst initiativ wird, dass Partizipation in der Gemeinde gefördert wird und dass 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*⁷⁶ Gemeinden in der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen unterstützt werden.

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

Grundsätzlich gibt es in Österreich einen Konsens mit den entsprechenden Fachleuten, keine **Medienkampagnen** in puncto illegaler Substanzen durchzuführen. Im Berichtszeitraum wurde entgegen diesem Konsens ab Oktober 2018 unter dem Titel „Lass Drogen nicht ans Steuer“⁷⁷ vom Verkehrsressort in Kooperation mit dem Kuratorium für Verkehrssicherheit eine Informationskampagne mit Plakaten in Kombination mit einer Schulung der Exekutive in der Drogenerkennung sowie dem verstärkten Einsatz von Drogenvortestgeräten umgesetzt. Davon abgesehen gibt es Medienkampagnen entsprechend dem Konsens lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelner, meist gemeindeorientierter Projekte bzw. als Bewusstseinskampagnen zum Thema legale Substanzen – und auch dann meist in Kombination mit anderen Maßnahmen. Als Beispiel soll die *Tabakpräventionsinitiative YOLO*⁷⁸ des Gesundheitsressorts erwähnt werden, die seit 2015 österreichweit umgesetzt wird. Sie besteht jedoch nicht nur aus einer Medienkampagne, sondern bietet auch eine *YOLO Quiz App* zum Thema Nichtrauchen und Gesundheit, eine Schülerpartytour, einen Klassenwettbewerb und Aktivitäten, die sich an Eltern richten. Des Weiteren wird über *YOLO* das Programm *plus* verstärkt umgesetzt. *YOLO* wurde 2018 wieder evaluiert (vgl. Abschnitt 4.2.3).

76

<https://www.praevention.at/gemeinde/praeventionsprojekt-wir-setzen-zeichen> (Zugriff am 9. 7. 2019)

77

<https://-infothek.bmvit.gv.at/neue-infokampagne-gegen-drogen-im-strassenverkehr> (Zugriff am 25. 7. 2019)

78

www.yolo.at (Zugriff am 9. 7. 2019)

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Zu den selektiven Präventionsmaßnahmen zählen z. B. Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien**. Diese Maßnahmen basieren auf der Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, entweder im Rahmen von Ausbildungen (an pädagogischen Hochschulen) oder als spezifische Seminare und Workshops u. a. für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen. In diesen Schulungen werden meist theoretische Grundlagen vermittelt und anhand praktischer Übungen und konkreter Beispiele Handlungskompetenzen gefestigt. Weitere wichtige Aspekte sind hier die Reflexion der eigenen fachlichen und persönlichen Grenzen sowie Vernetzungsmöglichkeiten. Der Fokus dieser Schulungen liegt auf der Sensibilisierung von Fachpersonal in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen, da diese aufgrund des Vertrauensverhältnisses betroffene Kinder besonders gut unterstützen können. In Wien werden dazu auch Vertiefungsschulungen angeboten⁷⁹. In der Steiermark wird die Fortbildung „*Darüber spricht man nicht!? – Kindern in suchtbelasteten Familien Halt geben*“⁸⁰ z. B. auch sozialpädagogischen Familienbetreuerinnen/-betreuern angeboten. Direkt an betroffene Kinder (Sechs- bis Zwölfjährige) richtet sich z. B. das von der Beratungsstelle *Clean* (Vorarlberg) umgesetzte Projekt *Trampolin*⁸¹. In einer kostenlosen tiergestützten Kindergruppe wird im Lauf von zehn Einheiten ein Verstehen von Alkohol- und Drogenwirkung vermittelt, im Vordergrund stehen aber der Austausch mit anderen betroffenen Kindern sowie das Stärken des Selbstbewusstseins der Kinder und ihr Umgang mit schwierigen Situationen.

Etliche bereits etablierte Präventionsmaßnahmen zielen auf **Jugendliche** in besonderen Settings ab, z. B. in **sozialpädagogischen Einrichtungen, arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen/Maßnahmen** und **Beschäftigungsprojekten**. Für die meisten der genannten Settings werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/-innen umgesetzt, um ihnen Wissen zu vermitteln, sie für die eigene Vorbildwirkung zu sensibilisieren und ihre Handlungskompetenzen zu fördern. Beispielsweise bietet *VIVID – Fachstelle für Suchtprävention* sowohl einen Lehrgang und eine Weiterbildung zum Thema Suchtvorbeugung als auch individuelle fachliche Beratung⁸² für die Entwicklung einrichtungsinterner Handlungsalternativen und die Umsetzung längerfristig wirksamer Maßnahmen an. Aktivitäten, die sich direkt an die Jugendlichen richten, zielen meist auf eine Förderung von Risikokompetenz ab. Je nach Maßnahme sollen auch andere Fähigkeiten und Kompetenzen gestärkt werden (z. B. die Fähigkeit, Gefühle zu regulieren). Letzteres ist z. B. Ziel des von *VIVID* für Jugendliche angebotenen Programms *CHOICE*. Die Jugendlichen werden dabei aufgrund von Zielsetzung und Inhalten des Programms und nicht aufgrund individuellen Gefährdungspotenzials ausgewählt (Kahr p. M.). Aus ressourcentechnischen und organisatorischen Gründen können nicht

79

<https://sdw.wien/de/praevention/kindergarten> (Zugriff am 9. 7. 2019)

80

http://www.vivid.at/uploads/Kindesalter/161212_BA%20KBBE.pdf (Zugriff am 9. 7. 2019)

81

<http://clean.mariaebene.at/programm-trampolin> (Zugriff am 9. 7. 2019)

82

<http://www.vivid.at/angebot/jugendqualifizierung-und--beschaeftigung> (Zugriff am 9. 7. 2019)

alle Jugendlichen einer Einrichtung gleichzeitig teilnehmen. Teil des Programms ist es auch, mit den Trainerinnen und Trainern ihr Rollenverständnis als erwachsene Bezugspersonen, die Rahmenbedingungen ihrer jeweiligen Einrichtung und den Umgang mit gruppendynamischen Effekten zu reflektieren und dadurch (im Sinne struktureller Prävention) auch hier langfristig Veränderungen zu erwirken.

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

In der **Freizeitpädagogik** liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. Besonderen Stellenwert nimmt hier *checkit!* im Raum Wien ein, das einerseits ein wissenschaftliches Projekt ist, andererseits aber auch Substanztestungen („drug checking“⁸³) vornimmt und konkret vor unerwartet hohen Dosierungen und potenziell gesundheitsgefährdenden Substanzen warnt (vgl. Kapitel 3, 6 und 7) – und dies zur Kontaktaufnahme mit Jugendlichen nutzen kann. Ähnliche Angebote bestehen in Tirol (*Mobile Drogenarbeit Z6*)⁸⁴, Vorarlberg (*taktisch klug*)⁸⁵ und Niederösterreich (*Checkpoint*)⁸⁶, mit Ausnahme von Tirol aber ohne Substanztestung.

Diese Angebote bieten ihre Informationen meist auch über Websites an, ergänzt von entsprechender Onlineberatung, oder über eine App (*taktisch-klug-App*). In den letzten Jahren wurden – von den genannten Angeboten unabhängig – weitere Websites entwickelt, die ebenfalls mit fundierten und vertrauenswürdigen Informationen zu Substanzen und ihren Wirkungen junge Konsumierende unterstützen wollen. Sie sind zum Teil ebenfalls mit weiteren Angeboten verlinkt, so z. B. die Website www.mindyourtrip.eu, die mit einem Onlineberatungstool gekoppelt ist (vgl. Horvath et al. 2018), oder die Website www.knowyourdrugs.at (vgl. Abschnitt 4.4).

83

Unter „drug checking“ ist ein integrierter Ansatz zu verstehen, der die Analyse von Substanzen mit Beratung verknüpft (TEDI 2011). Mehr Information zu dieser Methode unter: <http://www.checkyourdrugs.at/drug-checking-2> (Zugriff am 9. 7. 2019)

84

<https://www.drogenarbeitz6.at/drug-checking.html> (Zugriff am 9. 7. 2019)

85

<https://www.taktischklug.at> (Zugriff am 9. 7. 2019)

86

https://www.fachstelle.at/checkpoint_-_fachstelle_noe_goes_nightlife (Zugriff am 1. 7. 2019)

Als Beispiel für Maßnahmen, die den bereits mit Drogen experimentierenden Jugendlichen Alternativen zum Substanzkonsum aufzeigen, kann *Walk About*⁸⁷ (Tirol) genannt werden. Die erlebnispädagogischen Gruppenaktivitäten ermöglichen, Verhaltensmuster und Gruppendynamiken sichtbar zu machen und für die weitere Reflexion des Substanzkonsums zu nutzen (Z6/Drogenarbeit 2015).

Die Lebenssituation von **Personen mit Migrationshintergrund** kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer psychischen Erkrankung (vgl. Weigl und Gaiswinkler 2019) bzw. einer Suchterkrankung verbunden sein, da insbesondere erzwungene Migration an sich ein traumatisierendes und in der Folge suchtauslösendes Lebensereignis darstellen kann. Im Sinne der selektiven Prävention werden vor allem jene Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen, die aufgrund ihrer aktuellen Lebensumstände und sozialer Faktoren vulnerabel sind und im Rahmen universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden können. Beispiele für solche Projekte sind *Mamma Mia* (Oberösterreich)⁸⁸ und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁸⁹. Deren Ziele, die Förderung der sozialen Vernetzung und die Stärkung der Elternkompetenzen, sollen mithilfe informeller und durch geschulte Personen mit Migrationshintergrund moderierter Gesprächsrunden in den Communitys erreicht werden. In den Projekten *Mamma Mia*, *eltern.chat* wie auch *Treffpunkt Familie* (NÖ) wird mit moderierten Elterngruppen – in verschiedenen Sprachen – in der Wohnung einer einladenden Familie gearbeitet.

Menschen mit Fluchthintergrund sind eine besonders vulnerable Gruppe. In verschiedenen Studien konnte unter ihnen eine erhöhte Prävalenz einzelner psychischer Belastungen nachgewiesen werden, zudem gestaltet sich ihre Erreichbarkeit besonders schwierig (vgl. z. B. Strizek et al. 2017). In den letzten Jahren wurden spezielle Angebote für junge Menschen mit Fluchthintergrund (u. a. UMF) entwickelt. Während *Die Dosis* (Wien) mit Theaterpädagogik arbeitet, wurden in Niederösterreich Workshops für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bzw. ihre Betreuer/-innen angeboten (vgl. Horvath et al. 2018). Für Letztere ist jedoch Ende 2018 die Förderung ausgelaufen, so dass sie von den UMF-Einrichtungen selbst finanziert werden müssten.

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und bei Substanzkonsum, der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist, eingesetzt. Diese Maßnahmen basieren ausschließlich auf einem beobachteten Risikoverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten, beziehen sich meistens auf den Konsum von Alkohol oder sind substanzübergreifend konzipiert. In allen Bundesländern werden

87
<https://www.drogenarbeit6.at/walk-about.html> (Zugriff am 9. 7. 2019)

88
<https://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech> (Zugriff am 9. 7. 2019)

89
<https://familie.or.at/projekt-eltern-chat> (Zugriff am 9. 7. 2019)

seit vielen Jahren unter der Bezeichnung *Movin'* bzw. *MOVE* für Personen aus verschiedensten Bereichen (z. B. außerschulische Jugendarbeit) regelmäßig Fortbildungen in motivierender Gesprächsführung mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen angeboten (vgl. auch Anhang). Im Vordergrund stehen dabei die Kommunikation auf Augenhöhe und der Umgang mit Klientinnen und Klienten mit ambivalenten Einstellungen zu ihrem Substanzkonsum bzw. problematischem Suchtverhalten (basierend auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente⁹⁰). Auch das Programm *SKOLL – Selbstkontrolltraining für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen* wird von Fachstellen eingesetzt, z. B. in Salzburg (vgl. Horvath et al. 2018).

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 in Österreich mehr oder weniger einheitlich umgesetzt (im Wesentlichen in Form von Schulungen). Im Laufe der letzten Jahre wurde das Programm in den einzelnen Bundesländern den regionalen Erfordernissen angepasst und zum Teil auch unter anderen Namen angeboten. Neben der Schulung von Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben (z. B. im Rahmen schulinterner Fortbildungen [SCHILF] für 15–25 Lehrkräfte), wird auch auf anderen Ebenen das Bewusstsein für Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer standardisierten Vorgehensweise gefördert. Spezielle Tools wurden entwickelt, die Lehrlingsverantwortlichen oder Schlüsselkräften in Betrieben wie im Schulsystem konkrete Handlungsanleitungen geben (und z. B. auf der Website *STEPCHECK*⁹¹ zu finden sind). In Kärnten können suchtgefährdete Jugendliche im Sinne des § 13 SMG an das Projekt *Way out* vermittelt werden, das ihnen ermöglicht, im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zu erkennen und ihre psychosozialen Kompetenzen zu stärken. *Way Out* wird als eine gesundheitsbezogene Maßnahme entsprechend § 11 SMG definiert, der Zugang erfolgt ausschließlich über die Paragraphen 12 und 13 des SMG. Eine jugendpsychiatrische Diagnostik ist Teil des Programms (Drobesch-Binter p. M.). In Tirol werden im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine Schulungen für Lehrerinnen und Lehrer angeboten. Diese melden Vorfälle lediglich der Schuldirektion, welche die Schulärztin / den Schularzt oder die Schulpsychologie informiert, die sich dann entsprechend einem eigenen Handlungsleitfaden weiter darum kümmern. Das Thema wird daher in unterschiedlicher Intensität in den regelmäßig stattfindenden Fortbildungen für Schulärztinnen/-ärzte und Schulpsychologinnen/-psychologen angesprochen (Gollner p. M.). Im Burgenland werden zwar Schulungen durchgeführt, dies aber unabhängig von dem Programm *Step by Step* (Fachstelle für Suchtprävention Burgenland 2019).

Das Kärntner Projekt *Grenzwert*⁹² zielt auf Jugendliche ab, die aufgrund ihres riskanten Alkoholkonsums ins Krankenhaus eingeliefert wurden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013). Die Jugendlichen und ihre

90

Mehr Informationen unter <http://www.motivationalinterviewing.org> (Zugriff am 9. 7. 2019)

91

Die Website wurde vom Institut *Suchtprävention der pro mente OÖ* gemeinsam mit der AUVA Landesstelle Linz entwickelt. Mehr Information unter www.stepcheck.at (Zugriff am 9. 7. 2019)

92

<http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=106> (Zugriff am 9. 7. 2019)

Eltern werden dort angesprochen und an den Verein *Neustart* weitervermittelt. In Einzel- und Gruppensettings werden die Jugendlichen zur Reflexion und Reduktion des Konsums motiviert, Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit Gruppendruck werden dabei besprochen. Seit 2016 richtet sich das Projekt auch an Jugendliche, die aufgrund einer Intoxikation durch andere Substanzen eingeliefert werden. Beteiligte Krankenhäuser sind das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach. Ein ähnliches Projekt existiert in Vorarlberg und wird dort von der Caritas umgesetzt (Prenn 2018).

An dieser Stelle sollen auch die *Frühen Hilfen*⁹³ erwähnt werden. Sie bieten durch den Aufbau regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke geeignete Strukturen, die eine passgenaue und frühzeitige Unterstützung von Schwangeren und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern, die belastende Lebensumstände erleben, ermöglichen. Frühe Hilfen integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte, sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie bzw. als universelle Prävention zu verstehen, andererseits als indizierte Prävention, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden. Der Fokus liegt nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtbelastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe der *Frühen Hilfen*. Die bestehenden Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und den Fachstellen für Suchtprävention bzw. der Suchthilfe ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten. Beispielsweise werden in Niederösterreich auf diesem Weg Vorträge zum Thema „Sucht in der Schwangerschaft und Stillzeit“ angeboten, (werdende) Mütter mit problematischem Konsum legaler oder illegaler Drogen können an das Projekt DESK (Drogen, Eltern, Sucht, Kinder) weitervermittelt werden. In Wien kooperiert das regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk mit dem Kooperationsprogramm *Kinder aus suchtbelasteten Familien – klinische Kooperation von Anfang an* und mit *Mobies*, einem Beratungsangebot für (werdende) Eltern mit Suchtproblematik. Der Ausbau des indizierten Frühe-Hilfen-Angebots läuft weiter, mit Stand 31. 12. 2018 standen österreichweit 24 Frühe-Hilfen-Netzwerke zur Verfügung, die 63 von insgesamt 116 politischen Bezirken abdeckten.

4.2.3 Qualitätssicherung

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

- » der „Masterstudien- und Hochschullehrgang zur Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“ der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich in Kooperation mit

93

<http://fruehehilfen.at> (Zugriff am 9. 7. 2019)

der Fachhochschule Oberösterreich, dem *Institut Suchtprävention der pro mente OÖ* und der Johannes-Kepler-Universität (41 Lehrveranstaltungen, 120 ECTS Punkte),

- » der „Lehrgang für Referentinnen/Referenten der Suchtvorbeugung“ der Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich (10 Module),
- » der „Lehrgang für interkulturelle Suchtprävention“ der Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich (vgl. Weigl et al. 2014),
- » Lehrgänge für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie z. B. der Lehrgang zum Thema „Suchtprävention in Schulen“ der Pädagogischen Hochschule in Niederösterreich oder der „Lehrgang zur Ausbildung von Koordinatorinnen/Koordinatoren für Suchtprävention an Schulen in Oberösterreich“,
- » die alle zwei Jahre stattfindenden zweitägigen *Prägend*-Weiterbildungsveranstaltungen des Instituts *Suchtprävention pro mente OÖ* für Mitarbeiter/-innen der Polizei in Oberösterreich (Institut Suchtprävention 2015);
- » der berufsgruppenübergreifende Lehrgang „Jugend & Sucht“ der Landesstelle Suchtprävention für Kärnten, der sich u. a. an Mitarbeiter/-innen von Jugendwohngemeinschaften und Jugendzentren (aufbauende Module mit insgesamt 98 UE) richtet und einen Schwerpunkt auf die Vermittlung von *movin'* (vgl. Abschnitt 4.2.2.4) legt,
- » der Lehrgang „Suchtprävention für Mitarbeiter/-innen der außerschulischen Jugendarbeit sowie von Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationseinrichtungen“ (mit 5 Modulen) in Vorarlberg (Stiftung Maria Ebene 2018) sowie
- » der Lehrgang „Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung“ in der Steiermark (7 Module mit insgesamt 76 Stunden).

Mit den Weiterbildungsmöglichkeiten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie den oben bzw. in Abschnitt 4.2.2 genannten können die verschiedensten Berufsgruppen und Settings abgedeckt werden. Vernetzung ist ebenfalls ein wichtiger Aspekt dieser Angebote und kann durch den Erfahrungsaustausch untereinander ebenfalls zur Qualitätssicherung beitragen.

In diesem Sinne ist auch die jährliche Fachtagung der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu erwähnen, die im Jahr 2018 den Titel „Brennpunkt Gambling!“ trug⁹⁴ und sich dem Thema „Glücksspiel und Sportwetten“ widmete. Des Weiteren ist die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Von der *ARGE Suchtvorbeugung* wird u. a. regelmäßig das *Forum Suchtprävention* organisiert. Auf regionaler Ebene finden ebenfalls regelmäßige Fachtagungen statt. Beispielsweise sei hier die Jugendtagung des *Instituts Suchtprävention der pro mente OÖ* erwähnt, die sich im Jahr 2018 mit dem Thema „Kryptomärkte, Infotainment und Prävention“ beschäftigte (Institut Suchtprävention 2019).

94

<https://www.suchtvorbeugung.net/tagung> (Zugriff am 9. 7. 2019)

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 *Österreichischen 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.

Bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen sind Evaluierungen State of the Art, wobei darauf geachtet wird, dass anlassbezogen ein umsetzbares Evaluationsdesign ausgewählt wird. Prozessevaluierungen finden häufig in Pilotphasen neuer Projekte statt. Im Falle bereits evaluierter und bewährter Methoden werden oftmals ein gutes Monitoring und fallweise Ergebnisevaluationen als ausreichend angesehen. Evaluationsberichte über österreichische Projekte sind teilweise auf den Websites der Fachstellen oder des FGÖ zu finden, wurden früher auch für die EDDRA-Datenbank⁹⁵ der EMCDDA aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Neue Evaluationsergebnisse werden regelmäßig in den Berichten zur Drogensituation beschrieben.

Die Ergebnisse einer **Evaluation** der *Tabakpräventionsinitiative YOLO* aus dem Jahr 2018 (Institut für Jugendkulturforschung 2018) sind auch für andere Präventionsmaßnahmen relevant. Sie zeigen, dass *YOLO* von folgenden Subgruppen schlechter bewertet wird: 14- bis 16-jährige Schüler/-innen, männliche Personen und Schüler/-innen polytechnischer Schulen bzw. Neuer Mittelschulen. Lediglich die Schülerpartys wurden von diesen Subgruppen besser bewertet. Diese Subgruppen schätzen auch die Wirksamkeit von *YOLO* schlechter ein. Es wird daher empfohlen, dass zukünftig auf ihre Bedürfnisse und Wünsche stärker fokussiert wird und v. a. klare und verständliche Erklärungen, die faktenbasiertes Wissen vermitteln, formuliert werden. Auch für Werbeauftritte sollte auf klare und einfache Kommunikation geachtet werden, aber auch auf eine buntere Gestaltung und die Abbildung für Jugendliche und die Gesellschaft aktueller Themen. Auch die Namensgebung sollte überdacht werden. Die Klassenwettbewerbe sollten eher in den jüngeren Altersgruppen (in den ersten beiden Klassen von AHS und NMS) durchgeführt werden, da die Wirksamkeit dort als am höchsten eingestuft wird.

4.3 Trends

Generell sind suchtpreventive Aktivitäten in Österreich substanzspezifisch ausgerichtet. In den letzten zehn Jahren sind bei substanzspezifischen Ansätzen die legalen Substanzen (wie bspw. Tabak) verstärkt ins Blickfeld gerückt. Spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen spielen inzwischen eine eher untergeordnete Rolle. Das ist darauf zurückzuführen, dass Suchtprävention zunehmend entsprechend dem Schadenspotenzial der verschiedenen Suchtformen ausgerichtet wird. Einen wesentlichen Einfluss haben hier aber auch zunehmend knappere Ressourcen. Zugleich wird das Spektrum der Aktivitäten laufend ausgeweitet,

95

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples> (Zugriff am 9. 7. 2019)

sodass auch Gewaltprävention und Suizidprävention sowie die Prävention der Entwicklung psychischer Störungen zunehmend Themen der Fachstellen werden. Dies zeigt sich auch in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen für die österreichweit eingesetzten Standardprogramme. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der Suchtprävention(ssstrategie) werden z. B. seit 2015 in fast allen Bundesländern auch Workshops zum Thema Glücksspiel für Jugendliche angeboten.

Generell werden die etablierten Programme verstärkt umgesetzt und weiterentwickelt, insbesondere die Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Es werden z. B. weitere Berufsgruppen angesprochen und weitere Settings involviert. Darüber hinaus hat sich immer wieder gezeigt, dass die Standardprogramme für bestimmte Schultypen nicht ausreichen bzw. angepasst werden müssen. Schon seit einiger Zeit stehen daher neben diesen Anpassungen auch selektive Präventionsmaßnahmen stärker im Fokus der Fachstellen für Suchtprävention. Während durch die Anpassungen universeller Maßnahmen sichergestellt werden soll, dass auch sozial/sozioökonomisch benachteiligte Personen besser erreicht werden, zielen die selektiven Angebote stark darauf ab, Hochrisikogruppen zu erreichen.

Zusätzlich werden immer wieder Programme, die sich in anderen Ländern bewährt haben, auch in Österreich umgesetzt (z. B. das *Strengthening Families Program* [vgl. Abschnitt 4.2.2]), bzw. wird an der Entwicklung neuer Maßnahmen im Rahmen von EU-Projekten mitgewirkt (z. B. *MindyourTrip*, vgl. Abschnitt 4.2.2.3).

4.4 Neue Entwicklungen

Für das Thema **strukturelle Prävention** ist relevant, dass seit Anfang 2019 der Jugendschutz österreichweit weitgehend einheitlich geregelt ist. Dies betrifft Ausgehzeiten, den Konsum von Alkohol und Rauchen:

- » Jugendliche unter 14 Jahren dürfen sich an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen bis maximal 23 Uhr aufhalten, Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren dürfen dies bis 1 Uhr nachts. Ab 16 Jahren gibt es keine Einschränkung.
- » Rauchen ist für Jugendliche unter 18 Jahren verboten. Das gilt auch für den Konsum anderer Tabakerzeugnisse, von E-Zigaretten und (E-)Shishas sowie für den Erwerb und Besitz aller dieser Produkte.
- » Der Konsum, Erwerb und Besitz von Wein und Bier ist ab 16 Jahren erlaubt, der Konsum von gebranntem Alkohol bzw. von Mischgetränken, die solchen enthalten, erst ab 18 Jahren.

Teil dieses Pakets sind Änderungen des Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetzes (TNRSG; BGBl 1995/431 idgF; vgl. auch Horvath et al. 2018), die mit 1. Jänner 2019 in Kraft getreten sind und den Verkauf von Tabakprodukten an Jugendliche unter 18 Jahren verbieten, sowie die Anpassungen der entsprechenden Bestimmungen in den Landesgesetzen. Um die Offene Jugendarbeit bei der Entwicklung gemeinsamer Handlungsstrategien zu unterstützen, wurde vom *Bundesweiten Netzwerk Offene Jugendarbeit (boja)* eine Art Leitfaden (BOJA 2019) erstellt, der mithilfe von Fragelisten durch die einzelnen Schritte führt.

Das im Herbst 2018 aufgelegte Volksbegehren für einen besseren Schutz der Nichtraucher/-innen *don't smoke* wurde von 881.692 Personen unterschrieben⁹⁶. Darin wird die Beibehaltung der 2015 beschlossenen Novelle zum Nichtraucherschutzgesetz und somit ein uneingeschränktes Rauchverbot in der Gastronomie gefordert. Das Volksbegehren wurde dem Nationalrat vorgelegt und in den Gesundheitsausschuss des Nationalrats eingebracht. Nach zwei öffentlichen Hearings im Gesundheitsausschuss wurde jedoch am 27. 3. 2019 ein Antrag auf Umsetzung eines generellen Rauchverbots in der Gastronomie vom Nationalrat abgelehnt. Erst während der Übergangsregierung wurde am 2. 7. 2019 der ursprünglich (2015) angedachte umfassende Nichtraucherschutz vom Nationalrat beschlossen. Mit 1. September 2019 trat ein generelles Rauchverbot in der Gastronomie in Kraft.

Im Mai 2019 fand zum zweiten Mal österreichweit die Dialogwoche Alkohol statt, die im Rahmen zahlreicher Veranstaltungen sowie über eine eigene Website⁹⁷ sowohl Wissen vermitteln als auch zur Reflexion des eigenen Konsums anregen will.

Hinsichtlich **Strategien oder Positionspapieren** kann für den Berichtszeitraum Folgendes konstatiert werden: Der Handlungsleitfaden des Unterrichtsressorts zum § 13 SMG (BMBWF 2018) wurde unter Einbindung der Fachstellen für Suchtprävention überarbeitet. Er beschreibt die zugrunde liegende Haltung (Thema bewusst angehen, lösungsorientiert handeln), erklärt das empfohlene Prozedere im Detail (z. B.: Was wird unter einem begründeten Verdacht verstanden?) und geht dabei auf spezielle Fragestellungen ein. Empfohlen wird darin auch, bei Bedarf das Angebot der Suchtberatungsstellen bzw. die Weiterbildungsangebote der Fachstellen für Suchtprävention für Lehrkräfte in Anspruch zu nehmen. Der überarbeitete Leitfaden wurde bei zahlreichen Fachveranstaltungen zur Bewusstseinsbildung im Schulbereich eingesetzt, z. B. in Salzburg (Akzente Salzburg 2019). Ergänzend wurde in Tirol dazu eine App entwickelt (Quick Guide § 13 SMG)⁹⁸. In Kärnten wurde festgestellt, dass es für den Bereich der Berufsschule und die daran angeschlossenen Internate eines eigenen Leitfadens bedarf (Drobesch-Binter p. M.). Dieser wurde in Kooperation mit solchen Institutionen entwickelt und wird seit dem Herbst 2018 in den relevanten Institutionen vorgestellt.

Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* entwickelte ein neues Positionspapier, dieses Mal zum Thema Spielerschutz und Glücksspielprävention⁹⁹. Darin wird u. a. gefordert, ein Gesamtkonzept zu Prävention und Spielerschutz zu entwickeln, auf dessen Basis – bei ausreichender Finanzierung –

96
<https://dontsmoke.at> (Zugriff am 28. 6. 2019)

97
<https://www.dialogwoche-alkohol.at> (Zugriff am 4. 9. 2019)

98
<https://13er.info> (Zugriff am 3. 7. 2019)

99
<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 9. 7. 2019)

die Themen Glücksspiel und Wetten in laufende Präventionsmaßnahmen integriert werden können (ARGE Suchtvorbeugung 2018).

Im Berichtszeitraum wurden wieder **neue Maßnahmen** entwickelt, bzw. befinden sich solche im Entwicklungsprozess:

- » Seit März 2019 bietet das Institut Suchtprävention in Oberösterreich das in der Schweiz entwickelte interaktive Lebenskompetenzprogramm *ready4life* für Lehrlinge an, dessen Schwerpunkt auf dem Thema Stressbewältigung und Tabak liegt. Umgesetzt wird es mittels Workshops und SMS-Coaching.
- » Im Burgenland wird seit 2019 ein neues Lebenskompetenzprogramm für den Kindergartenbereich umgesetzt. Das Programm *Verwurzelt – Kinder fürs Leben stärken* richtet sich an die gesamten Teams von Kindergärten und -krippen sowie die Eltern und möchte ihnen Wissen in Sachen Suchtentwicklung, Risiko- und Schutzfaktoren etc. vermitteln. Gleichzeitig soll eine suchtpreventive Haltung des gesamten Teams erreicht werden, damit die Umsetzung im Kindergartenalltag bestmöglich gelingt.
- » In Wien wird der Einsatz webbasierter Technologien verstärkt, sowohl in der Suchtprävention als auch in der Suchtberatung/-behandlung (SDW 2019). Dadurch sollen jene Menschen besser erreicht werden, die über andere Wege nicht oder zu spät erreicht werden. Im Bereich der Suchtprävention wird v. a. auf Empowerment und eine Förderung der Gesundheitskompetenz abgezielt. Das in der Schweiz entwickelte anonyme Onlineprogramm *CANreduce* unterstützt bei der Reduktion oder Beendigung des Cannabiskonsums.
- » Der *Verein Dialog* setzte 2018 in Kooperation mit dem Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort das Projekt *Bleib dabei* um (Verein Dialog 2019). Transitmitarbeiter und Transitmitarbeiterinnen in sozialökonomischen Betrieben (SöB) und gemeinnützigen Beschäftigungsprojekten (GBPs) in Niederösterreich sollen einerseits über die Themen psychische Gesundheit allgemein und Sucht im speziellen sowie passende Unterstützungsangebote informiert werden. Andererseits sollen gemeinsam Themen wie Umgang mit Stress und Belastungen am Arbeitsplatz bearbeitet werden, um die Transitarbeitskräfte in ihrer spezifischen Situation zu stärken und so ihren beruflichen Wiedereinstieg zu unterstützen.

Bezüglich der **Weiterentwicklung bestehender Maßnahmen** ist z. B. zu erwähnen, dass die Fachstelle NÖ die Website www.knowyourdrugs.at um Informationen zum Thema Cannabis erweitert hat (Hörhan p. M.). Neben Informationen zu Wirkungen und Risiken ist die Seite mit dem Cannabis-Check-Test auf www.feel-ok.at verlinkt. Junge Menschen sollen so bei fundierten Entscheidungen unterstützt sowie über Unterstützungsmöglichkeiten informiert werden.

Unter dem Aspekt der Weiterentwicklung kann auch berichtet werden, dass in Wien zunehmend E-Learning in der Fortbildung von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren eingesetzt wird (SDW 2019). Aktuell stehen die Module „Grundlagen zu Sucht“ und „Suchtprävention im Kindes- und Jugendalter“ zur Verfügung.

Kinder aus suchtbelasteten Familien sind weiterhin eine wichtige Zielgruppe. Im Rahmen eines steirischen Pilotprojekts wurden im Bezirk Leibnitz von der Drogenberatung des Landes Steiermark Mitarbeiter/-innen der Kinder- und Jugendhilfe geschult (Cichy p. M.). Die Kooperation zwischen Kinder- und Jugendhilfe und Drogenberatung soll damit verstärkt werden.

Als **sonstige Entwicklungen** soll z. B. erwähnt werden, dass das Lebenskompetenzprogramm *plus* (vgl. Abschnitt 4.9) im Burgenland nun im Auftrag der Burgenländischen Gebietskrankenkasse (BGKK) flächendeckend umgesetzt werden soll (Fachstelle für Suchtprävention Burgenland 2019). Die Finanzierung erfolgt über die BGKK, den burgenländischen Gesundheitsfonds und das Landesjugendreferat. Mit der Umsetzung wurde im Frühjahr 2019 begonnen.

In Vorarlberg soll ab Juli 2019 aufbauend auf Ergebnissen der Pilotphase (2016–2019) die Gesundheitsförderung in Kindergärten und Volksschulen nach einem einheitlichen Standard umgesetzt werden (Stiftung Maria Ebene 2019). Unter dem Titel „Gesundes Aufwachsen in Vorarlberg“ stehen für den Kindergartenbereich vier Fortbildungsmodule zu Lebenskompetenzen (inklusive des Schwerpunkts psychische Gesundheit) zur Verfügung. Für die Volksschulen stehen neben der dreitägigen Fortbildung *Gemeinsam stark werden* (vgl. Abschnitt 4.9) weitere Zusatzfortbildungen (z. B. zum Thema Kinder in belastenden Situationen) zur Verfügung. Ein eigenes Lenkungsgremium ermöglicht die Steuerung der Umsetzung.

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen für Suchtprävention, der *Österreichischen ARGE Sucht- vorbeugung*, des Bildungsressorts (seit 2018 BMBWF) und des FGÖ sowie weiterer relevanter Einrichtungen sowie in früheren Berichten zur Drogensituation und im *Best practice portal* der EMCDDA. Aus der Fülle der Präventionsmaßnahmen, die in Österreich umgesetzt werden, wurden hier nur einige Beispiele herausgegriffen. Es wurden v. a. jene Projekte ausgewählt, die zumindest bundeslandweit oder als Pilotprojekte umgesetzt werden. Um die verschiedenen Ansätze in der Praxis herauszustreichen, werden vereinzelt auch Maßnahmen erwähnt, die speziell auf legale Suchtmittel oder substanzungebundenes Suchtverhalten ausgerichtet sind.

Studien

Evaluation der Initiative „YOLO. Leb dein Leben. Ohne Rauch“ (Institut für Jugendkulturforschung 2018): Der qualitative Teil bestand aus vier Workshops mit 10- bis 14-jährigen Schüler/-innen in Wien, Graz und Linz, der quantitative Teil aus einer Repräsentativbefragung mittels Paper-and-Pencil-Fragebogen in den ersten beiden Septemberwochen in jenen Schulklassen, die am YOLO-Klassenwettbewerb beteiligt waren (539 Schüler/-innen wurden dabei befragt).

4.6 Bibliografie

Akzente Salzburg (2019). Jahresbericht 2018. Akzente Salzburg – Initiativen für junge Leute. Salzburg

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

ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung

ARGE Suchtvorbeugung (2018). Positionspapier Glücksspiel und Sportwetten. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung

BMBWF (2018). Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule. Konsum von illegalen Suchtmitteln durch Schülerinnen und Schüler. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wien

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

BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. 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

BOJA (2019). Sicher sein: Konsum von Alkohol, Tabak und verwandten Erzeugnissen in der Offenen Jugendarbeit. Bundesweites Netzwerk für Offene Jugendarbeit

- Fachstelle für Suchtprävention Burgenland (2019). Projektbeschreibungen. Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Kompetenzen Fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Haas, S.; Busch, M.; Kerschbaum, J.; Türscherl, E.; Weigl, M. (2012). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ (Hg.). Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Institut für Jugendkulturforschung (2018). Evaluation der Initiative „YOLO – Leb dein Leben. Ohne Rauch“. Institut für Jugendkulturforschung, Wien
- Institut Suchtprävention (2015). Jahresbericht 2014. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz
- Institut Suchtprävention (2016). Forty four. Das Präventionsmagazin. Nr. 26, Frühjahr/Sommer 2016. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz
- Institut Suchtprävention (2019). Jahresbericht 2018. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Steiermark (2013). Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention. Empfehlungen für die Planungs- und Umsetzungsphase 2014–2020. Version Juli 2013. Graz
- Prenn, A. (2018): Prävention. In: Haller et al. (2018). Vorarlberger Sucht- und Drogenbericht 2018. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Stiftung Maria Ebene (2018). Jahresbericht 2017. Frastanz
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Puhm, A.; Weigl, M. (2017): Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- SDW (2019). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2019. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien

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.

Uhl, A.; Bachmayer, S.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2018). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3: Gesetzliche Grundlagen 2017. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

Verein Dialog (2019). Jahresbericht 2018. Verein Dialog. Wien

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

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Weigl, M.; Gaiswinkler, S. (2019). Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich. Wien

4.7 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

BGBI 1995/431. Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRSZG)

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Amt der Kärntner Landesregierung; Abt. 5 – UA Prävention und Suchtkoordination
Gollner, Gerhard	Kontakt + co Jugendrotkreuz
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Kahr, Claudia	VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
Weißensteiner, Markus	Fachstelle für Suchtprävention NÖ

4.9 Anhang

Österreichweit eingesetzte standardisierte Suchtpräventionsinterventionen der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Die folgenden Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf eine Förderung der Lebenskompetenzen ab. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mithilfe standardisierter Materials, Eltern werden über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss eingebunden und informiert.

Das Lebenskompetenzprogramm *Gemeinsam stark werden*¹⁰⁰ – das 2018 das Programm *eigenständig werden* abgelöst hat – wird in Volksschulen (Sechs- bis Zehnjährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt. Seine Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und Miteinbeziehen des Gruppenprozesses, es baut auf neuen Impulsen aus Resilienzforschung und Entwicklungspsychologie, aber auch existenzieller Pädagogik auf. Damit sollen folgende personalen und sozialen Kompetenzen der Schüler/-innen gestärkt werden: Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen, Selbstfürsorge, Entspannungs- und Genussfähigkeit, Umgang mit Stress und herausfordernden Emotionen, Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit, kreatives und kritisches Denken, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, Selbsterkenntnis und Selbstbehauptung, Umgang mit Differenzen, Fähigkeit zur Wertverwirklichung sowie die Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme. Das Programm umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer/-innen im Ausmaß von 24 UE und stellt für den Unterricht 46 Lehreinheiten zur Verfügung. Es wurde von der Österreichischen *ARGE Suchtvorbeugung* mit der *Weitblick GMBH* entwickelt.

Im Schuljahr 2018/19 wurden in ganz Österreich 499 Lehrer/-innen ausgebildet und 136 Schulen sowie 432 Klassen erreicht.

Das Lebenskompetenzprogramm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung auf Klassenebene erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch das Berücksichtigen der Zusammenhänge zwischen Problembereichen (Gewalt, Sexualität, Konsum und Sucht) und den Herausforderungen des Alltags sowie geschlechtsspezifischer Bedürfnisse. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ,

100

<https://mitweitblick.org/projekte/lebe-lebenskompetenzprogramm-fuer-die-volkschule> (Zugriff am 3. 7. 2019)

V, W) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer/-innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt sechs Seminartagen. Dabei liegt der Fokus auf Motivation und Haltung sowie der Reflexion der bisherigen Erfahrungen. Eine Anleitung für die Umsetzung der Unterrichtseinheiten bieten die praxistauglich aufbereiteten Materialien.

Seit Beginn des Programms wurden in ganz Österreich 1.631 Lehrer/-innen zertifiziert, 1.919 befinden sich in Ausbildung, geschätzte 3.195 Lehrer/-innen setzen das Programm aktuell um und erreichen damit geschätzte 2.130 Klassen und 48.990 Schüler/-innen.

Unter dem Namen *movin'* bzw. **MOVE**(W) werden von den Fachstellen standardisierte Seminare zur Methode *Motivational Interviewing* angeboten, die nicht nur in der Suchtprävention, sondern z. B. auch in der Suchtberatung eingesetzt wird. Sie ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Seminare dauern durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und -strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (S) oder 2009 (V).

Im Schuljahr 2017/2018 wurden österreichweit 552 Personen in 30 *movin'*-Kursen und in sechs MOVE-Kursen geschult. Folgende Berufsgruppen bzw. Settings wurden dabei erreicht:

Mitarbeiter/-innen von Einrichtungen der Drogen- bzw. Suchtberatung und -behandlung, Suchtprävention, dem Sucht- und Drogenhilfenetzwerk, der Psychiatrie, der Angehörigenarbeit, des Jugendcoachings, der Offenen Jugendarbeit, von Streetwork, Jugendwohneinrichtungen, Berufsin-tegrationseinrichtungen und der Wohnungslosenhilfe sowie Trainer/-innen aus den Bereichen Jugendausbildung, Arbeitsassistenz, Jobcoaching, AMS-Maßnahmen und Qualifizierung. Des Weiteren wurden Sozialarbeiter/-innen der Kinder- und Jugendhilfe, Lehrlingsanleiter/-innen, Familien-intensivbetreuer/-innen, Ernährungsberater/-innen, Gesundheitsreferentinnen/-referenten, Lehrer/-innen, Beratungslehrer/-innen, Psychologinnen und Psychologen, Schulsozialarbeiter/-innen, Ärztinnen und Ärzte, Schulärztinnen und Schulärzte, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Pflegepersonal sowie Berater/-innen geschult.

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung	129
5.1	Zusammenfassung.....	129
5.2	Aktuelle Situation.....	131
5.2.1	Strategien und Koordination.....	131
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	134
5.2.3	Schlüsseldaten	137
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	144
5.2.5	Qualitätssicherung	155
5.3	Trends.....	158
5.4	Neue Entwicklungen.....	161
5.5	Quellen und Methodik.....	163
5.6	Bibliografie	164
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	166
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	166
5.9	Anhang.....	167

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

Grundsätzlich haben suchtkranke Personen den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Dadurch wird ein breites Spektrum an Maßnahmen angeboten, das Beratung bezüglich verschiedenster Aspekte, psychosoziale Betreuung und Behandlung, ambulante und stationäre arzneimittelgestützte Behandlung, ambulante und stationäre Entzugsbehandlung und verschiedene abstinentenorientierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten umfasst. Meist sind diese Angebote nicht spezifisch auf einzelne Substanzen oder Zielgruppen ausgerichtet, es gibt aber auch einzelne zielgruppenspezifische Maßnahmen, z. B. für Kokainkonsumierende, Cannabiskonsumierende oder drogenabhängige Frauen.

Qualitätssicherung von Behandlung erfolgt auf Basis gesetzlicher Vorgaben und Standards auf Bundes- bzw. Landesebene. Ganz wesentlich sind dabei diverse Aus- und Fortbildungen sowie andere Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch (z. B. Tagungen, Qualitätszirkel). Evaluierungen werden eher unregelmäßig durchgeführt.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2018 geschätzt 25.435 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus 5.721 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2018 begonnen haben, und 19.714 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2017/2018 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 20.931 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.790 Personen). Je nach Setting sind die in den Suchthilfeeinrichtungen betreuten oder behandelten Klientinnen/Klienten eher jünger (kurzfristige Kontakte) oder älter (langfristige stationäre Behandlung). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 74 und 81 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden

Schulabschluss auf. Der Großteil jener Klientinnen/Klienten, die eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hat die österreichische Staatsbürgerschaft.

Trends

Aus den DOKLI-Daten wird ersichtlich, dass in der ambulanten drogenspezifischen Behandlung Opioide als Leitdroge bis 2013 abnahmen und seither um einen Anteil von etwa 50 Prozent schwanken. Cannabis hingegen nahm zwischen 2009 und 2014 als Leitdroge zu und bewegt sich in den letzten Jahren um 35 Prozent. Bei den lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen sind diese Trends etwas stärker ausgeprägt (Abnahme der Opiate von fast 50 Prozent auf unter 30 Prozent, Anstieg von Cannabis von etwa 40 Prozent 2009 auf ungefähr 50 Prozent 2019). Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien gewannen in der Behandlung quantitativ an Bedeutung. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums darstellt oder nun auch weniger problematische Fälle – unabhängig von den konsumierten Drogen – in die drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, kann auf Basis der verfügbaren Daten nicht gesagt werden. In den Jahren 2013 bis 2018 verläuft der beschriebene Trend nicht eindeutig. Insgesamt ist bei der Interpretation dieser Daten zu berücksichtigen, dass der weitaus größte Teil von Personen in Substitutionsbehandlung ist und die damit zahlenmäßig relevanteste Gruppe in diesen Zahlen nicht enthalten ist.

Besonders hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹⁰¹ von Personen mit Opioidproblematik.

Neue Entwicklungen

Die Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung sind zunehmend auf integrierte Konzepte ausgerichtet, die regionale Vernetzung steht durchwegs im Vordergrund neuer Entwicklungen. In allen Bereichen wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet – z. B. um die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung auch langfristig abzusichern, Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen oder passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können.

101

Die In-Treatment-Rate ist der Prozentsatz von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, der sich in Behandlung befindet.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht-/Drogenstrategien** der neun Bundesländer, der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt (vgl. auch Kapitel 1 und 2). Die Suchtgiftverordnung (BGBl II 1997/347) definiert den Rahmen für die Substitutionsbehandlung, die Weiterbildungsverordnung (BGBl II 2006/449) die Voraussetzungen für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 5.2.4 und 5.2.5). Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sind auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und die Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

Die bestehenden Sucht-/Drogenstrategien betonen großteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen und -methoden. Nur interdisziplinäre Teams können auf die unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen sowie die individuellen Problematiken und Bedürfnisse eingehen. Ein entsprechend breites Handlungsspektrum soll abstinenzorientierte, substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Nachsorge bei suchtkranken Personen und zu deren Integration beinhalten. Dazu sind einrichtungsübergreifende Vernetzung und Kooperation sowie multiprofessionelle Teams notwendig. Sowohl die *Suchtstrategie NÖ* als auch die *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* stellen die Förderung der Lebensqualität unabhängig vom aktuellen Drogenkonsum bzw. dem Vorhandensein einer Abhängigkeitserkrankung als prioritär dar. Die *Suchtstrategie NÖ* beschreibt Abstinenz als mögliches Ziel nach einer Stabilisierung, wobei betont wird, dass die Entscheidung bei den Betroffenen liege. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist auf die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen hin. Immer mehr Strategien verfolgen integrierte Konzepte wie z. B. der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020 (Land Salzburg 2016), das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025 (Land Vorarlberg 2014) oder der Strukturplan Gesundheit 2025 für die Steiermark (Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Diese Konzepte zielen auf eine suchtübergreifende Ausrichtung bzw. überhaupt auf eine stärkere Verankerung im allgemeinen Gesundheitswesen bzw. speziell im Bereich der Psychiatrie ab (vgl. auch Abschnitt 5.4 und Kapitel 1).

Hinsichtlich konkreter Maßnahmen gibt es unterschiedliche Pläne. Einige Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer betonen beispielsweise die Notwendigkeit einer getrennten Versorgung jugendlicher und erwachsener Suchtkranker. In manchen Strategien werden getrennte Angebote für Konsumierende verschiedener Substanzen geplant, andere legen den Fokus auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Vernetzung spezialisierter Einrichtungen mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem (z. B. Wien, Salzburg). Der Abklärung und langfristigen Begleitung/Behandlung sowie der Reintegration wird im ambulanten Setting ein hoher Stellenwert eingeräumt. In Niederösterreich ist daher ein Ausbau des ambulanten Angebots vorgesehen, was Ambulanzen mit multiprofessionellen Teams als sogenannte Kompetenzzentren einschließt. Das Burgenland beschränkt sich auf ambulante Behandlung und Betreuung, stationäre Plätze (abgesehen von Entzugsbehandlungen) sollen aufgrund der geringen Fallzahlen v. a. in den angrenzenden Bundesländern mitfinanziert werden. Auch andere Bundesländer betonen die Notwendigkeit, Angebote

über Bundesländergrenzen hinweg zu nutzen. In vielen Bundesländern sind der gezielte Abbau von Unterversorgung und die Verbesserung bzw. Optimierung bestimmter Behandlungsformen oder Maßnahmenbereiche (z. B. die Versorgung in Krisensituationen, mit Wohnstrukturen und Arbeitsplätzen) ein Thema. In Vorarlberg liegt der Fokus auf sofortiger therapeutischer Hilfe (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*). Angebote für Angehörige werden auch in mehreren Bundesländern explizit erwähnt; mehrsprachige Angebote der Suchtberatung sind erst seit kurzem ein Thema (z. B. in Niederösterreich).

Die **Koordination der Umsetzung** von Suchtberatung und -behandlung entsprechend den Drogen- bzw. Suchtstrategien/-plänen liegt im Wesentlichen auf Ebene der Bundesländer bzw. bei den dort angesiedelten 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 BMASGK (entsprechend § 15 und 16 SMG)
- » Finanzierung von *Therapie statt Strafe* durch das BMVRDJ (vgl. Kapitel 1)
- » Führen eines Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen in der Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) durch das BMASGK (§ 24 und § 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)
- » Bereitstellen von Suchtgiftvignetten für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2) und einer Datenbank zum Erfassen der Ärztinnen und Ärzte, die zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen gemäß *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (WbVO) berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

In § 15 SMG ist die obengenannte 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 der Höhe der Mittel anderer Gebietskörperschaften abhängig (§ 16 SMG).

Schließlich gibt es auf Bundesebene noch den *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung*, der die Bundesministerin / den Bundesminister für Gesundheit in diesen Angelegenheiten berät (§ 23k SV). Der Ausschuss setzt sich aus sachkundigen Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierungen, der Drogen- oder Suchtkoordinationen der Bundesländer, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, des Hauptverbands der österreichischen Sozialversicherungsträger, der medizinischen Universitäten sowie der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Berufsgruppen und Einrichtungen zusammen. Auf Landesebene ist laut § 23i SV eine Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung einzusetzen.

Eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch die zuständigen Amtsärztinnen und -ärzte. Diese haben u. a. die Qualifikation der Ärztin / des Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob die Ärztin / der Arzt in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Die Amtsärztinnen und -ärzte vidieren die von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ausgestellten Substitutionsdauerverschreibungen: Bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung¹⁰² auch verweigern (vgl. Abschnitt 5.2.5). Weitere rechtlich definierte Aufgaben in diesem Zusammenhang: Kopien von Substitutionseinzelschreibungen müssen von der Apotheke unmittelbar nach Abgabe den zuständigen Amtsärztinnen/-ärzten zur Kontrolle übermittelt werden. Bei Abweichungen von den Verschreibungsvorschriften müssen die Amtsärztinnen/-ärzte eine Kopie der Einzelschreibung an das BMASGK senden und entsprechende Veranlassungen bei der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt einleiten. Weiters werden die Suchtgiftvignetten an bezugsberechtigte Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitseinrichtungen abgegeben. Der Verlust oder Diebstahl von Suchtgiftvignetten ist von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt oder der Gesundheitseinrichtung bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden. Gemeldete Suchtgiftvignetten werden in einer Datenbank des BMASGK erfasst und gesperrt. Die Amtsärztinnen und -ärzte kontrollieren auch die patientenunabhängige Dokumentation der Suchtgiftverschreibungen und stellen Bescheinigungen für das Mitnehmen suchtgifhaltiger Arzneimittel sowie psychotroper Stoffe (z. B. Benzodiazepine) auf Reisen aus (§ 24 SV).

Abgesehen von der Substitutionsbehandlung spielen Amtsärztinnen und -ärzte auch hinsichtlich gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 SMG eine wichtige Rolle (vgl. auch Kapitel 2). Sie entscheiden, welche Personen zu einer Begutachtung eingeladen werden, führen diese durch und treffen entsprechende Einschätzungen hinsichtlich des Drogenkonsums der begutachteten Personen. Des Weiteren entscheiden sie, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist und welcher Art diese sein sollte. In der Folge sollten sie die begutachteten Personen auch dazu motivieren, diese gesundheitsbezogene Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Bei Bedarf können die Amtsärztinnen und -ärzte auch eine Bestätigung dafür einfordern.

Die Österreichische Ärztekammer wiederum ist gemäß § 4 der *Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung* (BGBl. II Nr. 2006/449) dafür zuständig, dass ein ausreichendes Weiterbildungsangebot betreffend die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Abschnitt 5.2.5) zur Verfügung steht. Die Eintragung in die bzw. Streichung aus der Liste der zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen berechtigten Ärztinnen und Ärzte erfolgt durch die Bezirksverwaltungsbehörde.

102

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

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMASGK bzw. der Finanzierung von *Therapie statt Strafe* durch das BMVRDJ werden die Kosten für Suchtbehandlung vor allem von den Bundesländern getragen (vgl. Kapitel 1), und zwar über Objekt- und zunehmend über 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 für die Subjektförderung eine Bewilligung durch das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien (ASDW) erforderlich. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Sozialversicherung, vor allem bei Entzugsbehandlung, Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen und teilweise auch bezüglich der Übernahme von Kosten der stationären Behandlung. Für die Klientinnen/Klienten selbst fallen in der Regel keine Kosten an, selbst von den Rezeptgebühren sind viele befreit. Allerdings fehlt eine österreichweit einheitliche und nachvollziehbare Regelung der Kostenübernahme durch die verantwortlichen Institutionen und Sektoren. In den letzten Jahren konnten in den Bundesländern Vereinbarungen mit der Sozialversicherung getroffen und konnte eine eigene Leistungsposition „Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen“ geschaffen werden (vgl. Weigl et al. 2015). Dadurch ist es möglich geworden, die Substitutionsbehandlung mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse abzurechnen. Dies ist für viele Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung und trägt wesentlich zur Sicherstellung der Versorgung bei.

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich steht Personen mit Suchterkrankung das gesamte Gesundheitssystem zur Verfügung und wird von diesen auch genutzt. Zusätzlich gibt es jedoch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. 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 psychosozialer Dienstleistungen anbietet (z. B. Psychosozialer Dienst Burgenland). Andererseits spielen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner/-innen, Psychiater/-innen), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ambulanzen von (psychiatrischen) Krankenhäusern eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung.

Während im niedergelassenen Bereich neben allgemeiner medizinischer Versorgung v. a. Substitutionsbehandlungen opioidabhängiger Personen durchgeführt werden und – in einem wesentlich geringeren Ausmaß – psychiatrische/psychotherapeutische Versorgung geleistet wird, bieten spezialisierte Einrichtungen wie Drogen-/Suchtberatungsstellen meist ein umfassendes Maßnahmen-spektrum an (vgl. Abschnitt 5.2.4). Ambulante Behandlung in Krankenhäusern bieten in erster Linie Spezialambulanzen (Sucht-/Drogenambulanz). Dieses Angebot umfasst häufig ein breiteres Spektrum von 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. Auch Krankenhäuser können als öffentliche Einrichtungen die Rechtsform einer GmbH haben.

Nutzung der ambulanten Einrichtungen

Im Jahr 2018 waren in den DOKLI-Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.5) insgesamt 9.796 Personen in längerfristiger ambulanter Behandlung. 19.216 Personen unterzogen sich laut *eSuchtmittel* einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 19.216 Personen wurden 896¹⁰³ in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt.

Die Personengruppe in DOKLI und jene von *eSuchtmittel* überschneiden einander teilweise. Zudem können innerhalb von DOKLI Doppelzählungen nur innerhalb einer Einrichtung und innerhalb Wiens (eindeutiger Identifier) ausgeschlossen werden. Geht man in DOKLI von einer Mehrfachzählung von 22 Prozent außerhalb Wiens und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) aus und berücksichtigt man eine durchschnittliche Überschneidung von Substitutionsregister und DOKLI bei Opioidabhängigen von 70 Prozent¹⁰⁴, kommt man zu folgenden Zahlen:

- » Geschätzt 11.694 Klientinnen/Klienten haben im Jahr 2018 eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung in einer nach § 15 SMG kundgemachten Einrichtung oder eine Substitutionsbehandlung in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen.
- » 12.845 Personen nahmen im Jahr 2018 eine Opioid-Substitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich. Es wird deutlich, dass sich die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum entwickelt hat (Abschnitt 5.2.3).

Stationäre Einrichtungen

Auch für stationäre Behandlung gilt, dass grundsätzlich das gesamte Gesundheitssystem für Personen mit Suchterkrankung zur Verfügung steht und von diesen genutzt wird. Zusätzlich gibt es jedoch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. Stationäre Suchtbehandlung wird in

103

Diese Zahl weicht von der in Kapitel 8 referierten Zahl ab. Dies liegt an den verschiedenen Datenquellen (Substitutionsregister vs. Meldung des BMVRDJ) sowie daran, dass es sich bei der Zahl in Kapitel 8 um eine Stichtagsauswertung handelt und im gegenständlichen Kapitel um einen Jahreswert.

104

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

Einrichtungen angeboten, die entweder ausschließlich auf das Thema Sucht spezialisiert (z. B. der Grüne Kreis) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum medizinischer oder psychiatrischer Behandlungen anbietet (z. B. Sucht- oder psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern). Aber auch jene Träger, die sich vor allem dem Thema Sucht widmen, können eine breite Palette von Maßnahmen abdecken, im Extremfall von der Suchtprävention über Beratung, ambulante und stationäre Entgiftung und Therapie sowie Krisenintervention bis zu Reintegration – und dies für verschiedene Suchtformen (z. B. Stiftung Maria Ebene).

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

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

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

Nutzung der stationären Einrichtungen

Im Jahr 2018 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 1.082 Personen in stationärer Behandlung. 19.216 Personen unterzogen sich laut *eSuchtmittel* einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 19.216 Personen wurden 896 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 461 waren stationär aufgenommen und sind bereits in der Zahl der obengenannten 1.082 Personen enthalten. Geht man in DOKLI von einer Mehrfachzählung von 22 Prozent außerhalb Wiens (in Wien können Doppelzählungen mithilfe 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:

- » Geschätzt 1.114 Klientinnen/Klienten haben im Jahr 2018 eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder eine stationäre Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen.
- » 896 Personen nahmen in Haft eine Substitutionsbehandlung in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich.

5.2.3 Schlüsseldaten

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben

Während sich die Angaben in den vorangegangenen Kapiteln auf alle Personen beziehen, die sich im Jahr 2018 wegen Drogenabhängigkeit in Behandlung befanden (unabhängig davon, wann sie mit ihrer Behandlung begonnen haben), folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2018 eine solche Behandlung begonnen haben. In der nachfolgenden Tabelle wurden die gleichen Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und Abdeckungsgrad in DOKLI bzw. Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister durchgeführt wie in Abschnitt 5.2.2.

Insgesamt haben im Jahr 2018 in Österreich geschätzt 5.721 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)

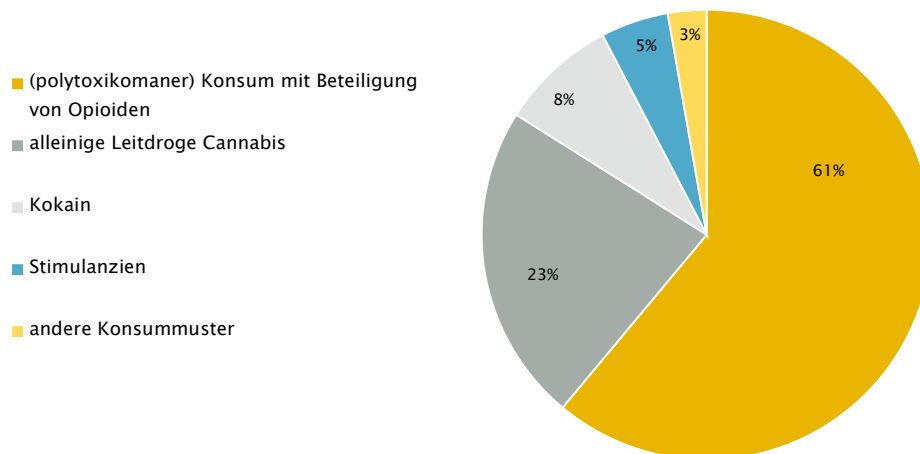
Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	3.694
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	1.020
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	729
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	278
Suchtbehandlungen insgesamt	5.721

Quellen: GÖG – DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.1 zeigt, dass rund 60 Prozent der geschätzten 5.721 Personen, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster; 23 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der Klientel die Leitdroge dar.

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen:
Opioide > Kokain > Stimulanzen > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

Quellen: GÖG – DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenkonsummuster im Behandlungsbereich insgesamt

Jenen etwa 5.721 Personen, die im Jahr 2018 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen 19.714 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder den Jahren davor eine Behandlung begonnen hatten, die bis 2018 (oder länger) andauerte. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 25.435 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2018 (Schätzung)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	10.580
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.845
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.114
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	896
Suchtbehandlungen insgesamt	25.435

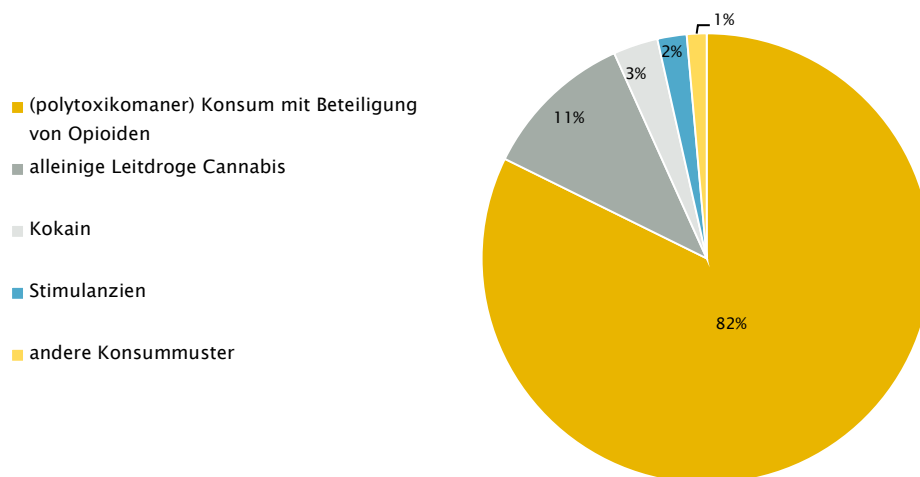
Quellen: GÖG – DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der 25.435 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidproblematik an allen behandelten

Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.2:

Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2018



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen:
 Opioide > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

Quellen: GÖG – DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit alleiniger Leitdroge Cannabis; sie besteht aus etwa 2.790 Personen. Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Charakteristika behandelter Personen

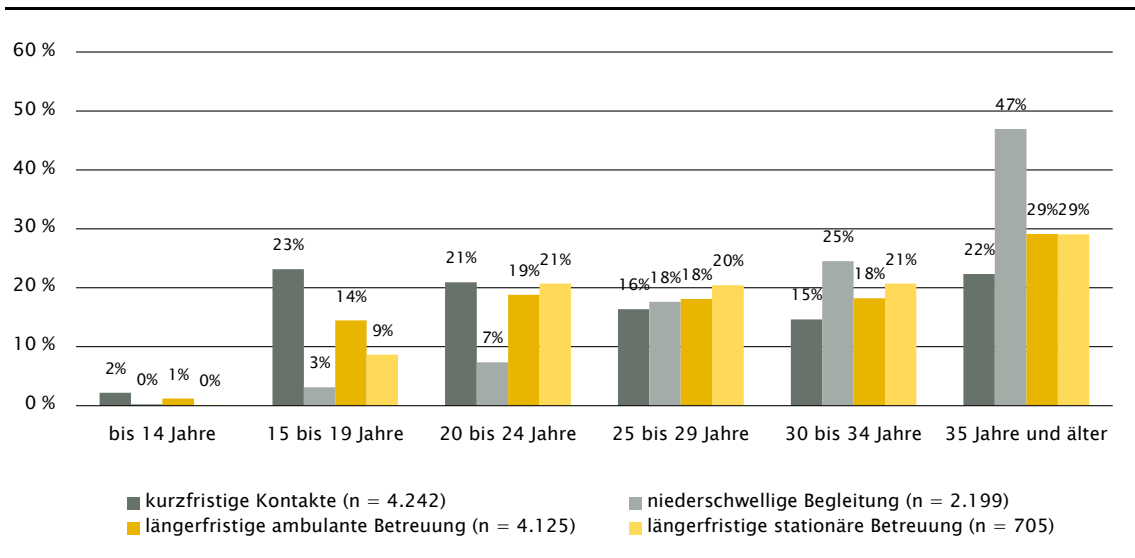
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klienten-Dokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten. Die wenigen vorhandenen Daten bezüglich der Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.4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

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 4.125 Personen vor, die im Jahr 2018 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. Davon begaben sich 1.992 Klientinnen und Klienten **erstmalig** in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 705 Personen begonnen, bei 174 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 2.884 Personen erfasst, die im Jahr 2018 eine **niederschwellige Begleitung** in Anspruch nahmen, und 5.690 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen drei (in niederschwelliger Begleitung) und 25 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 25 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 41 Prozent (in langfristiger stationärer Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Anteil der Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 20 und 27 Prozent (vgl. auch Tabelle A5.1).

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI in den Kategorien Leitdroge und Begleitdroge erfasst¹⁰⁵. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen. Abbildung 5.4 zeigt die Leitdrogen mit Mehrfachnennungen für das Jahr 2018. Perso-

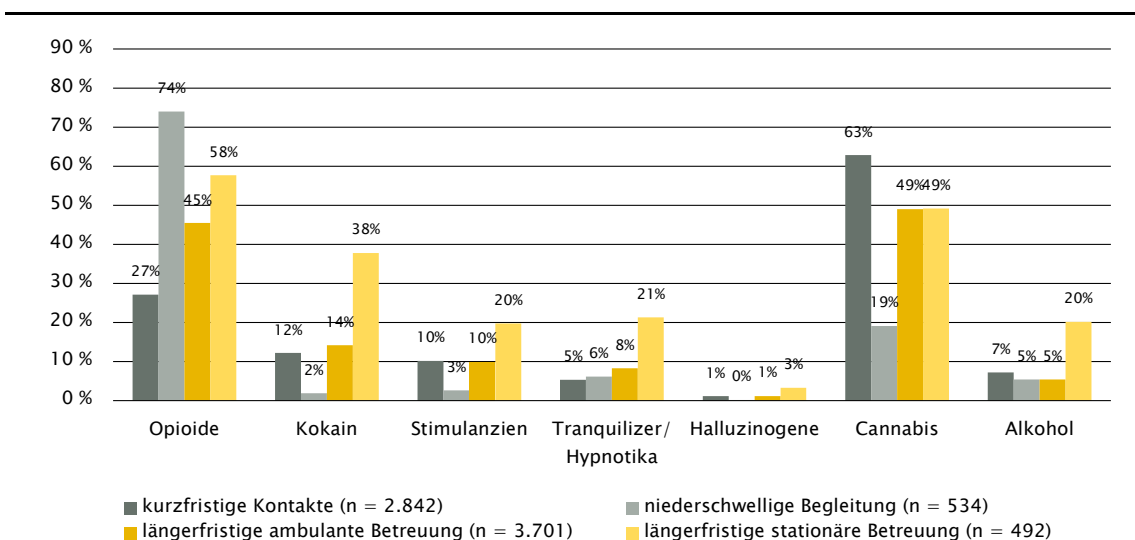
105

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

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

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

Abbildung 5.4:
Leitdroge(n) der Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Eine andere Darstellungsform von Konsummustern ist die sogenannte „hierarchische Leitdrogen-
definition“¹⁰⁶. In dieser Form werden die österreichischen Daten auch der EMCDDA übermittelt. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.5).

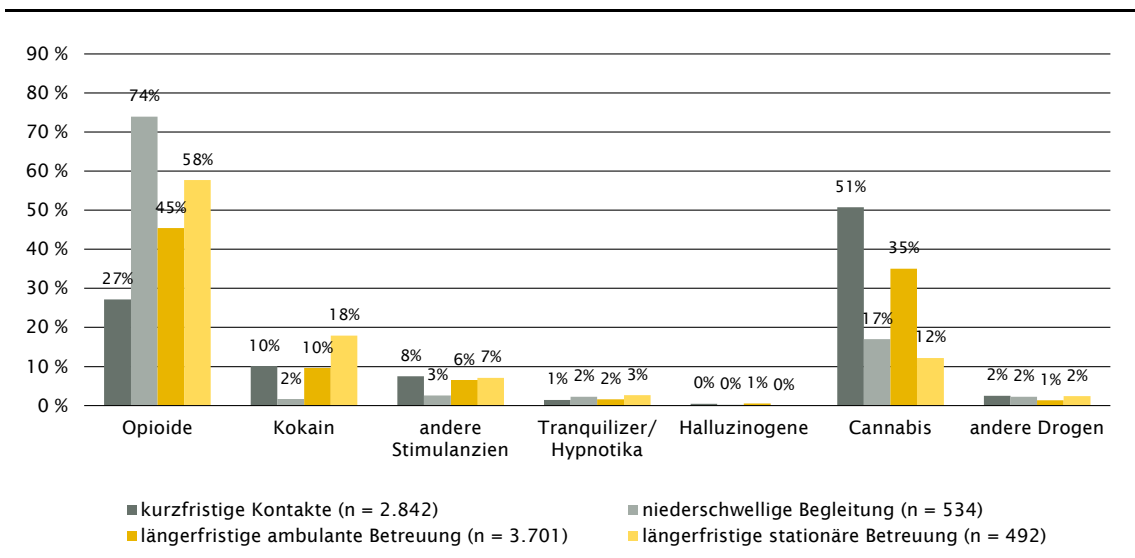
106

Im von der EMCDDA definierten epidemiologischen Schlüsselindikator „treatment demand“ werden die Daten von Klientinnen und Klienten nach ihrer Leitdroge aufgeschlüsselt. Es wird davon ausgegangen, dass jede Klientin und jeder Klient nur eine Leitdroge konsumiert. Weitere Drogen, die Probleme verursachen, werden als Begleitdrogen definiert. Dies steht im Widerspruch zum DOKLI-System, bei dem im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mehrere Drogen als Leitdrogen dokumentiert werden können. Aus diesem Grund wird für die Übermittlung der Daten an die EMCDDA bei Personen mit mehr als einer Leitdroge eine „Leitdrogenhierarchie“ konstruiert. Hat beispielsweise eine Person sowohl Opioid als auch Cannabis als Leitdrogen angegeben, werden Opioid als Leitdroge ausgewiesen. Folgende Hierarchie wird dafür herangezogen:

Opioid > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis. Diese Definition entspricht am ehesten der (logischen) Vorgabe, nur eine Leitdroge zuzulassen (z. B. wird bei Vorliegen von Opioid- und von Cannabisproblemlkonsum in der Regel der Opioidkonsum als Hauptproblem angegeben, wenn nur eine Leitdroge ausgewiesen werden kann).

Abbildung 5.5:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2018)



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

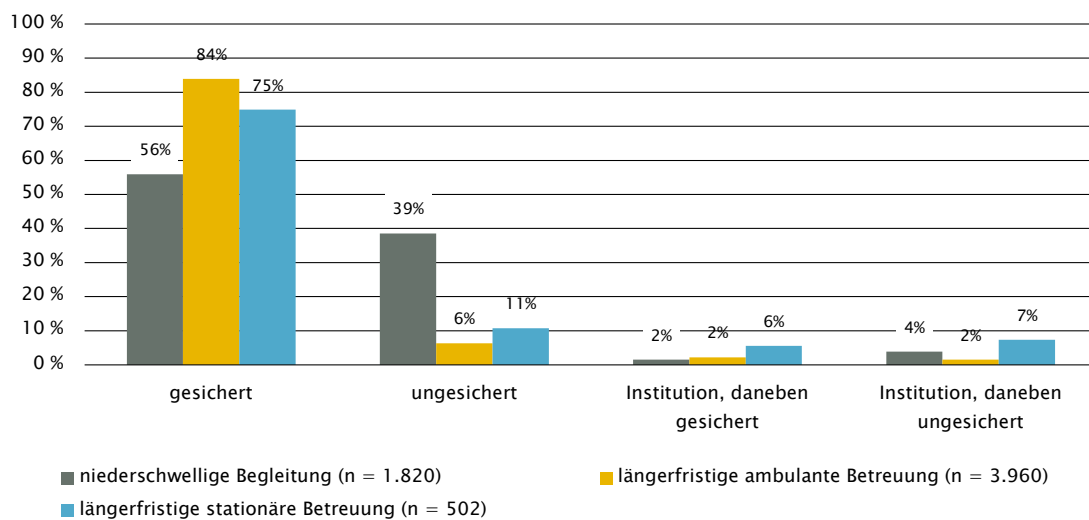
Im Gegensatz zu anderen EU-Ländern dominieren Opiode demnach im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge. Kokain und andere Stimulanzien als Leitdroge spielen hingegen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5).

Intravenöser Konsum: 29 Prozent der längerfristig ambulant und 50 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (kurzfristige Kontakte: 19 %, niederschwellige Betreuung: 65 % – vgl. Tabelle A5.3).

Soziale Situation: Im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting geben 84 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 75 bzw. 56 Prozent der Personen gesichert (vgl. Abbildung 5.6 und Tabelle A5.4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin / der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten im längerfristig ambulanten sowie im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hin-

ausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle A5.5). Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 32 %, längerfristig stationäre Betreuung: 11 %, niederschwellige Begleitung: 12 % – vgl. Tabelle A5.6).

Abbildung 5.6:
Personen, die sich 2018 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Migrationshintergrund: In DOKLI wird als Hinweis auf einen allfälligen Migrationshintergrund lediglich die Staatsbürgerschaft erfasst, und dies auch nur bei längerfristiger Betreuung und Behandlung. Damit kann jedoch nur ein eingeschränktes Bild der Klientel gegeben werden, die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen. Der Großteil der Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2018 eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hat die österreichische Staatsbürgerschaft (je nach Setting 82 % bzw. 83 %; vgl. Tabelle A5.7). Nur ein kleiner Teil hatte die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes bzw. eines Nicht-EU-Landes (5–13 %). Staatenlose Klientinnen und Klienten gab es 2018 nicht. Der Anteil der Klientinnen/Klienten mit nichtösterreichischer Staatsbürgerschaft liegt somit unter dem Anteil entsprechender Personen in der österreichischen Gesamtbevölkerung (16,2 %) ¹⁰⁷. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob mit dieser Inanspruchnahme auch der Behandlungsbedarf abgedeckt ist, ist weitere Forschung notwendig.

107

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (Zugriff am 8. 7. 2019)

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Einrichtungen für Betreuung bei Drogenabhängigkeit geben der Suchthilfekompass¹⁰⁸ sowie regionale Informationsschienen. Der Großteil der spezialisierten ambulanten Einrichtungen bietet Beratung, Betreuung und Behandlung – und damit das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Maßnahmen nach § 11 SMG (vgl. Kapitel 2) – unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen; häufig werden auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nichtsubstanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Abgesehen von den spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung Drogenabhängiger, dies gilt insbesondere für die Substitutionsbehandlung.

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

Ambulante Einrichtungen stehen – mit Ausnahme der Angebote in Wien – eher der Bevölkerung aus dem jeweiligen Bundesland zur Verfügung.

Das Ziel spezieller Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen mit einem unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrad, andererseits der Abbau von Hürden, eine Beratung, Betreuung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Spezifische Angebote im ambulanten Bereich sind z. B. *Beyond the line*, die gesonderten Öffnungszeiten (Sprechstunden) des *Vereins Dialog* für Kokain- bzw. Crystal-Meth-Konsumierende oder das Projekt *Candis*, das von der *Drogenberatung Z6* für Personen mit Cannabiskonsum angeboten wird (Drogenarbeit Z6 2019). *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 werden¹⁰⁹.

108

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

109

Mehr Information unter <http://www.checkyourdrugs.at/beratung-2/homebase/> (Zugriff am 8. 7. 2019)

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung drogenabhängiger Frauen hochrelevant. Dies hat auch die REITOX Academy 2017 gezeigt, deren Thema der Umgang mit Gewalterfahrungen von Klientinnen/Klienten der Drogenhilfe war. Diesem Bedarf steht der Umstand gegenüber, dass spezifische Angebote für Frauen nicht überall verfügbar sind. Der *Verein Dialog* bietet beispielsweise eigene Beratungszeiten für Frauen (*Frauensache*), während deren auch keine Männer in der Einrichtung anwesend sind.

Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die in mehreren Bundesländern zur Verbesserung der Versorgung von substanzabhängigen Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern umgesetzt werden (z. B. *DESK* in Niederösterreich¹¹⁰; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011). Im Sinne eines vernetzten Handelns sind hier Suchthilfe, Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendhilfe involviert. Einzelne Bestandteile von *DESK* sind Informationsbroschüren für die betroffenen Frauen, das Helfersystem, Fortbildungsmaßnahmen für relevante Berufsgruppen und die Abstimmung regionaler Vorgehensweisen. Diese Maßnahmen zielen sowohl auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der substanzabhängigen Mütter ab als auch auf die ihrer Lebenssituation und damit auf eine suchtvorbeugende Wirkung für die betroffenen Kinder (vgl. Kapitel 4).

Darüber hinaus gibt es etliche ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind, etwa die sechs in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, sowie allgemeine ambulante Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereitstellen, wie z. B. der *Verein Dialog* (Verein Dialog 2019).

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

In manchen Einrichtungen bestehen Wartelisten, die 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 gereiht. Die breite bzw. nichtsubstanzspezifische Ausrichtung der ambulanten Einrichtungen vereinfacht es nicht nur, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden, sondern erleichtert es auch, auf neue Entwicklungen mit Anpassungen der Angebote zu reagieren. Schwieriger ist es jedoch für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separierte Angebote benötigen, z. B. bei Klientinnen und Klienten mit Betreuungspflichten.

110

Mehr Information unter <https://www.fachstelle.at/desk/> (Zugriff am 8. 7. 2019)

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass¹¹¹ und andere regionale Informationsschienen (z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark¹¹²). Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an.

Interventionen und Programme für spezifische Zielgruppen im ambulanten und stationären Setting

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls 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 für den körperlichen Entzug sowohl von Alkohol und illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen¹¹³. Die abstinenzorientierten Tiroler Einrichtungen Landeskrankenhaus Hall in Tirol¹¹⁴ und Emmaus¹¹⁵ behandeln sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioidabhängigkeit. Im *Schweizer Haus Hadersdorf* gibt es durch *Alkohol. Leben können.* (vgl. Kapitel 1) neben ambulanten Behandlung der Abhängigkeit von illegalen Drogen zusätzlich auch ambulante Behandlung für Alkoholabhängige. Es stehen zwar getrennte Bereiche zur Verfügung, Freizeitangebote und der Garten können jedoch von beiden Gruppen gemeinsam genutzt werden (Gegenhuber p. M.).

Das Ziel eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks verfolgen die meisten stationären Einrichtungen damit, dass sie auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen anbieten. Bezüglich Verfügbarkeit und Charakteristika spezialisierter stationärer Einrichtungen sei auf GÖG/ÖBIG 2012 verwiesen. Darin sind Kapazität, therapeutische Ansätze und die im Allgemeinen an einer ganzheitlichen Behandlung orientierte Angebotspalette der Einrichtungen ausführlich beschrieben.

111

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen aufgelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 8. 7. 2019)

112

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (Zugriff am 8. 7. 2019)

113

<https://mauer.lknoe.at/landeskrankenhaus-mauer/das-landeskrankenhaus-mauer.html> (Zugriff am 8. 7. 2019)

114

<https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall> (Zugriff am 8. 7. 2019)

115

<https://www.emmaus-innsbruck.at/was/was.php> (Zugriff am 8. 7. 2019)

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

Auch im stationären Bereich bestehen mitunter Wartelisten (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Auch hier gilt, dass die meisten Einrichtungen ein breites und substanzspezifisches Angebot bieten, was es leichter macht, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden. Schwieriger ist die Angebotssuche wiederum für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separate Angebote benötigen wie z. B. bei (erhöhtem) Pflegebedarf.

E-Health-Interventionen im Drogenbereich

Der Suchthilfekompass weist für ambulante Einrichtungen in allen Bundesländern mit Ausnahme des Burgenlands Onlineberatung aus. So bieten z. B. die *Drogenberatung des Landes Steiermark*, die *Ambulante Suchtpräventionsstelle der Innsbrucker Soziale Dienste GmbH* in Tirol, die Suchtberatungsstellen der *Psychosoziale Zentren GmbH in Niederösterreich* und die Vorarlberger Einrichtung *Clean* Internetberatung mittels E-Mail an. Zusätzlich betreut *Clean* auch ein Internetforum. Der Wiener Verein *Dialog* verfügt über eine anonyme Onlineberatung mittels einer eigenen Web-oberfläche.

Die *Stiftung Maria Ebene* betreut ein SOS-Forum im Internet, in dem Hilfesuchende einen kurzen anonymen Rat bekommen. In der gleichen Einrichtung wurde ein digitaler Therapiepass, „ROSL“, eingeführt, der die Möglichkeit der Therapieplanung, Selbstbeobachtung und Selbstbelohnung bietet (Stiftung Maria Ebene 2018). Seit Herbst 2017 bietet die Wiener Einrichtung *Schweizer Haus Hadersdorf* in Kooperation mit der Sigmund Freud Privatuniversität und der Plattform *Instahelp* Onlineberatung von 8 bis 23 Uhr an¹¹⁶. Der Verein *Dialog* stellt seit dem Jahr 2016 das Videodolmetschen als Regelanangebot bereit (Verein Dialog 2017).

Für Wien wird derzeit eine digitale Plattform für psychische Gesundheit entwickelt, die auch behandlungsbezogene Elemente beinhalten soll (SDW 2019).

Evaluation von Suchtbehandlung

Hinsichtlich der Evaluationen von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen kann nur auf einzelne Studien verwiesen werden, die die Einrichtungen in Auftrag geben oder selbst durchführen. Meist werden einzelne Angebote einmalig evaluiert.

116

<https://shh.at/online-beratung-bei-alkohol-und-drogenproblemen> (Zugriff am 8. 7. 2019)

Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung werden immer wieder Studien durchgeführt (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Auch die GÖG führt regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durch, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation dargestellt sind, z. B. in Analysen von Haltequoten oder von Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen (Weigl et al. 2015 und 2016). 2018 wurde eine Mortalitätskohortenanalyse von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung für den Zeitraum 2002 bis 2016 berechnet (vgl. Kapitel 6 bzw. Horvath et al. 2018 für detaillierte Informationen).

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die Menschen in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit und sozialen Integration unterstützen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. Maßnahmen im Freizeitbereich haben einerseits das Ziel, gewisse Fähigkeiten und Kompetenzen zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen sozialer Kontakte genutzt werden können. Der Psychosoziale Dienst Niederösterreich bietet beispielsweise sogenannte Clubs an, die von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern betreut werden und gemeinsame Freizeitaktivitäten ermöglichen (Hörhan, p. M.). Neben den arbeitsmarktintegrativen Angeboten der Suchthilfeeinrichtungen und spezifischen sozialökonomischen Betrieben (z. B. *fix & fertig* in Wien¹¹⁷), die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. Um dies zu fördern, werden in den Bundesländern v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen umgesetzt.

Für Personen mit Suchtproblematik gibt es spezielle Angebote inklusive trainingsorientierter Gruppen und Kursangebote zur Rückführung in die Arbeitsfähigkeit (z. B. *Standfest* vom *Verein Dialog* in Wien, Wiener Berufsbörse). In Wien wurde im Jahr 2007 ein Konzept entwickelt, das den Fokus auf die bedarfsgerechte Betreuung suchtkranker Wienerinnen und Wiener in Kombination mit der zielgruppenspezifischen Differenzierung der einzelnen Maßnahmenträger zur Vermeidung von Doppelgleisigkeit richtet (SDW 2015). Im Rahmen einer suchtspezifischen Diagnostik durch das *Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien* wird unter Verwendung medizinischer, sozialarbeiterischer und psychologischer Komponenten festgestellt, ob die jeweils diagnostizierte Person arbeitsfähig ist oder nicht.

Ebenfalls in Wien wurde für die Zielgruppe Suchtkranke mit Schwerpunkt Alkoholsucht eine neue Struktur zur Förderung der Beschäftigungsmöglichkeit geschaffen (Projekt *FöBeS*), die die Möglichkeit der Verschränkung medizinischer und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen bietet (SDW

117

Mehr Information unter <https://www.fixundfertig.wien> (Zugriff am 9. 7. 2019)

2018). Eine zentrale Anlaufstelle übernimmt dabei eine ganzheitliche Abklärung der Suchterkrankung, erstellt einen individuellen Maßnahmenplan und vermittelt je nach Bedarf sowohl zu medizinischen als auch zu passenden und die soziale Reintegration fördernden Angeboten. Diese reichen vom Angebot einer Tagesstruktur und dem Training sozialer Schlüsselkompetenzen über niederschwellige Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitstraining bis zu individueller Bewerbungsunterstützung und zur Vermittlung in den Arbeitsmarkt.

Aktuelle Daten aus Vorarlberg zeigen, dass die Hälfte der Klientinnen und Klienten der Therapiestation *Carina*, die im Jahr 2018 ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben (14 von 28 Personen), in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten (Stiftung Maria Ebene 2019). Fünf Personen begannen eine Schul- bzw. Berufsausbildung oder ein Studium bzw. führten dies fort, und für sechs Personen konnten Plätze in Qualifizierungsmaßnahmen des AMS gefunden werden. Drei Klientinnen und Klienten erhielten Rehabilitationsgeld (11 %).

Umsetzung der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

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

Einen Überblick über die Anzahl bzw. die Verteilung jener Ärztinnen und Ärzte, die in den einzelnen Bundesländern zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifiziert sind, gibt Tabelle 5.3. Österreichweit sind laut BMASGK 664 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer p. M.). Von diesen haben 562 (85 %) am Stichtag 31. 12. 2018 auch Substitutionsbehandlungen durchgeführt. Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Wiener Ärztinnen/Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam sind. In Tabelle 5.3 wird die Anzahl der pro Bundesland am 31. 12. 2018 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt.

Tabelle 5.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen/Ärzte und Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt) nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2018

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte - LISA*	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	279	19	65
Kärnten	961	33	23
Niederösterreich	2.666	81	233
Oberösterreich	2.019	70	71
Salzburg	472	13	29
Steiermark	1.357	47	63
Tirol	1.095	36	43
Vorarlberg	599	16	12
Wien	7.936	367	290
Österreich	17.384	664**	562***

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil in LISA insgesamt 18 Ärztinnen und Ärzte in zwei Bundesländern Praxisadressen haben.

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

Quellen: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, BMASGK – Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

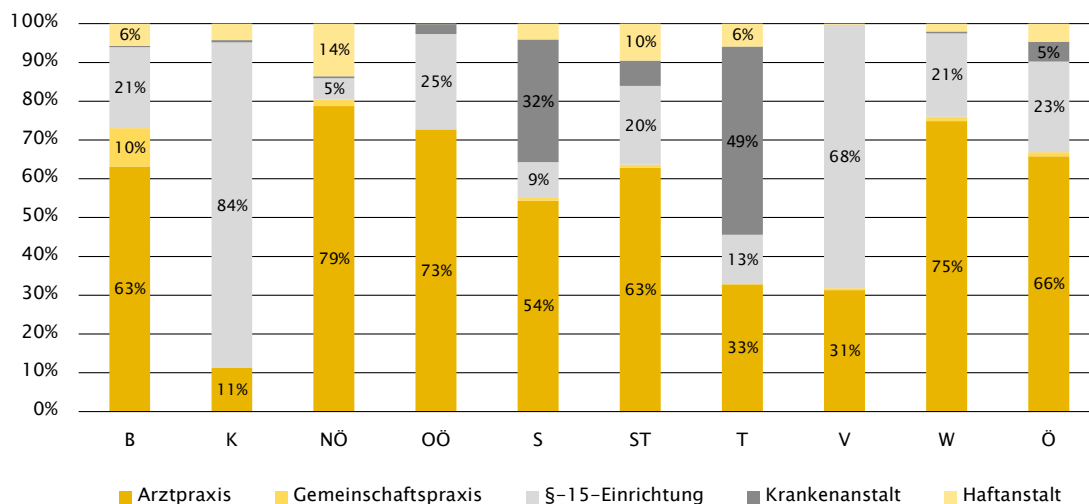
Aus Tabelle 5.3 ist ersichtlich, dass nicht alle zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen qualifizierten Ärztinnen/Ärzte diese Behandlung auch tatsächlich durchführen (vgl. Kärnten und Vorarlberg). Weiters ist anzumerken, dass 2018 die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu den letzten zwei Jahren nicht gestiegen ist (2016: 566, 2017: 552). Dies kann bei gleichzeitig steigenden Patientenzahlen ein Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgungslage sein.

Je nach Region ist die Versorgungssituation besser oder fragiler. Seit nunmehr etlichen Jahren wird mit unterschiedlichen Maßnahmen versucht, (drohenden) Versorgungsengpässen zu begegnen (vgl. Abschnitt 5.4). Neben einer ausreichenden Anzahl tatsächlich substituierender Ärztinnen/Ärzte ist auch deren Verteilung innerhalb der Bundesländer wichtig, um eine wohnortnahe Versorgung und damit den Zugang zur Substitutionsbehandlung möglichst allen Personen zu ermöglichen, die sie benötigen. Dies ist insbesondere für jene Personen wichtig, die berufstätig oder aus verschiedenen Gründen nicht mobil sind.

Abbildung 5.7 zeigt, in welchen Versorgungsstrukturen die Substitutionsbehandlung in Österreich durchgeführt wird. Hier spiegeln sich organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern wider. So setzen z. B. Kärnten und Vorarlberg sehr stark auf §-15-SMG-Einrichtungen. In Tirol gemeldete Personen werden hingegen in rund der Hälfte der Fälle in einer Krankenanstalt behandelt.

Abbildung 5.7:

Versorgungspraxis der Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten 2018



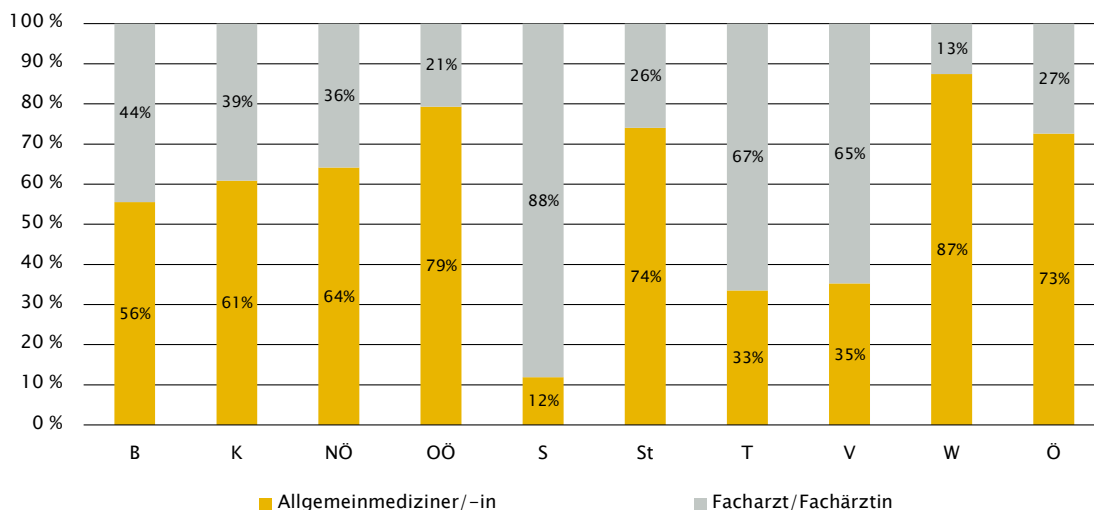
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.8 zeigt, dass in Österreich insgesamt die Allgemeinmediziner/-innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Die Verteilung ist in den Bundesländern jedoch unterschiedlich: Während in Salzburg 88 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen/Fachärzten behandelt werden, werden in Oberösterreich, der Steiermark und Wien über 70 Prozent von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreut.

Abbildung 5.8:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/-innen nach Bundesländern (31. 12. 2018)



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

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2018 waren insgesamt 19.216 Personen in Substitutionsbehandlung gemeldet, davon 1.346 zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 5.4 zeigt die Verteilung dieser Personen über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen in puncto Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.4:

Anzahl der dem BMASGK für das Jahr 2018 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	295	923	2.799	2.058	489	1.420	1.133	627	8.126	17.870
Erstbehandlung	17	145	242	188	52	98	81	43	480	1.346
Gesamt	312	1.068	3.041	2.246	541	1.518	1.214	670	8.606	19.216

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

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

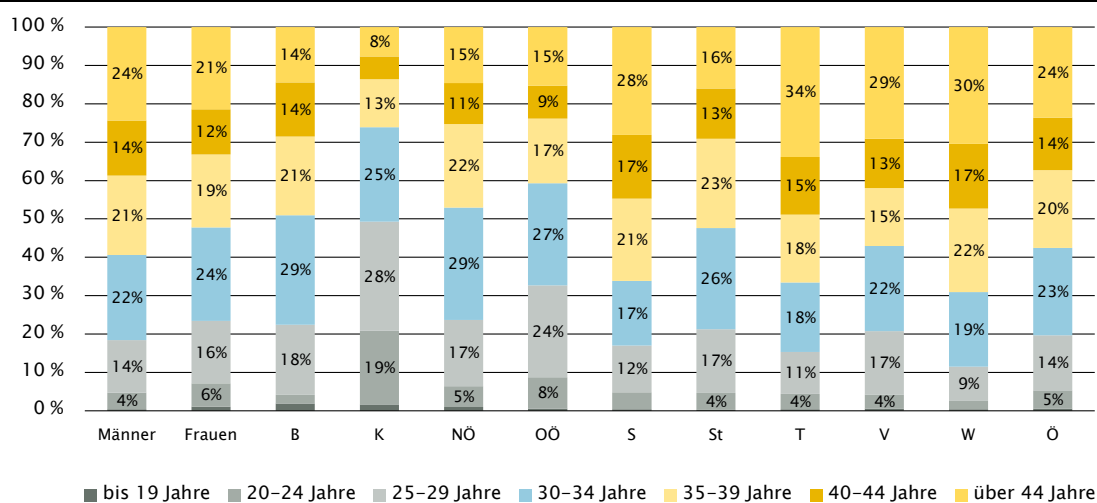
Erstbehandlung bedeutet, dass die Person davor noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 19.216 insgesamt im Jahr 2018 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen sind 75 Prozent männlich und 25 Prozent weiblich. Die Geschlechterverteilung der 1.346 im Jahr 2018 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (81 % Männer, 19 % Frauen).

Abbildung 5.9:
Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2018



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

Quelle: BMASGK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

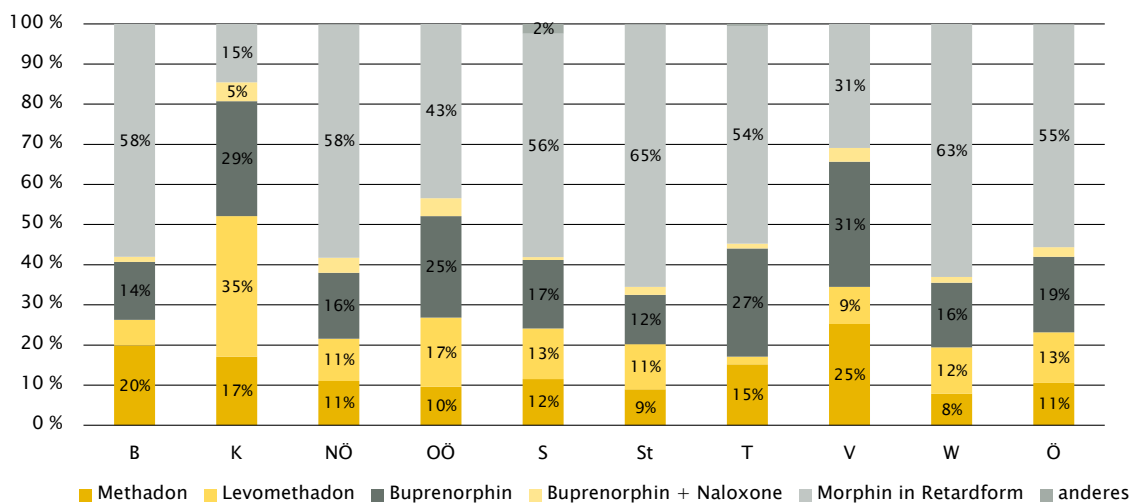
Abbildung 5.9 zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2018 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind sechs Prozent der Personen in Substitutionsbehandlung unter 25 Jahre alt. 14 Prozent gehören der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre an, 43 Prozent sind im Alter von 30 bis 39 Jahren, und 38 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol und Wien weniger als ein Fünftel.

Weitere Aspekte der Organisation und Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung

Abbildung 5.10 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (55 %), gefolgt von Buprenorphin (19 %) und Methadon (11 %) bzw. Levomethadon (13 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haft eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt in Haft eine wesentlich größere Rolle (über 35 %) als außerhalb.

Abbildung 5.10:

Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2018



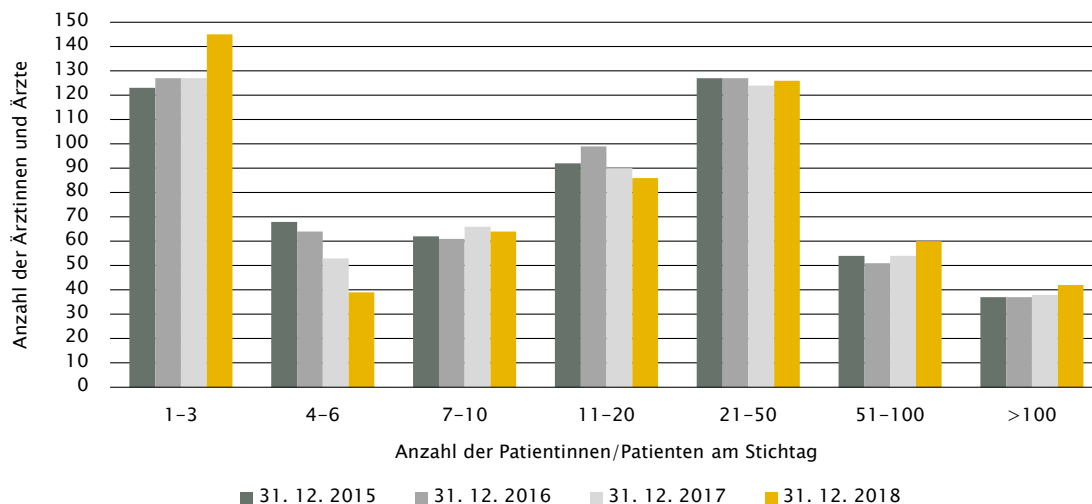
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich
 Die Angaben beziehen sich auf 19.103 der insgesamt 19.216 Personen, da bei 113 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Mittel ein.

Quelle: BMASGK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.11 zeigt nicht nur die starke Streuung der Betreuungszahlen pro Ärztin/Arzt, sondern auch die Entwicklung in den letzten fünf Jahren. Während im Jahr 2018 184 Ärztinnen/Ärzte (33 %) jeweils bis zu sechs einschlägige Patientinnen/Patienten betreuen, sind bei 102 Ärztinnen/Ärzten (18 %) jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 5.11:

Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt* 2015–2018



*Die Auswertung bezieht sich auf alle in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte, egal ob es sich um niedergelassene Ärztinnen und Ärzte handelt oder um solche, die in einer Einrichtung tätig sind.

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.5 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung erfolgt in der Suchtbehandlung auf verschiedensten Ebenen und Wegen. Die vorliegende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Gesetzliche Vorgaben dafür finden sich im SMG, in der SV und in der *Weiterbildungsverordnung orale Substitution*.

Hinsichtlich der **Grundlagen der Qualitätssicherung** gab es 2017 Veränderungen der diesbezüglich einschlägigen Rechtsgrundlagen, die 2018 umgesetzt wurden. Durch die im Oktober 2017 beschlossenen Novellen (BGBl II 2017/292, BGBl II 2017/293; vgl. Kapitel 2) wurden u. a. die Detailregelungen betreffend die medizinische Behandlung aus der Suchtgiftverordnung herausgenommen. Stattdessen wird nun auf eine medizinische Leitlinie verwiesen, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde. Diese Leitlinie, *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*¹¹⁸, wurde in einem mehrjährigen Prozess, ausgehend von einem „Expertinnen-/Expertenforum zur Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung“ im März 2013, vorbereitet. Fachleute aus verschiedenen relevanten medizinischen Bereichen (inklusive Amtsärztinnen/-ärzten), aus dem psychosozialen Bereich und der Rechtswis-

118

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Drogen_Sucht/Drogen/Leitlinie_ndash_Qualitaetsstandards_fuer_die_Opioid-Substitutionstherapie (Zugriff am 13. 7. 2018)

senschaft waren in die Erarbeitung von Empfehlungen für eine qualitätsgesicherte Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen involviert. In den Arbeitsgruppen wurden zur Ableitung evidenzbasierter Empfehlungen die verfügbare Literatur sowie eigene Erfahrungen herangezogen (ÖGABS et al. 2017). In der Leitlinie wird zunächst auf die ärztliche Haltung und ethische Grundlagen sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen einer Opioidsubstitutionstherapie (OST) dargestellt und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters ist ein Ausblick in Betreff einer möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie und die gleichzeitig beschlossenen Novellen 2017 haben auch die Intention, dass OST zukünftig wie andere medikamentöse Behandlungen gewertet wird. Damit ist nicht nur ein weiterer wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung Opioidabhängiger getan, in weiterer Folge kann sich diese Veränderung auch positiv auf die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern auswirken, in diesem Feld tätig zu werden.

Die eingangs erwähnten rechtlichen Grundlagen enthalten auch Vorgaben hinsichtlich materieller, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen und der Dokumentation für §-15-SMG-Einrichtungen sowie deren Überprüfung durch das BMASGK. Dieses hat ein bundesweites Substitutionsregister zu führen, u. a. um Mehrfachbehandlungen mit Substitutionsmitteln zu verhindern (vgl. Kapitel 2). Hinsichtlich der Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte bestehen ebenfalls genaue gesetzliche Vorgaben (vgl. Kapitel 2), die von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit den Ärztekammern der Bundesländer umzusetzen sind.

Zusätzlich gibt es Überprüfungen in Hinblick auf die bauliche, technische, sicherheitstechnische und bauhygienische Beschaffenheit jener Einrichtungen, die als Sozialhilfeeinrichtungen der entsprechenden Aufsicht der Landesregierungen unterliegen, und eine sanitäre Aufsicht nach dem Krankenanstaltengesetz durch die Bezirksverwaltungsbehörden.

Zu erwähnen sind auch Qualitätsstandards bzw. Leitlinien, z. B.

- » das Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG (BMGF 2017),
- » die Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden (vgl. GÖG/ÖBIG 2012),
- » vom Qualitätszirkel SDHN festgelegte Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk in Wien (SDW 2019),
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ,
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ,
- » die Checkliste Substitution in der Steiermark sowie
- » Qualitätsstandards bei der Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder an der psychiatrischen Abteilung des AKH Wien (SDW 2019).

Darüber hinaus liegen auch Konsenspapiere vor (z. B. ein solches der ÖGABS betreffend die substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger oder eines der ÖGPB für substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen) und Positionspapiere (z. B. das Positionspapier des ANS-Ost über die Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung), die ebenfalls einen Beitrag zu einer standardisierten Vorgangsweise leisten.

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

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

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen, z. B. für Amtsärztinnen und -ärzte oder für die Mitarbeiter/-innen von Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen der ÖAKDA oder – auf regionaler Ebene – etwa die Wiener Fortbildungsreihe *Substitutionsbehandlung mit Opioiden – leicht gemacht* angeboten. Jährlich werden Fachtagungen (z. B. das Substitutionsforum der ÖGABS in Mondsee und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee) abgehalten. Zusätzlich finden unregelmäßig themenspezifische Tagungen wie z. B. der Fachtag des *Angehörige. Netzwerk. Sucht. ÖSTösterreich* (ANS-Ost) in Wien (SDW 2019) statt.

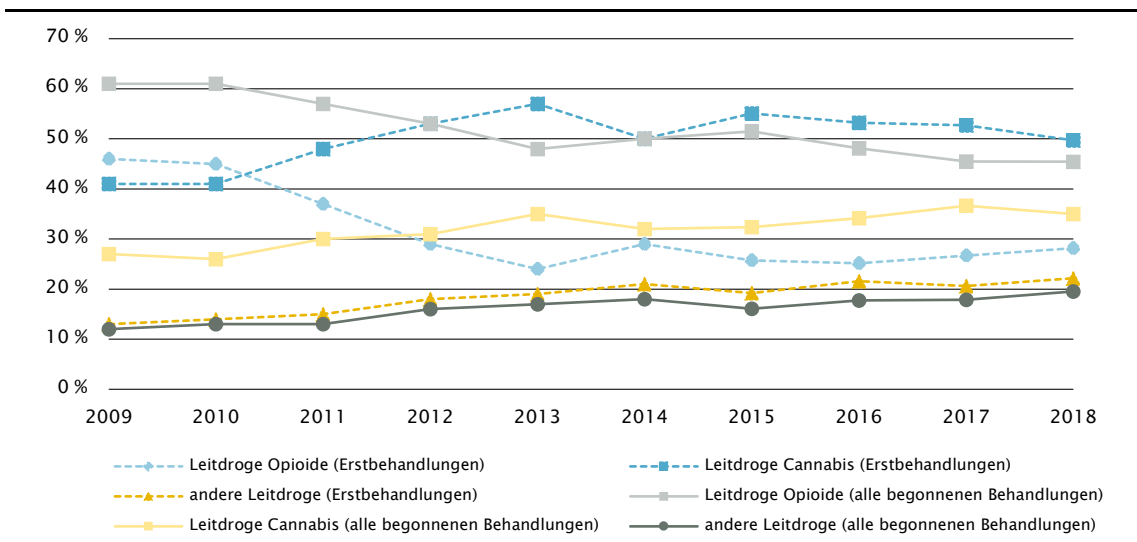
Schließlich ist auch auf Evaluationsstudien hinzuweisen (vgl. Abschnitt 5.2.4), die von einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden und deren Ergebnisse der Weiterentwicklung der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote dienen.

5.3 Trends

Bei Betrachtung der Zeitreihen für den ambulanten Bereich hinsichtlich der hierarchischen Leitdrogen Cannabis bzw. Opioide zeigt sich, dass bis zum Jahr 2013 der Opioidkonsum abnahm und der Cannabiskonsum zunahm. Dieser Sachverhalt ist in Bezug auf Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als in Bezug auf alle erfassten Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). In den Jahren 2013 bis 2018 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt bzw. verläuft seither nicht eindeutig. Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Leitdrogen seit 2015 geringfügig gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulanzien (Erstbehandlungen: Kokain 11 %, Stimulanzien 8 %; neue Betreuungen: Kokain 10 %, Stimulanzien 6 %).

Abbildung 5.12:

Personen, die (erstmal) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioide und Cannabis (hierarchische Definition) 2009–2018



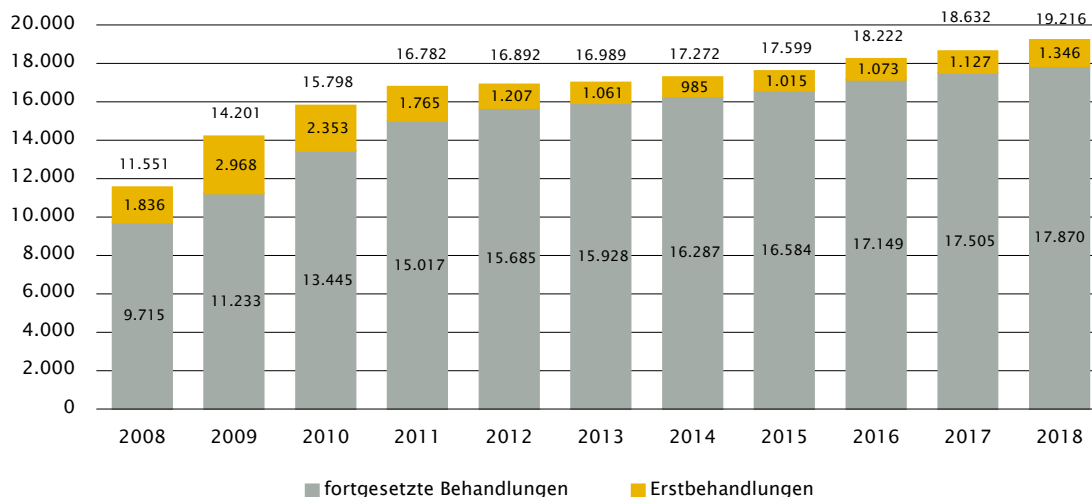
Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Es ist hier aber zu beachten, dass der weitaus größte Teil der Personen in Substitutionsbehandlung (Opioidproblematik) nicht in den an DOKLI beteiligten Einrichtungen, sondern bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandelt wird. Diese Gruppe wird in der Abbildung nicht dargestellt.

Die jährlich steigende Zahl der Meldungen aktuell in Substitutionsbehandlung befindlicher Personen kann als Hinweis auf die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen interpretiert werden (vgl. Abbildung 5.13).

Abbildung 5.13:

Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2008–2018



Fortgesetzte Behandlungen sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren.

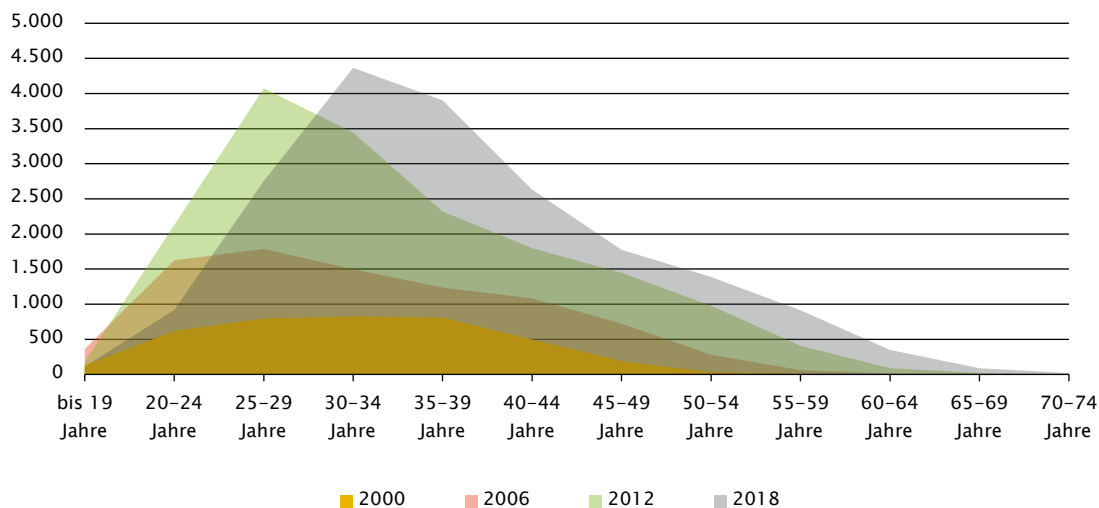
Erstbehandlung bedeutet, dass die entsprechende Person davor noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im Rahmen des Schwerpunktkapitels über „ältere Drogenabhängige“ des Epidemiologieberichts Sucht (Anzenberger et al. 2019) wurden Analysen der Veränderung der Altersstruktur von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung durchgeführt. Abbildung 5.14 zeigt die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten in den Jahren 2000, 2006, 2012 und 2018. Gleichzeitig verdeutlicht sie die Zunahme der Zahl von Personen, die diese Therapieform in Anspruch nehmen. Während im Jahr 2000 im Vergleich zu den späteren Jahren weniger Personen in Opioiderhaltungstherapie waren und hinsichtlich des Alters von 20 bis 44 Jahren relativ gleich verteilt waren, zeigt sich in den Jahren 2006 und 2012 ein starker Anstieg vor allem in den Altersgruppen 20 bis 34 Jahre. 2018 wandert der Gipfel der Altersverteilung in Richtung 30- bis 39-Jährige. Der Anteil „älterer“ Opioidabhängiger ab 40 Jahren steigt von 19 % im Jahr 2000 auf 37 % im Jahr 2018. In Absolutzahlen hat sich die Anzahl der betreffenden Personen im Alter von 40 oder älter von 724 im Jahr 2000 auf 7.165 beinahe verzehnfacht.

Abbildung 5.14:

Absolutanzahl von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung nach Alter 2000, 2006, 2012 und 2018 in Österreich



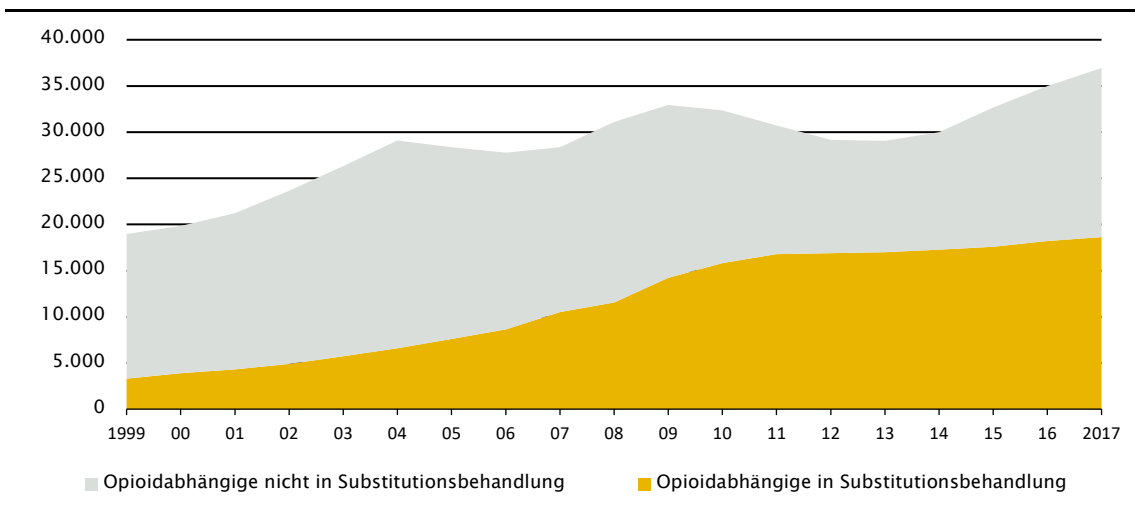
Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Das in Abbildung 5.15 ersichtliche Abflachen des Anstiegs der Personen, die laut Meldung in oraler Substitutionsbehandlung sind, dürfte durch einen Sättigungseffekt (des bestehenden Systems) zu erklären sein: Der Großteil der Personen, für die Substitutionsbehandlung infrage kommt, ist bereits in Behandlung. Unklar bleibt, ob sich mit weiteren Veränderungen in der Substitutionsbehandlung wie z. B. einer weiteren Diversifizierung der einsetzbaren Substitutionsmittel (z. B. andere Applikationsform) oder strukturellen Verbesserungen die Anzahl der Substitutionsbehandlungen weiter steigern ließe.

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zu den Prävalenzschätzungen, wird deutlich, dass es in den letzten 18 Jahren gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, massiv zu erhöhen (Erhöhung der Opioid-Substitutionsbehandlungsrate). Während sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen seit 2000 nahezu verfünffacht hat (2017: 18.632 Personen), hat sich die geschätzte Anzahl der Personen mit risikoreichem Konsum von Opioiden nicht ganz verdoppelt. Insgesamt werden von den aktuell geschätzten 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 49 bis 53 Prozent durch Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.15) bzw. 54 bis 58 Prozent durch drogenspezifische Behandlung erreicht (Anzenberger et al. 2018). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.15:

Opioidabhängige Personen nach Integration in Substitutionsbehandlung 1999–2017



Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Dass die Opioid-Substitutionsbehandlungsrate in den letzten Jahren wieder leicht gesunken ist, liegt daran, dass die geschätzte Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums stärker gestiegen ist als die Zahl der Behandelten. Allerdings zeigt die Prävalenzschätzung auch, dass der Anstieg in erster Linie bei Personen der Gruppe 35 Jahre und älter zu verzeichnen ist (vgl. Kapitel 3). Er dürfte in erster Linie auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben Opioidabhängiger aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) zurückzuführen sein.

Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt¹⁹.

5.4 Neue Entwicklungen

In Salzburg kam es 2018 zu einer strukturellen Änderung in der suchtmmedizinischen Akutbehandlung in der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik. Die suchtmmedizinische Akutstation wurde aufgelöst, dafür wurde eine Psychiatrische Zentralambulanz mit an-

119

Seitens der EMCDDA gibt es Überlegungen, einen Teil der Personen, die sich sehr lange stabil in Substitutionsbehandlung (stable OST clients) befinden, aus der Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum herauszurechnen. Diese Gruppe stellt auch ein methodisches Problem für den Capture-Recapture-Ansatz dar, da die Wahrscheinlichkeit für diese Personen, von der Polizei wegen Opioiden angezeigt zu werden, sehr gering ist (Verletzung der Homogenitätsannahme), und führt zu einer Überschätzung der Prävalenz in der Altersgruppe 35+.

geschlossener Triage-Station eingerichtet, von der aus Akutpatientinnen und -patienten gegebenenfalls zur weiteren Behandlung der suchtmmedizinischen Fachstation bzw. bei psychiatrischer Komorbidität der Allgemeinpsychiatrie (Behandlungsmodul „Doppeldiagnosen“) zugewiesen werden. Die bestehenden Terminambulanzen, darunter die Substitutionsambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik bleiben von diesen Änderungen unberührt. In der Substitutionsambulanz wurden jedoch getrennte Öffnungszeiten für „Routinepatientinnen/-patienten“ und für Klientel mit erhöhtem Behandlungsbedarf eingeführt. Die genannte Psychiatrische Zentralambulanz soll in absehbarer Zeit auch als Anlaufstelle für akut unversorgte Substitutionspatientinnen und -patienten, im Speziellen für solche, die aufgrund einer kurzfristigen (Untersuchungs-)Haftentlassung unversorgt sind, zur Verfügung stehen (Schabus-Eder, p. M.).

In Niederösterreich wurde 2018 der Ausbau der ambulanten Versorgungsstrukturen vorangetrieben. Derzeit befinden sich die Anton Proksch Institut GmbH und die Caritas St. Pölten im Bewilligungsverfahren für Ambulatorien für Suchterkrankungen, die Ambulatorien der PSZ GmbH haben das Bewilligungsverfahren bereits positiv abgeschlossen. Am niederösterreichischen Landeskrankenhaus Mauer setzte 2018 die Station für Abhängigkeitserkrankungen gemeinsam mit drei Standorten der Suchtberatung Caritas Diözese St. Pölten ein E-Health-Projekt zur Durchführung von Vorgesprächen mit Klientinnen und Klienten zur stationären Aufnahme mittels Videokonferenz um, dessen Ziel es ist, den Zugang zur Behandlung zu vereinfachen. In der Videokonferenz entsteht eine *virtuelle Ambulanz* im Sinne eines ärztlichen Erstgesprächs. Ebenso erfolgt im Rahmen des Entlassungsmanagements die anschließende Weiterbehandlung in den Suchtberatungsstellen über die virtuelle Ambulanz (Hörhan, p.M.).

Mehrere Arbeitsgruppen der SDW beschäftigen sich mit der Überarbeitung und Entwicklung von Qualitätsstandards und Handlungsleitlinien in unterschiedlichen Bereichen wie z. B. die Arbeitsgruppe „Handlungsleitlinien Pflege und Sucht“. 2018 erfolgte die Überarbeitung der Qualitätsstandards der Sozialarbeit im SDHN Wien. Ebenfalls 2018 wurden Merkblätter für die Versorgung substituierter Patientinnen/Patienten in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten entwickelt (SDW 2019).

Hinsichtlich der **Versorgung** opioidabhängiger Personen mit **Opioid-Substitutionsbehandlung** ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der Substitutionsbehandlung (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema (vgl. auch Abschnitt 5.2.4). In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern (vgl. für die Steiermark Horvath et al. 2017). So wird z. B. in Salzburg zur Verbreiterung der Behandlungsbasis gemeinsam mit der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Uniklinikum Salzburg – wie bereits im Jahr 2015 – eine zusätzliche Ausbildung in OST als verpflichtender Bestandteil der Facharztausbildung durchgeführt, die aber auch anderen interessierten Ärztinnen/Ärzten offensteht (Schabus-Eder, p.M.).

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Drogenhilfeklientel liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die aktuell über 70 % der Substitutionsbehandlungen durchführen, sind nicht an DOKLI beteiligt. Über ihre Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung finden sich lediglich Daten im bundesweiten Substitutionsregister. Weitere Erläuterungen – auch zur Coverage – sind in Anzenberger et al. (2018) zu finden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2018 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten und anonymisierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher 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 worden waren, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMASGK wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und erfolgten häufig nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010). Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013b und GÖG/ÖBIG 2011).

Studien

Die Methode zur **Schätzung der Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums** wird in Kapitel 3 beschrieben.

5.6 Bibliografie

Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2018). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Wien

Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Hojni, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2019). Epidemiologiebericht Sucht 2019. Wien

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

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

Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025). Version 1.0. Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.). Graz

GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2013a): DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien

- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Wien
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2018). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2018“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2019). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2019“. 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, Wien, 5–18
- Stiftung Maria Ebene (2018). Jahresbericht 2017. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2019). Jahresbericht 2018. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Verein Dialog (2017). Jahresbericht 2016. Verein Dialog. Wien
- Verein Dialog (2019). Jahresbericht 2018. Verein Dialog. Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Horvath, I.; Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

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).

BGBl II 2017/292. Änderung der Suchtgiftverordnung.

BGBl II 2017/293 Änderung Weiterbildungsverordnung orale Substitution.

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Gegenhuber, Barbara	Schweizer Haus Hadersdorf
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg

5.9 Anhang

Tabelle A5.1:

Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart

Alter (in Jahren)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
0 bis 4 Jahre (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14 (in Prozent)	2	4	2	0	0	0	1	2	1	0	1	0
15 bis 19 (in Prozent)	22	27	23	2	6	3	13	18	14	7	14	9
20 bis 24 (in Prozent)	22	18	21	6	10	7	19	18	19	21	20	21
25 bis 29 (in Prozent)	17	14	16	17	21	18	18	19	18	20	21	20
30 bis 34 (in Prozent)	15	14	15	24	26	25	19	17	18	21	19	21
35 bis 39 (in Prozent)	9	10	10	22	20	21	12	13	13	15	12	14
40 bis 44 (in Prozent)	6	6	6	12	8	11	8	6	8	9	8	9
45 bis 49 (in Prozent)	3	3	3	8	6	8	4	3	4	4	1	4
50 bis 54 (in Prozent)	2	3	3	5	2	4	3	3	3	1	3	1
55 bis 59 (in Prozent)	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1	1	1
60 bis 64 (in Prozent)	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0
65 bis 69 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	3.343	899	4.242	1.615	584	2.199	3.284	841	4.125	567	138	705
unbekannt (absolut)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing (absolut)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

*) KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quellen: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.2:

Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opiode (in Prozent)	26	30	27	75	69	73	44	50	45	57	59	57
Heroin (in Prozent)	20	21	20	63	55	61	36	41	37	37	40	37
Methadon (in Prozent)	2	3	2	10	10	10	5	5	5	7	11	8
Buprenorphin (in Prozent)	2	4	3	9	8	9	5	7	5	6	6	6
Morphin in Retardform (in Prozent)	7	12	8	25	21	24	13	19	14	27	24	26
anderes Opioid (in Prozent)	1	1	1	0	0	0	2	2	2	2	3	2
Kokaingruppe (in Prozent)	13	8	12	2	1	2	15	10	14	40	31	38
Kokain (in Prozent)	13	8	12	2	1	2	15	10	14	39	31	38
Crack (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	9	14	10	3	3	3	9	14	10	17	30	20
Amphetamine (z. B. Speed; in Prozent)	6	8	7	1	1	1	7	9	7	13	21	15
MDMA (Ecstasy) und Derivate (in Prozent)	2	4	3	1	2	1	3	6	4	8	11	8
anderes Stimulans (in Prozent)	2	5	3	0	0	0	1	2	1	2	5	2
Tranquillizer/Hypnotika (in Prozent)	5	6	5	6	7	6	7	12	8	21	24	21
Benzodiazepine (in Prozent)	5	6	5	6	7	6	7	12	8	21	24	21
Barbiturate (in Prozent)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
anderer Tranquillizer / anderes Hypnotikum (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene (in Prozent)	1	1	1	0	1	0	1	1	1	4	2	3
LSD (in Prozent)	1	1	1	0	0	0	1	1	1	3	2	3
anderes Halluzinogen (in Prozent)	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1
Cannabis (in Prozent)	64	57	63	18	22	19	51	41	49	51	42	49
Schnüffelstoffe (in Prozent)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1
Alkohol (in Prozent)	7	8	7	5	6	5	5	6	5	19	24	20
andere Drogen (in Prozent)	1	1	1	2	4	3	2	1	1	1	2	1
Leitdroge (Nennungen)	3.063	840	3.903	552	210	762	4.534	1.228	5.762	926	259	1.185
Leitdroge (Personen)	2.241	601	2.842	385	149	534	2.947	754	3.701	388	104	492
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	189	47	236	66	22	88	71	10	81	0	0	0
nur Begleitdroge (Personen)	851	227	1.078	1.164	412	1.576	234	72	306	4	2	6
Drogenanamnese fehlt (Personen)	62	24	86	0	1	1	32	5	37	175	32	207

m = männlich, w = weiblich;

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Nennungen.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

*) KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.3:

Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent)

intravenöser Drogenkonsum / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
nein (in Prozent)	83	76	81	34	36	35	72	64	71	51	50	50
ja (in Prozent)	17	24	19	66	64	65	28	36	29	49	50	50
gültige Angaben (absolut)	3.044	784	3.828	1.355	484	1.839	3.108	823	3.931	387	105	492
unbekannt (absolut)	230	91	321	220	83	303	150	17	167	9	1	10
missing (absolut)	69	24	93	40	17	57	26	1	27	171	32	203

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

*) KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.4:

Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart

aktuelle Wohnsituation (wie?) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung) (in Prozent)	-	-	-	55	57	56	84	84	84	74	76	75
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit) (in Prozent)	-	-	-	39	37	39	6	7	6	12	7	11
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsi- tuation (z. B. Wohnung; in Prozent)	-	-	-	1	2	2	2	2	2	6	5	6
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	-	-	-	4	3	4	2	1	2	7	9	7
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung; in Prozent)	-	-	-	0	0	0	1	1	1	1	1	1
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	-	-	-	0	0	0	4	5	4	1	2	1
Haft (in Prozent)	-	-	-	0	0	0	1	1	1	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	-	-	-	1.330	490	1.820	3.139	821	3.960	396	106	502
unbekannt (absolut)	-	-	-	246	77	323	127	15	142	3	1	4
missing (absolut)	-	-	-	39	17	56	18	5	23	168	31	199

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „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 nicht erhoben.

*) KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.5:

Über 25-Jährige, die im Jahr 2018 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben,
nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

höchste positiv abgeschlossene Schulbildung/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
keine (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	3	2	3	3	3	3
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	1	0	1	1	3	1
Pflichtschule (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	40	46	41	49	39	47
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	43	30	40	35	32	34
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	4	8	5	4	6	5
AHS, BHS (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	7	10	8	6	12	7
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	2	4	2	2	5	3
gültige Angaben (absolut)	-	-	-	-	-	-	2.045	500	2.545	284	66	350
unbekannt (absolut)	-	-	-	-	-	-	127	18	145	2	0	2
missing (absolut)	-	-	-	-	-	-	11	2	13	122	23	145

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „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.

*) KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.6:

Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	-	-	-	13	10	12	34	26	32	11	12	11
arbeitslos (in Prozent)	-	-	-	46	43	45	35	33	35	60	45	56
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	-	-	-	17	24	19	8	14	9	8	8	8
Kind, Schüler/-in, Student/-in (= sog. erhaltene Person; in Prozent)	-	-	-	2	4	2	4	7	4	1	3	1
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/-in (in Prozent)	-	-	-	5	8	6	4	11	6	6	9	7
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	-	-	-	13	11	13	14	12	14	3	5	4
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt (in Prozent)	-	-	-	24	22	24	17	19	17	25	29	26
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	1.373	500	1.873	3.140	814	3.954	426	114	540
unbekannt (absolut)	-	-	-	202	67	269	115	20	135	13	1	14
missing (absolut)	-	-	-	40	17	57	29	7	36	128	23	151

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „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 nicht erhoben.

*) KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.7:

Personen, die im Jahr 2018 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)

Staatsbürgerschaft	kurzfristige Kontakte			niederschwellige Begleitung			längerfristige Betreuung ambulant			längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Österreich	-	-	-	-	-	-	79	91	82	81	89	83
anderes EU-Land	-	-	-	-	-	-	5	6	5	5	9	6
Nicht-EU-Land	-	-	-	-	-	-	16	3	13	13	2	11
staatenlos	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	-	-	-	3.216	820	4.036	377	103	480
unbekannt	-	-	-	-	-	-	45	14	59	11	1	12
missing	-	-	-	-	-	-	23	7	30	179	34	213

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Die Variable „Staatsbürgerschaft“ wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	177
6.1	Zusammenfassung.....	177
6.2	Aktuelle Situation.....	178
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	178
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	185
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	186
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	191
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	192
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	198
6.2.7	Qualitätssicherung	199
6.3	Neue Entwicklungen.....	199
6.4	Zusätzliche Information	201
6.5	Quellen und Methodik.....	202
6.6	Bibliografie	206
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze (T5.4)	208
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	209
6.9	Anhang.....	209

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation und Trends der gesundheitlichen Folgen von Drogenkonsum

Im Jahr 2018 wurden auf Basis von Obduktionsbefunden 160 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 24 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2018 von 184 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2017: 154 Fälle).

Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle war im Jahr 2018 höher als im Jahr davor (154). Der Anteil der unter 25-Jährigen (18 %) ist im Vergleich zum Vorjahr etwas gestiegen (2017: 15 %; 2016: 15 %; 2015: 21 %, 2014: 19 %).

2019 wurde eine Analyse der Todesursachen der insgesamt 1.526 in der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 erfassten verstorbenen Personen durchgeführt. Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente stellen mit 43 Prozent die häufigste Todesursache dar. Da immer das Grundleiden kodiert wird, finden sich in dieser Kategorie sowohl tödliche Überdosierungen von Personen mit bekannter Drogenabhängigkeit, aber auch Fälle, bei denen die kodierende Person von einem eindeutigen kausalen Bezug des Todes zur Drogenabhängigkeit ausgeht (z. B. Tod durch Hepatitis C, wenn die Infektion eindeutig auf intravenösen (i. v.) Drogenkonsum zurückgeführt werden kann). Suizide und andere externe Todesursachen wie z. B. Unfälle machen zusammen etwas weniger als ein Fünftel aller Todesursachen in der beobachteten Kohorte aus. Hepatitis/Lebererkrankung stellt mit insgesamt 11 Prozent den höchsten krankheitsbedingten Anteil, wobei die Diagnose Virushepatitis etwa die Hälfte dieser Fälle ausmacht.

Die Infektionsraten variieren stark sowohl innerhalb als auch zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2018 je nach Datenquelle bis zu 83 %). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2018: 0 % bis 9 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei intravenös Konsumierenden ist seit Jahren annähernd gleichbleibend (2018: 0 % bis 25 %).

Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu.

Aktuelle Situation und Trends der Schadensminimierung/Harm-Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die neun Strategien der Bundesländer für ihre jeweilige Sucht- und Drogenpolitik. Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei der Spritzentausch und -verkauf, der in sieben von neun Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Substitutionsbehandlung kann als (höher-schwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden.

Neue Entwicklungen

Die Behandlungsmöglichkeiten HCV-infizierter Drogenkonsumierender werden vorangetrieben: In fast allen Bundesländern gibt es bundeslandspezifische spezielle Angebote, Kooperationen und/oder Projekte, um Drogenkonsumierende auf HCV zu testen und sie ggf. einer Behandlung mit neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) zuzuführen. Die Behandlung erfolgt meist in Kliniken in Kooperation mit niederschweligen Einrichtungen, die Tests anbieten und bei positivem Testergebnis einen Kontakt zur Klinik herstellen – wie auch direkt im niederschweligen Setting im *ambulatorium suchthilfe wien* als *directly observed therapy* in Kombination mit einer Substitutionsbehandlung. In Wien und Niederösterreich gibt es für erkrankte Personen in Substitutionsbehandlung zudem die Möglichkeit, die Hepatitis-C-Behandlungsmedikation zusammen mit der Substitutionsmedikation regelmäßig in kooperierenden einzelnen Apotheken zu erhalten. Mittlerweile werden die Kosten für die Behandlung mit DAA durch die Krankenkassen – unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp – erstattet. Zudem startete 2019 in Wien ein Projekt zur Testung aller Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten.

In der Steiermark startete im November 2018 Österreichs erstes Take-home-Naloxon-Projekt.

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Im Jahr 2018 wurden auf Basis von Obduktionsbefunden 160 tödliche Überdosierungen verifiziert (bei 157 davon liegt auch eine toxikologische Analyse vor). Weitere 24 – allerdings nicht obduzierte¹²⁰ – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf

120

In diesen Fällen wurde keine Obduktion zur Klärung der Todesursache durchgeführt, sondern eine Totenbeschau (äußerliche

dem Totenbeschauschein gibt es eine eindeutige Todesursache wie z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“). In Summe wird daher für das Jahr 2018 von 184 direkt drogenbezogenen Todesfällen ausgegangen (vgl. Tabelle A6.1).

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig Männer (rund drei Viertel der Verstorbenen, vgl. Tabelle A6.4), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median) 34,2 Jahre alt (2017: 34,9 Jahre; 2016: 34,1 Jahre, 2015: 32,9 Jahre, 2014: 34,8 Jahre). In drei Fällen ist von einem Suizid auszugehen (entsprechende Angaben im Obduktionsgutachten, z. B. Abschiedsbrief).

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 157 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzenzuweisung möglich war.

Bei sechs Prozent wurden **ausschließlich Opiate** festgestellt. 87 Prozent der Fälle ergaben **Mischintoxikationen mit Opiaten** (d. h. Opiate in Kombination mit Alkohol, Psychopharmaka oder anderen Suchtgiften). Wie schon in den Vorjahren überwiegen Mischintoxikationen, bei denen Opiate eine Rolle spielen (vgl. Abbildung 6.3). Polytoxikomane Konsummuster inklusive Opiatkonsum mit einander teilweise potenzierender Wirkung der unterschiedlichen Substanzen sind schwer kontrollierbar und nach wie vor stark verbreitet – sie stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (vgl. Tabelle A6.1).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2018 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 113 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 72 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, 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 im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker von 6-MAM 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 deren 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 vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 24 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl mit Beteiligung von Heroin Verstorbener (reine Heroinintoxikation: 1 Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 89 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich fünf auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Untersuchung der Leiche) durch eine dazu autorisierte Ärztin / einen dazu autorisierten Arzt. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als drogenbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). Sie werden (dem europäischen Standard entsprechend) dennoch den drogenbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf drogenbezogene Überdosierung obduziert).

Methadon wurde in 15 Prozent der Fälle nachgewiesen (2017: 15 %; 2016: 10 %; 2015: 16 %; 2014: 15 %), **sonstige Opioide** (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 20 Prozent (2017: 20 %; 2016: 26 %; 2015: 25 %; 2014: 24 %). **Fentanyl** wurde in fünf Fällen nachgewiesen. **Opioidhaltige NPS** (d. h. NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opioide gehören) wurden im Jahr 2018 bei **keinem Fall** nachgewiesen (2017: 4 Fälle).

Kokain wurde in 22 Prozent (N = 35) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2017: 25 %; 2016: 23 %; 2015: 22 %; 2014: 17 %; Abbildung 6.4), in keinem einzigen Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Bei 16 Personen wurden **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien exklusive Kokain) nachgewiesen (10 %). Im Vergleich zum Vorjahr (16 %) ist der Anteil daher wieder gesunken. Bei neun dieser Fälle wurden mehrere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen, bei zwei Fällen mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) – größtenteils auch Alkohol und/oder Psychopharmaka. Bei insgesamt fünf Fällen wurde nur ein Suchtgift / eine NPS festgestellt, wobei es sich nur bei zwei Fällen um eine Monointoxikation handelt, bei denen weder Alkohol noch Psychopharmaka festgestellt wurden.

- » **Amphetamin** wurde bei neun Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt sieben Fällen nachgewiesen (2017: 9 Fälle; 2016: 10 Fälle; 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle; 2013: 4 Fälle, 2012: 5 Fälle; 2011: 4 Fälle). In zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen, in einem Fall um eine Intoxikation in Kombination mit Alkohol, und in vier Fällen waren u. a. Opiate beteiligt. In vier der sieben Fälle war die nachgewiesene Menge im toxischen Bereich. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei drei Fällen festgestellt (2017: 11; 2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle; 2013: 1 Fall; 2012: 2 Fälle). Bei allen drei Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen illegalen bzw. auch legalen Substanzen.
- » **NPS** der Kategorie **Stimulanzien** wurden in einem Fall nachgewiesen, und zwar in Kombination mit Psychopharmaka. Es handelte sich dabei um die Substanz Clephedron, die der Gruppe der Cathinone zugeordnet wird.
- » In je einem Fall wurde neben anderen (illegalen) Substanzen **Mephedron** bzw. **Methylphenidat** (Wirkstoff von z. B. Ritalin) nachgewiesen.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2018 insgesamt bei fünf Personen, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2017: 9 Fälle; 2016: 2 Fälle). NPS der Gruppe der synthetischen Opioide wurden nicht nachgewiesen. NPS des Typs Stimulanzien¹²¹ bei einer Person,

121
„Clephedron“

NPS des Typs Cannabinoide¹²² bzw. sonstige NPS¹²³ bei jeweils zwei Personen. In keinem Fall handelte es sich um eine Monointoxikation ohne andere legale oder illegale Substanzen. Im Vergleich zum Vorjahr gibt es weniger NPS-Fälle. Obwohl es sich beim Auftreten von NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early Warning System“ (EWS) genau beobachtet werden.

Analyse der Todesursachen aus der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018

2019 wurde eine Analyse der Todesursachen der insgesamt 1.526 in der Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen 2018 erfassten verstorbenen Personen durchgeführt (Details der Studie siehe Anzenberger et al. 2018 und 2019). Die Todesursachen wurden, basierend auf den Totenbeschauscheinen, durch die Statistik Austria im Rahmen der allgemeinen Todesursachenstatistik kodiert. Zu beachten ist, dass bei der bis 2018 durchgeführten unikausalen Todesursachenzuordnung immer nur ein ICD-10-Code vergeben wurde, der das Grundleiden betrifft¹²⁴. Die Kodierung wird von der Statistik Austria gemäß WHO-Richtlinien durchgeführt (WHO 2018).

Psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente stellen mit 43 Prozent die häufigste Todesursache dar. 98 % dieser Kategorie machen die Codes F11.2 (Opioidabhängigkeit) und F19.2 (multiple Substanzabhängigkeit) aus. Da, wie bereits oben erwähnt, immer das Grundleiden kodiert wird, finden sich in dieser Kategorie sowohl tödliche Überdosierungen von Personen mit bekannter Drogenabhängigkeit, aber auch Fälle, bei denen die kodierende Person von einem eindeutigen kausalen Bezug des Todes zur Drogenabhängigkeit ausgeht (z. B. Tod durch Hepatitis C, wenn die Infektion eindeutig auf i. v. Drogenkonsum zurückgeführt werden kann). Da sehr viele Überdosierungen als Drogenabhängigkeit klassifiziert werden (da diese das zugrunde liegende Leiden darstellt), finden sich in der Kategorie Intoxikationen mit Drogen wenig Fälle. Suizide und andere externe Todesursachen wie z. B. Unfälle machen zusammen etwas weniger als ein Fünftel aller Todesursachen in der beobachteten Kohorte aus. Hepatitis/Lebererkrankung stellt mit insgesamt 11 Prozent den höchsten krankheitsbedingten Anteil, wobei die Diagnose Virushepatitis etwa die Hälfte dieser Fälle ausmacht (vgl. Abbildung 6.1).

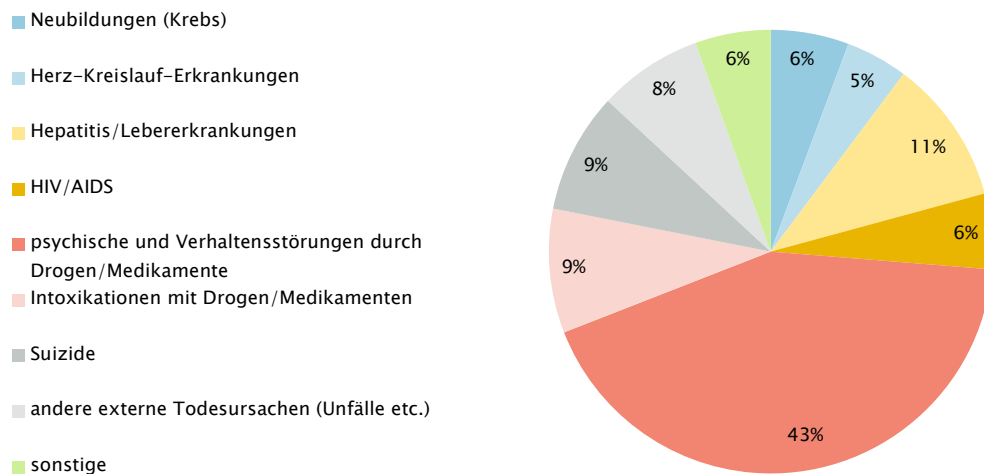
122
„5f-adb“

123
„Ketamin“

124
Seit 2018 ist die Kodierung mehrerer Todesursachen möglich (multikausale Todesursachenstatistik), was in Zukunft detailliertere Auswertungen zulassen wird.

Abbildung 6.1:

Todesursachen der 1.526 verstorbenen Personen aus der Mortalitätskohortenanalyse Substitutionsbehandlungen 2018



Neubildungen (Krebs): C00-D48 Neubildungen exklusive C220 und C229 (Leberkrebs)

Herz-Kreislauf-Erkrankungen: I00-I99 Krankheiten des Kreislaufsystems

Hepatitis/Lebererkrankung: B15-B19 Virushepatitis + K70-K77 Krankheiten der Leber + C220 Leberzellkarzinom, Carcinoma hepatocellulare + C229 Bösartige Neubildung der Leber, nicht näher bezeichnet.

HIV/AIDS: B20-B24 HIV-Krankheit (Humane-Immundefizienz-Virus-Krankheit)

psychische und Verhaltensstörungen durch Drogen/Medikamente: 98 % in dieser Kategorie haben F11.2 oder F19.2 (Opioidabhängigkeit oder multiple Substanzabhängigkeit)

Suizide: Tod durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60 bis X84 oder Y87.0) inklusive Intoxikationen

andere externe Todesursachen: S00-T98 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen, exklusive Intoxikationen mit Drogen/Medikamenten und Suiziden

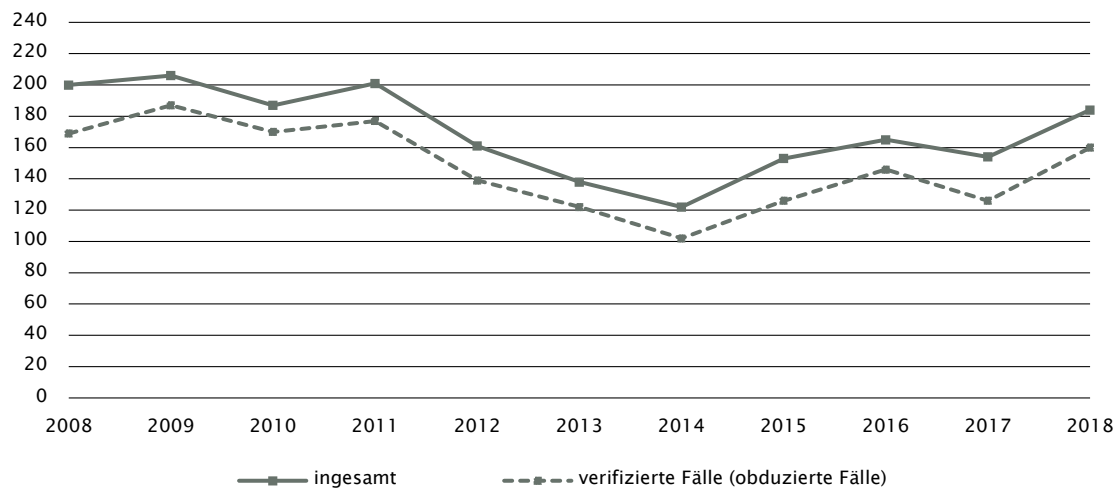
Quellen: GÖG - Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.2). Seither ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Sinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6.2 und Tabelle A6.3 im Anhang.

Abbildung 6.2:

Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2008–2018



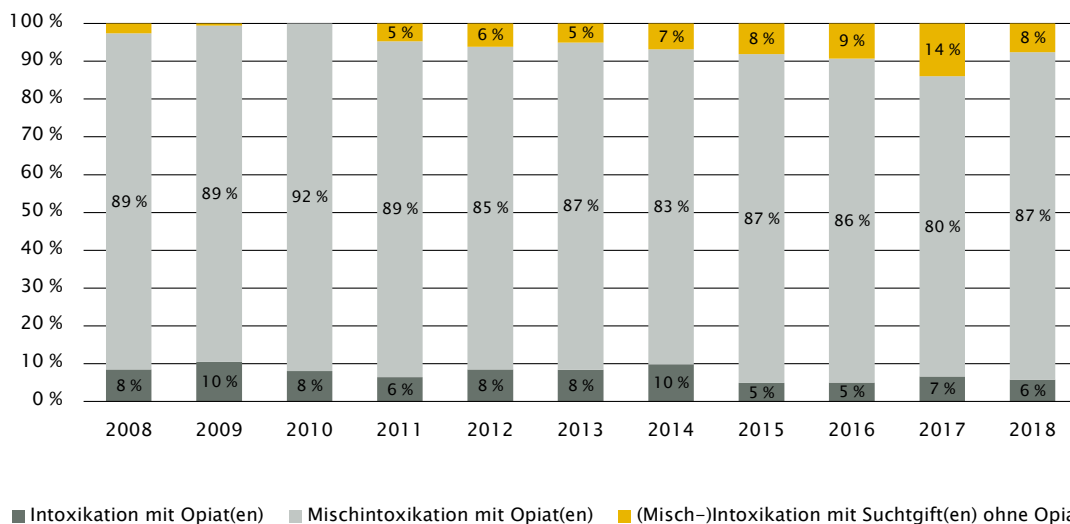
Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der unter 25-Jährigen an den 184 Personen, die im Jahr 2018 einen direkt drogenbezogenen Tod gestorben sind, ist mit 18 Prozent etwas höher als im Vorjahr (15 %; vgl. Kapitel 3). Auch der Frauenanteil (23 %) ist im Vergleich zum Vorjahr wieder gestiegen (19 %; vgl. Tabelle A6.4 und Tabelle A6.5).

In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Opiat-(Misch-)Intoxikationen stets über 90 Prozent der direkt drogenbezogenen Todesfälle mit Toxikologie (vgl. Abbildung 6.3), im Jahr 2018 lag er bei rund 92 Prozent. (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften ohne Opiate spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 6.3:

Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2008–2018



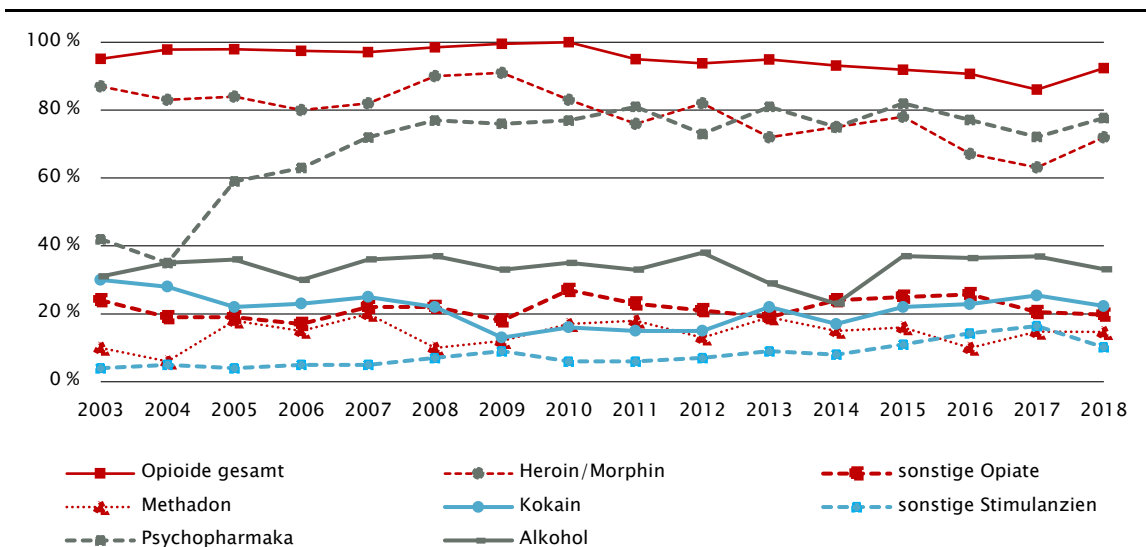
Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der verifizierten drogenbezogenen Todesfälle (mit Toxikologie), in denen Stimulanzien¹²⁵ nachgewiesen wurden, stieg in den letzten Jahren tendenziell (auf sehr niedrigem Niveau) etwas an. Im Jahr 2018 war diese Tendenz allerdings wieder rückläufig (10 % vs. 16 % im Vorjahr). Die Anteile von Kokain lagen in den letzten Jahren bei etwa 20 Prozent. (vgl. Abbildung 6.4 und Tabelle A6.6).

125

Die Kategorie inkludiert sämtliche Stimulanzien wie Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone), jedoch exklusive Kokain.

Abbildung 6.4:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2018



Anmerkung:

Die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ enthält auch NPS-Opiate (z. B. U-47700).

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen und aktuell auch keine anekdotischen Berichte zu Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen in der Praxis zum Teil T-Diagnosen des ICD-10¹²⁶, zum Teil F10-/F19-Diagnosen, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen, ohne zusätzliche T-Diagnosen vergeben werden – Letzteres vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrunde liegender Suchterkrankung.

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2018 insgesamt 241-mal betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert (Gesamtanruhzahl 28.706, davon 23.019 zu Betroffenen¹²⁷). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf eine vorselektierte Patientengruppe, da sie noch lebende Personen betreffen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. In den überwiegenden Fällen wird in Drogennotfällen die VIZ von Krankenhausärztinnen/-ärzten

126

T36–T50 Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (v. a. T40, T42, T43 und T50)

127

Die übrigen Anrufe betreffen allgemeine toxikologische Anfragen, unspezifische Anfragen oder das Widerspruchsregister.

(71,4 %), von der Rettung (10 %), von (Not-)Ärztinnen/(Not-)Ärzten (5 %) kontaktiert. Nur 12,4 % der Anrufe kommen von Laiinnen/Laien. Beteiligte illegale Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betreffen vorwiegend THC (n = 59), Kokain (n = 50), MDMA (n = 40), Speed (n = 17), GHB (n = 11), Heroin (n = 10), alle weiteren Substanzen waren weniger als zehnmals beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgen aufgrund einer Mischintoxikation. Erfahrungsberichte zeigen, dass im Falle einer Intoxikation mit nur einer Droge der ärztliche Konsiliardienst im Regelfall nicht in Anspruch genommen wird (GÖG/ VIZ 2019 Sonderauswertung Drogen).

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die wichtigsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei i. v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht in Tabelle 6.1 dargestellt sind. Da die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2018 streute die Prävalenzrate für Hepatitis B in den verfügbaren Datenquellen von 0 Prozent bis 25 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Legende von Tabelle 6.1). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte aus den vorhandenen Datenquellen liegen seit dem Jahr 2009 zwischen 0 und 36 Prozent.

Die Hepatitis-C-Prävalenz wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte bzw. erfolgreich behandelte 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 (Polymerasekettenreaktion), die zum Nachweis viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2018 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei 13 bis 83 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. *Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg*: 45 %, *Kontaktladen, Graz*: 55 %, *ambulatorium suchthilfe wien*: 67 %). Zum Teil wird der Anteil der in den einzelnen Einrichtungen ermittelten chronischen Fälle noch innerhalb des Jahres der Erhebung durch Vermittlung in und erfolgreiche Absolvierung von Behandlung gesenkt. 2018 konnten beispielsweise von den 31 im Grazer *Kontaktladen* als HCV-RNA positiv ermittelten Personen, mindestens 11 Personen 2018 erfolgreich behandelt wer-

den. Die HCV-Ab-Prävalenz hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau eingependelt. Abbildung 6.5 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 6.1:
Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2018

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg	0 % (0/39) ¹	51 % (20/39)	3 % (1/40)
ambulatorium suchthilfe wien	25 % (41/163) ¹	83 % (161/195)	1 % (2/244)
Kontaktladen ² , Graz	16 % (11/68) ¹	82 % (56/68)	0 % (0/68)
drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2018	nicht erfasst	13 % (20/157) ³ 29 % (20/70) ³	4 % (6/157) ³ 9 % (6/69) ³

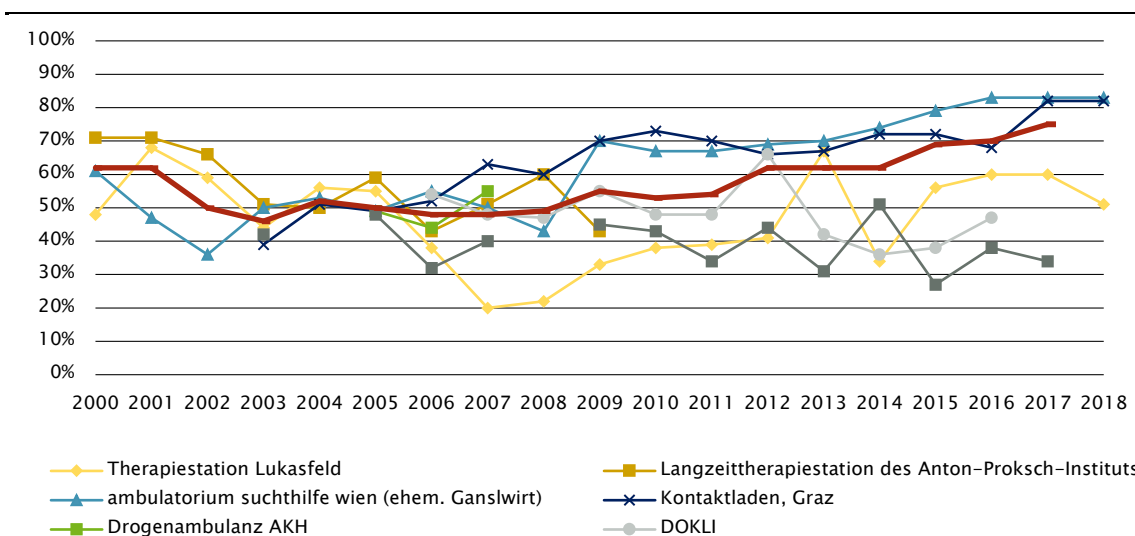
¹ Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, anti HBe und anti HBs.

² Vormalis in den Berichten zur Drogensituation als *Caritas Marienambulanz* bezeichnet.

³ Nur in 69 bzw. 70 von 157 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen mit Toxikologie fand der Infektionsstatus von HCV-Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten von HCV-Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.5:
HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2018



*Grundgesamtheit 2018: 70 Gutachten mit Erwähnung von HCV

Quelle: ST 9, GÖG – DOKLI bzw. Schmutterer/Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV-Prävalenzrate lag 2018 in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen 0 und 9 Prozent.

Anfang der 1990er-Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau, wobei die höchsten Werte jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden werden. Hier wurden auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. 2016: 1–4 %, 2017: 3–8 %; vgl. Weigl et al. 2017 und Horvath et al. 2018).

Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten (HIV, HCV) außerhalb des Routinemonitorings

Im Jahr 2018 wurden insgesamt 191 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie eingeschlossen. Bei zwölf von ihnen (bzw. 6 %) wird davon ausgegangen, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben. Bei 54 Prozent wird der Ansteckungsweg MSM¹²⁸ vermutet, bei 30 Prozent heterosexuelle Handlungen. Bei neun Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (AHIVCOS und Zangerle p. M.).

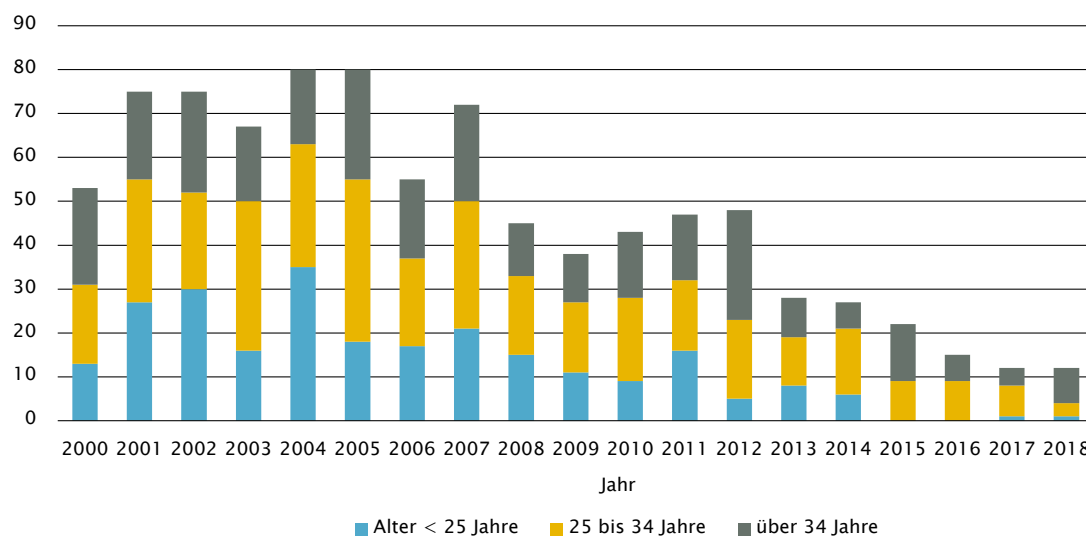
Die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) aufgenommen wurden, war in den letzten zehn Jahren rückläufig (siehe Abbildung 6.6). Dies könnte auf einen Rückgang der Neuinfektionen in dieser Risikogruppe hindeuten.

128

men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben

Abbildung 6.6:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie, 2000–2018



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

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion-Hepatitis-C-Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Hepatitis-C-Ansteckungsweg aktuell der intravenöse Drogenkonsum ist. Der früher häufigste Ansteckungsweg über erhaltene Blutprodukte findet sich heute vor allem bei älteren Personen mit weit fortgeschrittener Erkrankung. Bei jüngeren und damit eher kürzlich erkrankten Personen dominiert eindeutig der Ansteckungsweg über intravenösen Drogenkonsum. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fällen nicht bekannt oder nicht angegeben ist (*aCtion-Hepatitis-C-Datenbank*, 2012).

Eine Erhebung in sechs österreichischen Gefängnissen zeigte, dass 74 Prozent der in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen inhaftierten Personen HCV-Antikörper-positiv waren; 45 Prozent (d. h. 60 % der HCV-Ab-Positiven) waren HCV-RNA-positiv, also chronisch an Hepatitis C erkrankt. Rund 10 Prozent waren HIV-positiv (Zeitraum der Datenerhebung inkl. Testungen: Mai 2016 bis Mai 2017; Silbernagl et al. 2018; vgl. Kapitel 8).¹²⁹

129

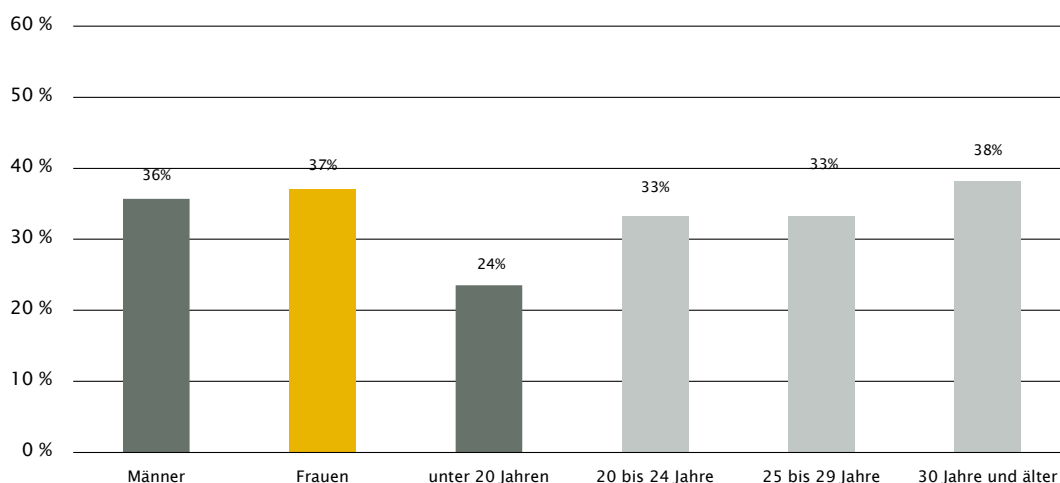
Zu Beginn der Erhebung befanden sich 218 Personen in einem der sechs Gefängnisse in Opioid-Substitutionstherapie. 129 davon (d. h. 59 %) konnten in die Studie aufgenommen und auf Hepatitis C getestet werden; das sind rund 15 Prozent aller Inhaftierten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Opioid-Substitutionstherapie waren.

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle-Sharing)

Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten zum *Needle-Sharing* (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹³⁰ und auf Personen, die bereits intravenös konsumiert haben oder konsumieren und 2018 eine ambulante Betreuung begonnen haben. 36 Prozent dieser Personengruppe geben an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 24 Prozent. Das Needle-Sharing liegt bei den meisten Personen im ambulanten Bereich länger als ein Jahr zurück (78 %). Im stationären Bereich gaben 24 Prozent der Personen mit Needle-Sharing-Erfahrung an, innerhalb der letzten 30 Tage Needle-Sharing betrieben zu haben, weitere 22 Prozent innerhalb der letzten zwölf Monate (nicht aber innerhalb der letzten 30 Tage). Vor allem die Angaben im stationären Bereich schwanken über die Jahre; ein Grund dafür kann auch die geringe Anzahl von Personen sein, deren Angaben vorliegen (n = 46). Frauen im ambulanten Betreuungssetting geben Needle-Sharing öfter an als Männer. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 6.7).

Abbildung 6.7:

Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2018 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 521)*



* = Österreich ohne Wien, da diese Variable in der Wiener „DOKU neu“ nicht erhoben wird.

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

130

In der Wiener „DOKU neu“ wird diese Variable nicht erhoben.

Weitere drogenbezogene Infektionskrankheiten (Tbc, Syphilis)

Daten weiterer drogenrelevanter Infektionen liegen hinsichtlich Tuberkulose (Tbc) und Syphilis vor. Von insgesamt 14 anamnestisch erhobenen Angaben zum aktuellen Tbc-Status bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung im DOKLI-Datensatz wurde im Berichtsjahr keine Person als Tbc-positiv dokumentiert. Es lagen 18 Testergebnisse von Personen mit i. v. Konsumerfahrung vor, die alle negativ waren.

Im *ambulatorium suchthilfe wien* lag für vier Prozent (9 von 255) der im Jahr 2018 auf Syphilis getesteten Personen ein positives TPHA¹³¹-Testergebnis vor. Weitere Daten in Bezug auf Tuberkulose und Syphilis liegen nicht vor.

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen somatischen Krankheiten assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Psychiatrische Komorbidität von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen bezieht sich in erster Linie auf Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Die niederschwellige medizinische Einrichtung *I.K.A.* (Graz) berichtet beispielsweise für das Jahr 2018 von 363 langfristig betreuten Patientinnen/Patienten, von denen rund 66 Prozent mindestens eine psychiatrische Komorbiditätsdiagnose aufweisen (rund 28 % ohne Komorbiditätsdiagnosen und rund 6 % ohne Angabe; I.K.A. 2019).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Versicherung“ und „Wohnen/Schlafplatz“ die „Gesundheit“ als dritter großer Problembereich thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht. Bei *change* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild. (SHW 2019a).

Die Analyse der körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen) bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, basierend auf den Befunden der gerichtsmedizinischen Gutachten (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse in Bezug auf die inneren Organe) zeigen ausgeprägte körperliche Organschädigungen der Drogenkonsumierenden (Weigl et al. 2017).

Die meisten indirekt drogenbezogenen Toten (66 Personen) erlagen Krankheiten (50 Personen) wie z. B. Myokarditis oder Leberzirrhose, größtenteils bedingt durch eine Hepatitis-C-Infektion. Eine Person verstarb an Aids. Von weiteren 15 Personen sind andere Todesursachen bekannt (z. B. Suizid oder Unfall).

131

Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay

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

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Die im Jahr 2015 veröffentlichte *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) enthalten Hinweise darauf, dass im Sinne einer Diversifikation der Angebote u. a. Schadensminimierung als ein zentraler Bestandteil gesehen wird. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellige ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung Hochrisikokonsumierender verstanden. Auch die Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden (vgl. Kapitel 5).

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich bei den Ländern und beschreibt eine Vielzahl von 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. Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren 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, Tirol und Vorarlberg gibt es szenebedingt zusätzlich Angebote in Kleinstädten. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Schadensminimierende Ansätze werden in Niederösterreich durch die Suchtberatungen und im Burgenland durch den Psychosozialen Dienst abgedeckt.

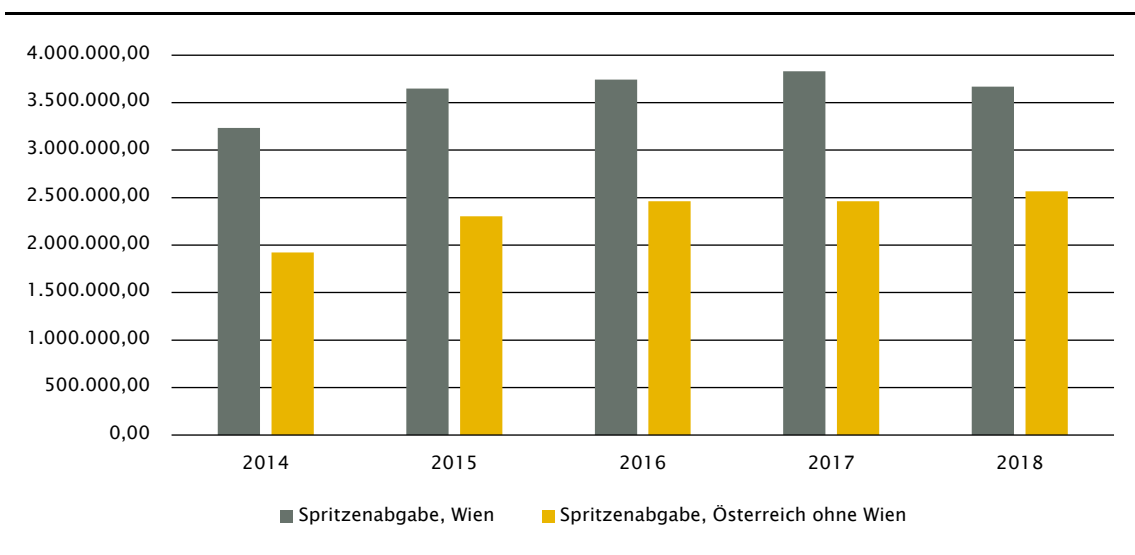
Generell kann gesagt werden, dass schadensminimierende Interventionen schwerpunktmäßig im Bereich Prävention von drogenrelevanten Infektionskrankheiten liegen; dazu gehören vor allem Spritzentausch, HIV- bzw. Hepatitis-Tests, HAV-/HBV-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie Notfallprophylaxe. Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote (Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spritzentausch wird in wenigen Fällen zudem von nichtsuchtspezifischen Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe oder von Privat Anbietern (z. B. Spritzenautomat im Eigentum einer Apotheke) angeboten. Die Behandlung gesundheitlicher Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten

in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion in Bezug auf höher-schwellige medizinische Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe niederschwelliger Einrichtungen und auf-suchender Angebote, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Dieses Angebot wird mit Ausnahme von Niederösterreich und dem Burgenland in allen Bundes-ländern umgesetzt, insgesamt gibt es 18 Angebote in 14 Städten, über die steriles Injektionszu-behör erhältlich ist. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2018a). Zu-sätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 20 Automaten in 17 Städten zu kaufen. Die Abgabe steriler Spritzen erfolgt in der Steiermark, in Kärnten, Vorarlberg und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets ist in den letz-ten fünf Jahren österreichweit zunächst kontinuierlich gestiegen, nämlich von 5.157.666 abgege-benen Spritzen im Jahr 2014 auf 6.293.593 im Jahr 2017. Seither stagniert der Wert bei etwas über 6.000.000 (2018: 6.234.094 abgegebene Spritzen; vgl. Abbildung 6.8 bzw. Tabelle A6.7). In Kärnten, Vorarlberg und Wien wurden im Jahr 2018 etwas weniger Spritzen abgegeben als im Jahr davor.

Abbildung 6.8:
Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien, 2014–2018



Quelle: ST 10, Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen in Drogeneinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2018 waren es über 6.000.000 (vgl. Tabelle A6.7). Darüber hinaus wurden über Spritzen-automaten um die 144.000 Spritzensets und im Rahmen des aufsuchenden Drogenstreetworks in

Wien, der Steiermark und Kärnten rund 16.500 Spritzen abgegeben¹³². An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze(n) und Nadel(n) unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert. Tabelle 6.2 gibt einen Überblick über die im Rahmen der schadensminimierenden Maßnahmen ausgegebene Safer-Use-/Safer-Sex-Utensilien. 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.

Tabelle 6.2:

Verfügbarkeit der im Rahmen der Schadensminimierung zu Spritzen ausgegebenen Safer-Use-/Safer-Sex-Utensilien in Österreich

ausgegebene Utensilien	routinemäßig verfügbar	oftmals verfügbar	kaum verfügbar	nicht verfügbar	Information unbekannt
sterile Pads zur Desinfektion der Haut	X				
Tupfer			X		
Wasser zum Auflösen der Drogen		X			
sterile Cups/Löffel		X			
Filter		X			
Zitronen-/Ascorbinsäure	X				
Bleichmittel				X	
Kondome	X				
Gleitmittel			X		
LDS-Spritzen			X		
HIV-Selbsttests				X	
Utensilien für den nichtinjizierenden Gebrauch (Folien, Pfeifen, Röhrchen)			X		

Quelle: GÖG-eigene Erhebung

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzentauschs auch Einzelberatungen sowie vereinzelt Trainings Safer Use / Safer Injecting angeboten. Konkrete Daten betreffend die Anzahl der Trainings bzw. die Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Bereich des *Peer-Involve-ments* und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung („health education approach“) finden in Österreich wenig Beachtung.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV-** bzw. **Hepatitis-Status-Bestimmungen**. HIV-Status-Bestimmungen werden kostenlos in vierzehn niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten, kostenlose Hepatitis-Status-Bestimmungen in zehn niederschweligen Einrichtungen in vier Bundesländern.

132

Die Zahlen beziehen sich auf Wien, die Steiermark und Kärnten. In Vorarlberg ist die Zahl der abgegebenen Spritzen durch das Drogenstreetwork in den Spritzenzahlen der Einrichtungen inkludiert.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über HIV- und HCV-Status-Erhebungen bei i. v. Drogenkonsumierenden¹³³, die vor dem in DOKLI dokumentierten Behandlungsbeginn stattfanden. Im stationären Betreuungssetting haben sich fast alle dokumentierten Personen innerhalb der letzten zwölf Monate einem Test unterzogen (HIV-Test: 99 %, HCV-Test: 97 %). Auch im längerfristig ambulanten Betreuungsbereich liegen die Testhäufigkeiten mit 82 % für HIV-Tests und 84 % für HCV-Tests hoch.

Eine Studie über die Zufriedenheit von Patientinnen und Patienten in der ambulanten Opioiderhaltungstherapie in Niederösterreich zeigt, dass bei einer Selbsteinschätzung nur sechs Prozent der Befragten angeben, ihren Hepatitis-C-Status nicht zu kennen (Hörhan, p. M.).

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zwölf niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *ambulatoriums suchthilfe wien* erhielten im Berichtsjahr 53 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. 13 von ihnen haben die Grundimmunisierung 2018 erfolgreich abgeschlossen, weitere 17 erhielten eine Auffrischungsimpfung (SHW 2018a). In Graz wurden über die medizinischen Angebote des *Kontaktladens* im Jahr 2018 28 Personen gegen Hepatitis A und B geimpft (Caritas Diözese Graz-Seckau 2019).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 265 Personen vor, zum HBV-Impfstatus solche von 264 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2018 für HAV 46 Prozent und für HBV 47 Prozent¹³⁴. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tbc-Impftrate von 23 Prozent basiert auf den Angaben von 96 Personen. Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen.

Der **Behandlung von Hepatitis C** bei Drogenkonsumierenden kommt in Österreich nach wie vor zunehmend Bedeutung zu. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch eigene Hepatitisambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. In Graz gab es im Berichtsjahr beispielsweise 115 vermittelte Behandlungskontakte in das LKH Hörgas-Enzenbach. In Oberösterreich werden über fünf niederschwellige Anlauf- und Kontaktstellen kostenlose Schnelltests angeboten und Klientinnen und Klienten mit positivem Testergebnis über Kooperationsprojekte mit den regionalen Krankenanstalten in weitere diagnostische Abklärung und Behandlung geführt. In Tirol gibt es ebenfalls Testungen an mehreren Orten im niederschweligen Setting mit Vermittlung in gastroenterologische und hepatologische Ambulanzen im Falle einer positiven Befundung. In Kärnten und Vorarlberg werden in Drogenberatungsstellen kostenlose Testungen angeboten und Beratungen über Behandlungsmöglichkeiten an Kliniken durchgeführt. In Salzburg gibt es ein Kooperationsprojekt

133

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings werden weder Testergebnis noch Testzeitpunkt abgefragt.

134

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

zwischen substituierenden Ärztinnen/Ärzten und dem Uniklinikum Salzburg. Die Ärztinnen und Ärzte testen ihre Patientinnen und Patienten mit von Pharmafirmen kostenfrei zur Verfügung gestellten Tests und überweisen bei positiven Screeningergebnissen an die Leberambulanz des Uniklinikums Salzburg. Die Behandlungskosten mit modernen DAA¹³⁵ werden von den Krankenkassen unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp übernommen (vgl. Schwarzenbrunner p. M., Grüner p. M., Neubacher, p. M., Drobesh-Binter, p. M., Caritas Diözese Graz-Seckau 2018, Schabus-Eder p. M.; HVB 2019).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem *Verein Dialog*, dem Wilhelminenspital der Stadt Wien / 4. Medizinische Abteilung sowie mehr als 50 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA auszeichnet. Zielgruppe dieser Kooperation sind Patientinnen/Patienten mit aktuellem oder früherem i. v. Drogenkonsum, einer chronischen Hepatitis C sowie einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Die hohe Adherence betreffs der täglichen Einnahme des Substitutionsmittels, gefördert durch das Setting einer *directly observed therapy (DOT)*, garantiert die Regelmäßigkeit, die für eine erfolgreiche Hepatitis-C-Therapie notwendig ist. Bis April 2019 konnte bei insgesamt 321 Patientinnen/Patienten die Behandlung aufgenommen werden, 219 von ihnen haben sie und das Zwölf-Wochen-Follow-up beendet. Bei 218 der 219 Patientinnen und Patienten konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (SVR12-Rate: 99,5 %). Nach erfolgreicher Therapie haben sich fünfzehn Patientinnen/Patienten erneut mit HCV infiziert (Reinfektionsrate von 6,8 %), eine dieser Reinfektionen heilte spontan aus (Gschwantler et al. 2019, Schütz et al. 2018, SHW 2019a). Zudem gibt es in Wien seit 2019 ein Projekt zur Testung aller Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten (siehe Abschnitt 1.3).

Bezüglich Testungen auf, Behandlungen von und Impfungen gegen Infektionskrankheiten in Haft siehe Kapitel 8.

Auf Bundesebene stellt das **Reduzieren drogenbezogener Todesfälle** und Notfälle nach wie vor ein wichtiges Thema dar. Schadensminimierung und Überlebenshilfe ist zudem ein wesentliches Interventionsfeld der nationalen *Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1, BMG 2015). Konkrete Initiativen zur Prävention von Überdosierungen und zum Umgang mit Notfällen sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumierende wie auch für Mitarbeiter/-innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Webseiten verfügbar.¹³⁶ In Wien wurde 2017 eine übersichtliche und leicht verständliche Broschüre mit dem Titel „Was ist zu tun im Drogennotfall?“ herausgegeben (SDW 2017).

135
direct acting antiviral agents

136
Z. B. <https://doit.at/onlineberatung/>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/uberdosierung-notfalle/>;
<https://checkit.beranet.info> (Zugriff jeweils am 11. 7. 2018)

Naloxon ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört zur Standardausrüstung von Notärzten und Rettungswägen. Derzeit wird es noch nicht flächendeckend direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. In der Steiermark startete jedoch im November 2018 Österreichs erstes Take-home-Naloxon-Pilotprojekt (Caritas Diözese Graz-Seckau 2018; siehe Abschnitt 6.3).

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 (*Drogenarbeit Z6*) umgesetzt (vgl. SHW 2019b und *Drogenarbeit Z6* 2019). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse in Hinblick auf besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3) dem Österreichischen Informations- und Frühwarnsystem. Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse siehe Kapitel 7. In Tirol gab *Drogenarbeit Z6* im Jahr 2018 insgesamt 483 Substanzproben zur Testung ab (2016: 286, 2017: 428 Substanzproben¹³⁷), von denen 294 als hoch dosiert eingestuft wurden. Vor dem Inhalt von 370 Proben musste gewarnt werden, 159 Proben waren verunreinigt¹³⁸ (vgl. *Drogenarbeit Z6* 2019).

Die Wiener Einrichtung *checkit!* nahm im Berichtsjahr 2018 1.165 Proben zur Analyse an 13 Eventbetreuungstagen mit Analyseangebot (elf Veranstaltungen) entgegen (2017: 1.286 Proben). Bei 11 Prozent dieser Proben wurde wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe/Substanzkombinationen eine explizite Warnung ausgesprochen. 59 Prozent der analysierten Proben enthielten ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff. Mehr als die Hälfte (62 %) der analysierten Proben wiesen einen hohen Wirkstoffgehalt auf, vor allem jene Proben, die den erwarteten Inhaltsstoff enthielten. Während sich bei „Ecstasy“ der Trend zu in Reinform vorliegenden Tabletten 2018 weiter fortsetzte, ist auf Basis der über *checkit!* analysierten Proben ein Rückgang bei hoch dosierten Ecstasy-Tabletten zu beobachten. Zum ersten Mal seit Auftreten des Phänomens 2012 ist der Anteil der Ecstasy-Tabletten mit über 200 mg MDMA (ab 200 mg MDMA pro Tablette warnt *checkit!* vor einer „gesundheitlich besonders bedenklichen“ Dosierung) gesunken (von 31 % 2017 auf 23 % 2018). Der Anteil ist damit aber nach wie vor höher als 2016 sowie in den Jahren davor. (vgl. SHW 2018b; vgl. Kapitel 3 u. Kapitel 7).

Die Leitlinie für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in österreichischer U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug sieht im Rahmen der Vorbereitung auf die Haftentlassung eine Zusammenarbeit mit lokalen Suchthilfeeinrichtungen vor. Diese Kooperation zielt auf einen verbesserten Übergang zwischen Haft und adäquater Betreuung nach der Entlassung ab und wird bereits in einigen Justizanstalten umgesetzt (BMJ 2015; vgl. Kapitel 8).

137

Pro Kalenderjahr können derzeit im Rahmen des Projekts maximal 500 Testungen durchgeführt werden, mehr werden nicht finanziert (Grüner, p. M.).

138

„Das bedeutet, dass zusätzlich zum deklarierten Wirkstoff **mindestens ein** die Wirkung beeinflussendes bzw. gesundheitsschädigendes Streckmittel in der Substanz analysiert wurde oder der deklarierte Wirkstoff gar nicht enthalten war.“ (Drogenarbeit Z6 2019)

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). Die Behandlung von Klientinnen und Klienten mit psychotischem Krankheitsbild stellt die Einrichtungen der Suchthilfe vor besondere Herausforderungen, da diese Klientel neben einer suchtmmedizinischen Betreuung auch eine psychiatrische Behandlung benötigt. Die Integration von Menschen mit Suchterkrankungen in die medizinische Regelversorgung wird zunehmend Thema, wobei in diesem Zusammenhang von einem umfassenden Suchtbegriff ausgegangen wird (vgl. Weigl et al. 2017).

Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumentenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich sind psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrale Themen der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *jedmayer* bietet seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an. Zielgruppe sind suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2018 nahmen 245 Personen eine solche Bezugsbetreuung in Anspruch, wobei 69 von ihnen bereits 2017 und 176 erst 2018 mit der Betreuung begonnen haben. (SHW 2019a; Weigl et al. 2016).

Im Rahmen der niederschweligen medizinischen Grundversorgung des *ambulatoriums suchthilfe wien* erfolgten im Berichtsjahr 17.064 ärztliche Konsultationen (SHW 2019a). Das Ärzteteam der niederschweligen Einrichtung *Kontaktladen* in Graz berichtet von insgesamt 617 medizinischen Beratungen im Rahmen des Kontaktladencafés im Jahr 2018 (Caritas Diözese Graz-Seckau 2019).

In Wien übernimmt der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT*, der in das *Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien* eingebettet ist, die Beratung und Betreuung suchtkranker Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern und deren Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2018 wurden von *CONTACT* Leistungen für 636 Klientinnen und Klienten mit illegalem Substanzkonsum erbracht. Zudem führten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von *CONTACT* Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus durch. Ziel des Liaisondienstes *Konnex*, der ebenfalls ein Teil des *Ambulatoriums der Sucht- und Drogenkoordination Wien* ist, ist es, die Betreuung von Menschen mit Suchterkrankung in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs zu unterstützen. Im Rahmen der Fachberatungstätigkeit haben im Jahr 2018 615 Multiplikatorenkontakte und 17 Begutachtungen von Klientinnen/Klienten stattgefunden. Genutzt wurden die Angebote von *Konnex* 2018 u. a. von Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, der mobilen und stationären Pflege und Betreuung, der Jugendwohlfahrt, der Behindertenhilfe, der Flüchtlingshilfe sowie von arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen (SDW 2019).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung für schadensminimierende Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung anwendbar, z. B. die Förderrichtlinien der SDW oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. das *ambulatorium suchthilfe wien*), – die entsprechenden Qualitätskriterien. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben. Für Wien wurde die Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie* erstellt, die spezifisch auch auf die Therapie psychischer/psychiatrischer wie auch somatischer Komorbidität Bezug nimmt (vgl. ÖGABS et al. 2017 bzw. Kapitel 5).

Neben der vom BMASGK herausgegebenen *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* besteht auch in der Steiermark eine *Benzodiazepin-Richtlinie* (vgl. Weigl et al. 2016) und in Wien eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien erstellte Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Letztere zielt darauf ab, das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs zu erhöhen und der verschreibenden Ärzteschaft eine fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe im Umgang mit diesem Medikament zu bieten. Die Broschüre beschreibt Wirkungsweisen, unterschiedliche Indikationsbereiche und die Behandlung der Abhängigkeit von Benzodiazepinen (vgl. SDW 2016; Kapitel 5).

6.3 Neue Entwicklungen

Im Vergleich zum Vorjahr ist die absolute Zahl direkt drogenbezogener Todesfälle wieder gestiegen. Der Anteil der betroffenen unter 25-Jährigen hat sich wieder ein wenig erhöht. Ob dies eine Trendwende darstellt oder es sich, aufgrund der statistisch gesehen kleinen Fallzahlen, um einen Ausreißer handelt, kann erst der Zeitverlauf zeigen.

An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, die tendenzielle Abnahme, die seit 2011 zu beobachten war, setzt sich 2018 nicht fort. Kokain und andere Stimulanzien werden weiterhin deutlich seltener bei den Todesfällen festgestellt als Opiode. Stimulanzien (exklusive Kokain) stiegen bis 2017 auf niedrigem Niveau etwas an, sind aber 2018 wieder etwas rückläufig.

Im März 2019 startete in Wien das Projekt *Let's end hepatitis C in Vienna* unter der Leitung von Prim. Univ.-Prof. Dr. Michael Gschwantler (4. Medizinische Abteilung Wilhelminenspital) in Kooperation mit dem *ambulatorium suchthilfe wien*. Dabei handelt es sich um die von der WHO vorgeschlagene Strategie der „micro-elimination“ zur Erreichung der von ihr formulierten Ziele „Senkung der Neuinfektionen mit Hepatitis B und C“, „Senkung der Todesfälle infolge der beiden Erkrankungen“ und „Steigerung der Diagnoserate“. „Micro-elimination“ bedeutet in diesem Fall, sich zu bemühen, in einer definierten, überblickbaren Subgruppe virale Hepatitiden zu eliminieren. Die ge-

wählte Subgruppe des Projekts *Let's end hepatitis C in Vienna* sind Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten. Da diese einmal pro Monat eines von neun Bezirksgesundheitsämtern in Wien aufsuchen müssen, um die Opioiddauererschreibung amtsärztlich bewilligen zu lassen, wird ihnen im Rahmen des Projekts in den Bezirksgesundheitsämtern die Möglichkeit zur Information und Testung angeboten. So wird versucht, über einen Zeitraum von achtzehn Monaten (alle zwei Monate läuft das Projekt in einem anderen Bezirksgesundheitsamt) ein möglichst lückenloses HCV-Screening in dieser Population durchzuführen (SHW 2019a). In den ersten acht Wochen konnten innerhalb des Projekts 760 Substitutionspatientinnen und -patienten kontaktiert werden. 182 von ihnen berichteten, dass ihnen ihr Antikörperstatus bekannt sei (152 Personen bzw. 84 % bekannt pos. / 30 Personen bzw. 16 % bekannt neg.). Bei 201 Personen wurde ein Antikörpertest gemacht (40 Personen bzw. 20 % pos. / 161 Personen bzw. 80 % neg.). 49 Personen wurden bereits mit einem modernen, direkt antiviral wirkenden Medikament behandelt. 46 Personen konnten zur weiteren Abklärung an ein Zentrum überwiesen werden (Haltmayer et al. 2019).

Im Berichtszeitraum haben sich in den Einrichtungen u. a. folgende Änderungen in Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben:

Der Verein Suchtberatung Tirol bietet seit Herbst 2018 einmal pro Monat in der Beratungsstelle Wörgl allgemein psychiatrische Sprechstunden an (Suchtberatung Tirol 2018).

In Vorarlberg wurde in Bregenz durch die Stiftung Maria Ebene eine neue Abgabestelle für Substitutionsmittel errichtet. Die Abgabe des Substitutionsmittels in enger Verzahnung mit psychosozialer Betreuung ist wichtig, um bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten wie beispielsweise solche mit nachgewiesenem Medikamentenmissbrauch (intravenöser Konsum und/oder Dealen mit Medikamenten) zu einer täglichen Reflexion und Auseinandersetzung mit ihrem Konsumverhalten animieren zu können (Neubacher, p. M.).

In der Steiermark startete im November 2018 Österreichs erstes Take-home-Naloxon-Projekt. Bei dem auf zwei Jahre angelegten Pilotprojekt sollen insgesamt 120 Drogengebrauchende (und somit ca. 10 % der Substituierten in der Steiermark) in entsprechenden Erste-Hilfe-Maßnahmen geschult und mit Naloxon-Kits ausgestattet werden. Bis Jänner 2019 konnten bereits 22 Drogengebrauchende geschult und mit Naloxon-Kits ausgestattet werden. Jedes ausgegebene Naloxon-Kit beinhaltet einen Ausweis über die Teilnahme an der Schulung, ein Beatmungstuch, Einweghandschuhe, Sicherheitsanhänger, ein Info-/Dokumentationsheft sowie nasal applizierbares Naloxon. Die Idee dahinter ist, dass die geschulten Drogenkonsumierenden das Naloxon-Kit möglichst immer bei sich tragen und dieses bei Eintreten eines Drogennotfalls einsetzen können. Die Gabe des Opiatantagonisten Naloxon soll der verunglückten Person lebensrettende Zeit bis zum Eintreffen der Rettungskräfte verschaffen. Das Pilotprojekt wird mittels externer Evaluation begleitet (Caritas, Diözese Graz-Seckau 2018).

In Vorarlberg wurde im Rahmen des Pilotprojekts „Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen“ im Jahr 2018 eine gemeinsam mit der Universität Innsbruck erarbeitete Fragebogenerhebung über solche Klientinnen und Klienten¹³⁹ durchgeführt. 44 Prozent der über die Befragung ermittelten Fälle hatten eine F1-Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen nach ICD-10. Diese Gruppe von Klientinnen und Klienten wurde von den Betreuenden, die die Fragebögen ausfüllten, als Personen beschrieben, denen es durchgängig schwerfällt, sich in Gruppen einzuordnen sowie sich bei Gruppenaktivitäten angemessen zu verhalten. Des Weiteren wurden sie als Personen charakterisiert, die ihre Beschwerden nicht als Ausdruck einer psychischen Erkrankung sehen und ihre eigenen Kompetenzen besser einschätzen, als diese sind. Außerdem werden sie als Personen geschildert, die regelmäßig nichtärztlich verordnete Medikamente konsumieren. Als Empfehlungen zur Verbesserung der Situation wurden für Leistungserbringer u. a. regelmäßige Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Einrichtungen (Deeskalation, Sucht im Alter, kollegiale Beratung etc.), verbindliche Zusammenarbeit über alle Bereiche hinweg (horizontal), Klärung von Zuständigkeiten, Flexibilisierung oder Neuausrichtung von Reha-Programmen bzw. Pflegeheimkonzepten sowie eine Adaptierung der Grundhaltung (Orientierung des Systems an der Bedarfslage der Klientin bzw. des Klienten) angeregt. Bezüglich der auf gesellschaftspolitischer Ebene aufgestellten Empfehlungen für Fördergeber siehe Kapitel 1 (Blatter/Bliem 2018).

In Kärnten wurde 2018 mit der Genehmigung der Sucht- und Drogenkoordination Wien die Broschüre *Benzodiazepine – Empfehlung zur ärztlichen Verordnung* übernommen und allen Kärntner Ärztinnen und Ärzten geschickt. Der Anlass dazu war das Ergebnis einer Analyse aller Kärntner drogenbezogenen Todesfälle von 2015 bis 2018 (insgesamt wurden 53 Todesfälle analysiert). Da bei nahezu allen Todesfällen auch Benzodiazepine in größeren Mengen nachgewiesen werden konnten, wurden hier weitere Maßnahmen gesetzt. Eine Arbeitsgruppe untersuchte die Schnittstellen zwischen niedergelassenen Ärztinnen bzw. Ärzten, Apotheken und Sozialversicherung. Zusätzlich wurde die besagte Broschüre verbreitet (Drobesch-Binter p. M.).

6.4 Zusätzliche Information

Im Dezember 2018 fand eine nationale REITOX Academy zum Thema „Schädlicher Gebrauch von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln – Relevanz und Herausforderungen für das Drogenhilfesystem“ statt.

In der Steiermark setzt sich der Verein JUKUS im Rahmen eines Projekts speziell mit den Themen „Medikamentensucht – die verschwiegene Sucht“ und „Medikamentenabhängigkeit im interkulturellen Zusammenhang“ auseinander. Ziele sind eine umfassende Bestandsaufnahme, die Anregung eines kritischen Fachdiskurses, die Steigerung der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit durch

139

Gemeint sind hier meist schwer psychisch und suchtkranke Menschen mit hohem Auffälligkeitspotenzial, früher auch als „Heavy User“ oder „Systemsprenger“ bezeichnet, heute nicht selten als „austherapiert“, „nicht paktfähig“, „unhaltbar“ und „schwierig“ bzw. als „Drehtürpatientinnen/-patienten“ oder „Langlieger/-innen“.

Erhöhung der Gesundheitskompetenz sowie eine breite Sensibilisierung für das Thema Medikamentenabhängigkeit (Cichy, p. M.).

Die in Zusammenarbeit von der Ärztekammer Wien, dem Beauftragten für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien, den Magistraten 15 und 40 der Stadt Wien, der Österreichischen Apothekerkammer, der Pensionsversicherungsanstalt, der Sucht- und Drogenkoordination Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse und dem Zentrum für psychosoziale Gesundheit Sonnenpark Bad Hall erarbeiteten Merkblätter *Substitution und Reha*¹⁴⁰ sowie *Substitution/Benzodiazepine und Reha*¹⁴¹ wurden 2018 überarbeitet und mit Stand Jänner 2019 veröffentlicht.

Für Wien wird derzeit eine digitale Plattform (Hub) für psychische Gesundheit entwickelt. Ihr Ziel soll sein, Onlineinformationen und digitale Dienstleistungen in den Bereichen Prävention, Behandlung und Nachsorge bei psychischen Erkrankungen mit dem Schwerpunkt Suchterkrankungen sowie psychische Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen (SDW 2019).

Im Sucht- und Drogenhilfe-Netzwerk (SDHN) Wien wurde 2018 u. a. an der Verbesserung der in den letzten Jahren aufgebauten speziellen Angebote für die Zielgruppen „substanzabhängige schwangere Frauen und Mütter / Eltern und deren Neugeborene/Kinder“ und „ältere Suchtkranke“ gearbeitet. Damit sollen die in den letzten Jahren erarbeiteten Maßnahmen und Konzepte in diesen Bereichen langfristig gesichert werden (SDW 2019).

6.5 Quellen und Methodik

Sämtliche Quellen sind in der Bibliografie in Abschnitt 6.6 aufgelistet.

Quellen

Seit 1989 sammelt in Österreich das Gesundheitsressort Daten **drogenbezogener Todesfälle**. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt werden. Ergänzt werden die gemeldeten Verdachtsfälle durch eine Liste der Statistik Austria, die Todesfälle mit ausgewählten drogenbezogenen Todesursachen (ICD-10-Codes) enthält. Zur Klassifizierung der sogenannten verifizierten Fälle werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Lei-

140

https://sdw.wien/wp-content/uploads/Merkblatt_Substitution-und-Reha_fin.pdf (Zugriff am 19. 7. 2019)

141

https://sdw.wien/wp-content/uploads/Merkblatt_Substitution_Benzodiazepine-und-Reha_fin.pdf (Zugriff am 19. 7. 2019)

chenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“), d. h. es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod der durch eine Ärztin / einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tode, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung) als auch solche mit **neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl. I Nr. 146/2011).

Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet. In der Arbeitsgruppe¹⁴² zu drogenbezogenen Todesfällen im November 2016 wurden Überdosierungen von verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Hintergrund der Diskussion: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen/-patienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise). Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2018 wurden daher drei Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstorben waren, aus der Statistik ausgeschlossen. Nicht in die Statistik aufgenommen wurden vier Personen mit einer ausländischen Staatsbürgerschaft, die nicht in Österreich gemeldet gewesen waren, bei denen es auch keinerlei Hinweise darauf gab, dass sie in Österreich ihren Lebensmittelpunkt gehabt hätten (z. B. Touristen). Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. Bei einem weiteren Verdachtsfall handelte es sich um eine Fulleiche, bei der die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter/-innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist.

142

In dieser Arbeitsgruppe diskutieren jährlich Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, BMASGK, BMVRDJ, BMI, gerichtsmedizinischen Instituten, Statistik Austria) aktuelle Themen betreffs drogenbezogener Todesfälle.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung **drogenbezogener Notfälle**. Daten bezüglich Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *checkit!* und *Drogenarbeit Z6* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Zielgruppe sind Laiinnen und Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen/-ärzte in Anspruch nimmt. Dort eingehende Anrufe werden systematisch dokumentiert. Neben Angaben zu den Patientinnen/Patienten werden u. a. die Exposition, die Substanz(en), Ort, Hergang, Symptome und der Poisoning Severity Score erhoben. Drogenbezogene Anrufe werden in den meisten Fällen als *Abusus* codiert, in selteneren Fällen als Selbstvergiftung bzw. akzidentiell (GÖG/VIZ 2018: Sonderauswertung Drogen).

Die Datenlage hinsichtlich **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i. v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nichtrepräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus drei Drogenhilfeeinrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* in Vorarlberg, *Kontaktladen* in Graz) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass zum Teil nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nichtrepräsentativ zu bezeichnen. Dieses Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und Tbc finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten bezüglich 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. Sie beziehen sich allerdings auf das Jahr 2007 und sind daher nur eingeschränkt zu verwenden.

Die *aCtion-Hepatitis-C-Datenbank* wurde 2004 ins Leben gerufen, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden Fälle chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypenverteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, da die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten lieferten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie über die aktuelle Datenlage in Hinblick auf Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gebracht. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Mittels *Standard Table 10* werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzenaustausch / zur Spritzenabgabe gesammelt (vgl. Tab. A6.7).

Die **Österreichische Suchtpräventionsstrategie** wurde im Jahr 2015 vom Gesundheitsressort veröffentlicht und bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Sie bildet einen Orientierungsrahmen bezüglich aller zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung. Für den Bereich illegale Drogen wird dort betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung haben. Personen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Gleichzeitig soll auf die Bestrafung von Konsumentinnen und Konsumenten verzichtet und diesen ein diversifiziertes Maßnahmenangebot von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitliche Rehabilitation bis zu beruflicher und sozialer Integration zur Verfügung gestellt werden (BMG 2015, siehe Kapitel 1).

Studien

Die österreichische **Mortalitätskohorte Substitutionsbehandlung 2018** fußt auf jahrelangen technischen, konzeptionellen und gesetzgeberischen Vorarbeiten. Die wichtigste Voraussetzung dafür stellt die Tatsache dar, dass Einträge ins bundesweite Substitutionsregister im Rahmen von *eSuchtmittel* nur über das zentrale Melderegister erfolgen und zusammen mit der bereichsspezifischen Personenkennzahl Gesundheit (bPK-Gesundheit) abgespeichert werden. Alle Einträge werden in der Folge ein weiteres Mal verschlüsselt in pseudonymisierter Form im Statistikregister Substitution gespeichert. Nach Schaffung der entsprechenden gesetzlichen Grundlage war es 2018 erstmals möglich, über mehrere Zwischenschritte unter strikter Wahrung des Datenschutzes eine Verknüpfung des Statistikregisters Substitution mit dem allgemeinen Todesursachenregister durchzuführen, aus der ersichtlich ist, wer wann woran verstorben ist. Diese Verknüpfung konnte für den Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 durchgeführt werden (weitere Details siehe Anzenberger et al. 2018)

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von acht Behandlungszentren ein. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen

HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Otto-Wagner-Spital Wien, Med Campus III des Kepler-Universitätsklinikums Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch das Kaiser-Franz-Josef-Spital in Wien dazu und 2018 ein Zentrum in Feldkirch. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 9. 2018 wurden insgesamt 9.793 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 75 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der nichtdiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben. Weitere verhaltensbezogene Daten i. v. Drogenkonsumierender werden in der Studie nicht erfasst (AHIVCOS 2018).

6.6 Bibliografie

- 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. Graz
- AHIVCOS (2018). HIV/AIDS in Austria – 35th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2018). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Wien
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Hojni, M.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2019). Epidemiologiebericht Sucht 2019. Wien
- Blatter, N.; Bliem, H. R. (2018). Pilotprojekt „Klientinnen und Klienten mit komplexen Bedürfnissen“. In: Haller, R.; Schmutterer, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Strizek, J.; Tanios, A.; Uhl, A.; Oberacher, H.; Grabher, A.-L.; Prens, A.; Blatter, N.; Bliem, H. R.; Ludescher, M. (2018). Vorarlberger Suchtbericht 2018. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2019). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2018. Graz
- Drogenarbeit Z6 (2019). Tätigkeitsbericht 2018. Innsbruck

- GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Gschwantler, M.; Haltmayer, H.; Schubert, R. (2019). Ist das Hepatitis C-Virus am Ende? Vortrag am 7. April 2019 beim 22. Substitutions-Forum. Mondsee
- Haltmayer, H.; Schütz, A.; Schmidbauer, C.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Pirker, R.; Lang, T.; Gschwantler, M. (2019). Zwischenergebnisse eines laufenden Projekts zur Eliminierung der chronischen Hepatitis C bei „People Who Inject Drugs (PWID) mit anhaltendem intravenösen Drogenkonsum und dem Risiko einer unzureichenden „Adherence“ für die Therapie mit „Direct-acting Antivirals“ (DAA) in Wien. Suchtmed 2019, Band 21 (in Vorbereitung).
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich, Wien
- HVB (2019). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2019. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien
- I.K.A. (2019). Statistiken I.K.A. 2018. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. In: WAVM-Jahresbericht 2018. Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. Graz
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Schmutterer, I.; Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien
- Schütz, A.; Moser, S.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Lang, T.; Schleicher, M.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. J Viral Hepat. 2018 Jul; 25(7): 870-873. doi: 10.1111/jvh.12857. Epub 2018 Feb 6
- SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2017). Was ist zu tun im Drogennotfall? Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2019). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SHW (2019a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2018. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

SHW (2019b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2018. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burden in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. *Health Policy* 122 (2018): 1392–1402.

Suchtberatung Tirol (2018). Jahresbericht 2018. Suchtberatung Tirol. 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.

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

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

WHO (2018), ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision – WHO-Ausgabe, Band 2, Regelwerk. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).

6.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

6.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	Kontaktladen, Graz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Neubacher, Thomas	Suchtkoordination Vorarlberg
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg
Schwarzenbrunner, Thomas	Suchtkoordination Oberösterreich
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.9 Anhang

Tabelle A6.1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2009–2018

Todesursache	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Intoxikation mit Opiat(en) ¹	18	13	11	11	10	10	6	7	8	9
Mischintoxikation mit Opiat(en) ¹	153	148	151	111	103	85	107	120	97	136
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	1	0	8	8	6	7	10	13	17	12
Intoxikation unbekannter Art	15	9	7	9	3	0	3	6	4	3
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	187	170	177	139	122	102	126	146	126	160
nichtobduzierte drogenbezogene Todesfälle ¹	19	17	24	22	16	20	27	19	28	24
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	206	187	201	161	138	122	153	165	154	184

¹ inklusive opiathaltiger NPS

² vgl. GÖG/ÖBIG 2010

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2009–2018, nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Burgenland	0,5	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6	1,6	1,0
Kärnten	1,6	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0	3,5	6,6
Niederösterreich	2,7	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4	1,4	2,0
Oberösterreich	3,0	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6	1,9	1,1
Salzburg	3,6	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4	2,2	1,1
Steiermark	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6
Tirol	3,1	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8	2,2	4,7
Vorarlberg	5,6	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3	2,3	1,9
Wien	7,7	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3	5,0	6,1
unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Österreich	3,7	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8	2,6	3,1

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel,
STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2009–2018, nach Bundesland (absolut)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Burgenland	1	6	4	2	1	2	3	3	3	2
Kärnten	6	6	4	7	7	5	9	11	13	24
Niederösterreich	29	31	29	23	19	9	21	15	15	22
Oberösterreich	28	12	14	19	14	6	8	16	19	11
Salzburg	13	18	6	10	4	4	2	5	8	4
Steiermark	10	11	16	7	6	11	9	13	15	13
Tirol	15	18	23	14	14	12	14	24	11	24
Vorarlberg	14	10	8	7	10	8	15	11	6	5
Wien	90	75	97	72	63	65	72	67	64	79
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	206	187	201	161	138	122	153	165	154	184

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.4:

Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion) 2009–2018

Jahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
bis 19 Jahre	18	12	23	10	6	9	4	10	10	14
20–24 Jahre	39	36	33	23	18	14	28	15	13	20
25–29 Jahre	35	41	31	31	34	22	21	25	19	25
30–34 Jahre	28	17	29	25	31	15	34	35	32	36
35–39 Jahre	22	17	13	15	11	14	19	26	29	27
40 Jahre und älter	45	47	48	35	22	48	47	54	51	62
Gesamt	187	170	177	139	122	122	153	165	154	184
nichtobduzierte DTF ¹	19	17	24	22	16	20	27	19	28	24
Männer	150	140	135	111	98	97	114	127	125	141
Frauen	37	30	42	28	24	25	39	38	29	43

¹ Aufgrund der Abnahme der Obduktionsraten ab 2008 werden nichtobduzierte Fälle seit diesem Jahr extra ausgewiesen. Seit 2014 werden diese Fälle auch in die Statistik integriert.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.5:

Anteil der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion) 2009–2018

Jahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
bis 19 Jahre	9,6	7,1	13,0	7,2	4,9	7,4	2,6	6,1	6,5	7,6
20–24 Jahre	20,9	21,2	18,6	16,5	14,8	11,5	18,3	9,1	8,4	10,9
25–29 Jahre	18,7	24,1	17,5	22,3	27,9	18,0	13,7	15,2	12,3	13,6
30–34 Jahre	15,0	10,0	16,4	18,0	25,4	12,3	22,2	21,2	20,8	19,6
35–39 Jahre	11,8	10,0	7,3	10,8	9,0	11,5	12,4	15,8	18,8	14,7
40 Jahre und älter	24,1	27,6	27,1	25,2	18,0	39,3	30,7	32,7	33,1	33,7
Gesamt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
nichtobduzierte DTF ¹	–	–	–	–	–	16,4	17,6	11,5	18,2	13,0
Männer	80,2	82,4	76,3	79,9	80,3	79,5	74,5	77,0	81,2	76,6
Frauen	19,8	17,6	23,7	20,1	19,7	20,5	25,5	23,0	18,8	23,4

¹ Aufgrund der Abnahme der Obduktionsraten ab 2008 werden nichtobduzierte Fälle seit diesem Jahr extra ausgewiesen. Seit 2014 werden diese Fälle auch in die Statistik integriert.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.6:

Entwicklung der festgestellten Substanzen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen
(mit Toxikologie) in den Jahren 2009–2018, in Prozent

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Heroin/Morphin	91	83	76	82	72	75	78	67	63	72
sonstige Opiode (inkl. NPS)	18	27	23	21	19	24	25	26	20	20
Methadon	12	17	18	13	19	15	16	10	15	15
Kokain	13	16	15	15	22	17	22	23	25	22
sonstige Stimulanzien ¹	9	6	6	7	9	8	11	14	16	10
davon Methamphetamin	1	0	1	2	2	4	2	4	9	2
Psychopharmaka	76	77	81	73	81	75	82	77	72	78
Alkohol	33	35	33	38	29	23	37	36	37	33

¹ Diese Kategorie umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.7:

Spritzentausch und –verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2018

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	3 ¹	0	119.792
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	5	3	714.551
Salzburg	1	2	12.031
Steiermark	2 ¹	2	830.113
Tirol	2	6	524.496
Vorarlberg	5	7	357.936
Wien	3 ¹	0	3.668.553
Gesamt	21	20	6.234.094

¹ inkludiert ein Streetwork-Angebot

Quelle: ST10; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	215
7.1	Zusammenfassung.....	215
7.2	Aktuelle Situation.....	216
7.2.1	Drogenmärkte.....	216
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen.....	222
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	223
7.3	Trends.....	225
7.4	Neue Entwicklungen.....	233
7.5	Quellen und Methodik.....	233
7.6	Bibliografie.....	234
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	234
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	235
7.9	Anhang.....	236

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Verbraucherland für illegale Drogen. Den virtuellen Drogenmärkten wird zunehmend mehr Bedeutung zugemessen, auch die Sicherheitsbehörden richten verstärkt einen Fokus auf diese neuen Drogenmärkte. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt bezogen sich im Jahr 2018 in Österreich 41.044 Anzeigen gem. SMG auf Suchtmittel. Von diesen galten 40.584 Anzeigen gem. SMG Suchtgiften, wobei der größte Teil davon (31.491) Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften betraf. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (37.458) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen¹⁴³ (3.126) bei weitem. Im Jahr 2018 kam es zu 3.011 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr gem. StVO bzw. FSG. Dem stehen 28.067 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Substitutionsmittel) enthalten. Auch *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS) werden beschlagnahmt. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe (seit Dezember 2018: Precursor-Competence-Center) können Unternehmen, die Drogenausgangsstoffe herstellen oder damit handeln, melden, wenn die Abzweigung von Ware für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermutet wird. Zusätzlich kommt dem Drogenhandel im *Darknet* (auch: *Deep Web*) sowohl im Regeldienst als auch im Rahmen internationaler Projekte weiterhin Aufmerksamkeit zu.

Trends

Die Anzahl der Cannabisanzeigen gem. SMG ist im Vergleich zu den Vorjahren erstmals wieder gesunken, liegt aber noch über dem Wert von 2016. Ein Anstieg der Anzeigen im Vergleich zum Vorjahr ist bei Kokain und Heroin zu beobachten. Auch bei der Anzahl der Beschlagnahmungen

143

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“.

ist bei Cannabis ein Rückgang zu beobachten, bei allen anderen Substanzen sind die Beschlagnahmungszahlen leicht gestiegen oder stagnieren.

Die Maximalpreise (Straßenverkaufspreise) von Kokain, „Ecstasy“, Amphetamin und Methamphetamin blieben im Jahr 2018 gegenüber 2017 konstant, bei Cannabis(kraut und -harz) und braunem Heroin konnte eine Reduktion des Maximalpreises beobachtet werden. Die durchschnittliche Reinheit (Straßenverkaufspreise) ist vor allem bei Kokain und braunem Heroin weiter im Steigen, auch bei „Ecstasy“ und Cannabisharz setzt sich der Aufwärtstrend nach einem kleinen Einbruch 2017 weiterhin fort. Abgenommen hat die durchschnittliche Reinheit bei Amphetamin und Methamphetamin.

Neue Entwicklungen

Die Zahl der Sicherstellungen von Suchtmitteln und NPS, die mittels Post und Schnelllieferdiensten versandt wurden, ist weiter gestiegen. Auch die Menge bei Einzelsicherstellungen ist gestiegen, bei Amphetamin sind bis zu 500 Gramm pro Sendung keine Seltenheit. Die häufigsten Sicherstellungsmengen liegen bei ca. ein bis zehn Gramm. Im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität des BMI/.BK wurde mit Dezember 2018 das Referat Suchtmittelhandel via Postversand und Internet, wie auch das Referat Precursor-Competence-Center in die Regelstruktur integriert.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist Transit- und Verbraucherland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich sehr gering. In Österreich konnten im Jahr 2018 insgesamt 887 Anlagen zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden. Bei fast zwei Dritteln davon handelt es sich um Indoor-Anlagen. Von den insgesamt 887 Plantagen sind 760 Mikro- und Miniplantagen mit einer bis 49 Pflanzen. Professionelle Anlagen mit mehr als 1.000 Pflanzen sind Ausnahmen und wurden im Burgenland, in der Steiermark, in Niederösterreich und Wien aufgefunden. Cannabis aus kleineren Anlagen war vorwiegend für den Eigengebrauch oder Handel in kleinerem Umfang bestimmt. Der Outdoor-Anbau spielt in Österreich eine geringere Rolle. In Niederösterreich (2), der Steiermark (1) und Wien (3) wurden im Jahr 2018 insgesamt sechs Labore zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Syntheseziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war. Die erzeugten Suchtmittel dienten ebenfalls dem Eigenbedarf bzw. einem regional begrenzten Kreis von Abnehmerinnen/Abnehmern (BMI 2019; Lichtenegger, p. M.).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Heroin wird vor allem auf der klassischen Route über die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich nach Westeuropa geschmuggelt. Der Kokainschwarzmarkt in Österreich wird unter anderem über den internationalen Flughafen Wien-Schwechat sowie über den Seeweg aus Süd- und Mittelamerika versorgt. Cannabisprodukte werden meist in Albanien erzeugt. Aus Marokko wird vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Amphetamin, „Ecstasy“ und MDMA werden hauptsächlich aus den Niederlanden via Deutschland und Methamphetamin und Amphetamin teilweise auch aus Polen und Tschechien nach Österreich eingeführt. *Neue psychoaktive Substanzen* werden via Internet in China bestellt. Geliefert wird nach Vorauszahlung aus Europa und Asien per Versand durch Post oder Paketdienste. Auch Drogenausgangsstoffe¹⁴⁴ werden via Internet und in größeren Mengen in Asien bestellt (BMI 2019; Lichtenegger, p. M.).

Drogengroßhandel und Handel mit Vorläuferstoffen

In der nachfolgenden Tabelle 7.1 werden die Preise diverser Drogen im Großhandel dargestellt. Dabei sind pro Droge die Preisunter- und -obergrenze sowie der typische Preis¹⁴⁵ angegeben.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2018

Preise	Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Untergrenze	1.500	3.000	13.000	35.000	2.000	20.000	6.000
Obergrenze	5.000	5.000	30.000	60.000	12.000	50.000	20.000
typisch	3.000	4.000	20.000	45.000	5.000	35.000	10.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Die Daten des BMI hinsichtlich Großhandelspreisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Straßenhandel und Reinheit der illegalen Substanzen

Angaben, die vom BMI zu Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufsniveau gemacht werden, sind Tabelle 7.2 zu entnehmen, wobei sich sowohl bezüglich Reinheit als auch Preis erhebliche Schwankungsbreiten zeigen.

144

Detailangaben zu Drogenausgangsstoffen sind nicht möglich, da ressourcenbedingt eine statistische Erfassung nicht durchgeführt werden kann.

145

Der „typische“ Preis wird über Einvernahmen und verdeckte Ermittlungen festgestellt.

Tabelle 7.2:

Reinheit (in % od. mg) und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2018

Reinheit/Preis	Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	„Ecstasy“**
Reinheit Untergrenze	0,03 %	0,07 %	0,15 %	0,23 %	0,24 %	0,10 %	4,01 mg
Reinheit Obergrenze	29,65 %	61,08 %	60,02 %	89,29 %	75,04 %	80,32 %	84,13 mg
Reinheit Median	9,76 %	9,02 %	12,94 %	53,40 %	8,85 %	55,06 %	40,72 mg
Preis Untergrenze	6	6	40	60	20	50	6
Preis Obergrenze	10	10	80	150	60	130	25
Preis typisch	8	8	60	100	40	90	9

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Die Daten des BMI hinsichtlich Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Die Reinheit der Cannabisprodukte wird in % THC angegeben, die Reinheit von „Ecstasy“ in mg der MDMA-base pro Einheit.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Informationen zur Reinheit von Substanzen stehen zudem aus zwei niederschweligen Einrichtungen zur Verfügung, bei denen Substanzproben zur Analyse abgegeben werden können (vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6). Die Einrichtung *checkit!* der Suchthilfe Wien analysierte im Jahr 2018 in Wien bei 15 Freizeitveranstaltungen 1.165 Proben in Hinblick auf psychoaktive Substanzen (SHW 2019). In Tirol wurden im Berichtsjahr im Rahmen von 225 Kontakten insgesamt 483 Substanzproben (im Jahr 2017: 428 Proben) bei der Einrichtung *Drogenarbeit Z6* zur Testung abgegeben (Drogenarbeit Z6 2019).

In Wien enthielten 59 Prozent der Proben ausschließlich den zu erwartenden Inhaltsstoff, 30 Prozent der Proben enthielten unerwartete Substanzen, bei elf Prozent wurde aufgrund gesundheitlich bedenklicher Inhaltsstoffe, Substanzkombinationen oder Dosierungen eine besondere Warnung ausgesprochen. Insgesamt wiesen mehr als die Hälfte der analysierten Proben (62 %) einen hohen Wirkstoffgehalt auf, vor allem „Ecstasy“-Tabletten, MDMA und Kokain wurden häufig als „hoch dosiert“ eingestuft (siehe Abschnitt 7.3; SHW 2019).

Von den 225 als „Ecstasy“ bei *checkit!* in Wien¹⁴⁶ zur Testung abgegebenen Tabletten enthielten fast 95 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA¹⁴⁷ keine pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tabelle A7.9). Damit wird der Trend zu „Ecstasy“ in Reinform bestätigt.¹⁴⁸ 75 Prozent der Tabletten wurden jedoch als „hoch dosiert“¹⁴⁹ beurteilt. Während im Jahr 2011 noch keine Tablette mit mehr als 200 mg MDMA-Gehalt identifiziert wurde, traf dies 2017 auf ca. 31 Prozent der Tabletten zu (2016: 21,2 %), wobei diese Zahl im Jahr 2018 erstmals wieder gesunken ist (2018: 23,2 %). Auch die in Tirol¹⁵⁰ als „Ecstasy“ abgegebenen Proben wiesen mit einer Ausnahme MDMA als Wirkstoff auf. Im Jahr 2018 stieg der MDMA-Gehalt in diesen Proben deutlich an, 40 Prozent der Proben enthielten mehr als 200 mg MDMA.

In den als **MDMA** in Pulver-, Kristall- oder Kapselform in Wien zur Analyse gebrachten Proben wurde in etwa 90 Prozent der Fälle ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (2017: 92,5 %; vgl. Tabelle A7.10). In 3,3 Prozent der als MDMA abgegebenen Proben haben NPS die erwartete Substanz komplett ersetzt, wurden aber in keiner Probe dem MDMA beigemischt. In Tirol wurden 47 Proben als **MDMA** (Pulver oder kristalline Form) abgegeben, und 45 dieser Proben enthielten auch ausschließlich MDMA als Wirkstoff. Der MDMA-Gehalt war bei der Hälfte der Proben höher als 88,7 Prozent.

Die 272 als „Speed“ gekauften und von *checkit!* in Wien analysierten Proben enthielten zu rund 17 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Die Kombination von Amphetamin und Koffein wurde in rd. 68 Prozent der Proben festgestellt; vgl. Tabelle A7.11). In keiner der „Speed“-Proben wurden NPS gefunden. Von 76 in Tirol als „Speed“ untersuchten Tabletten enthielten drei kein Amphetamin. 52 Proben waren verunreinigt, während 21 ausschließlich Amphetamin enthielten. Der aus gesundheitlicher Sicht problematische Trend der Koffeinbeimischung setzt sich in Tirol fort: Durchschnittlich 64 Prozent betrug der Koffeingehalt in den „Speed“-Proben (2017: durchschnittlich 56 %)¹⁵¹.

146

alle Wiener Ergebnisse siehe SHW 2019

147

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

148

100 Prozent Reinheit bedeutet, dass keine andere pharmakologisch wirksame Substanz enthalten ist (vgl. *checkit!* 2017). Dennoch können Streckmittel enthalten sein. Deren Anteil hat wiederum Einfluss auf die Dosisstärke.

149

Darunter fallen „hohe Dosierungen“ mit 100 bis 200 mg MDMA pro Tablette und höher dosierte Tabletten, die als „gesundheitlich besonders bedenklich“ eingestuft werden.

150

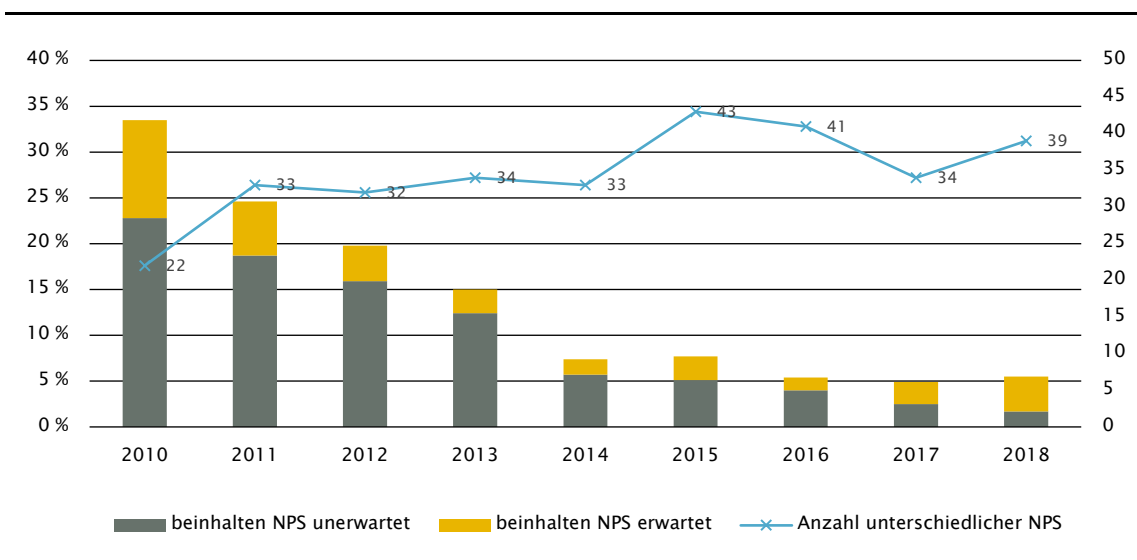
alle Tiroler Ergebnisse siehe Drogenarbeit Z6 2019

151

Der durchschnittliche Koffeingehalt in diesen Proben lag bei 496 mg/g (49,6 %). Der höchste Koffeingehalt bei 901 mg/g (90,1 %) (Drogenarbeit Z6 2019).

Von den 264 als **Kokain** gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten 67 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengungen (2016: 26 %, 2017: 58 %). In den vergangenen Jahren wurde im Großteil der Proben zusätzlich das Arzneimittel Levamisol nachgewiesen. Dieser Wert hat sich im Berichtsjahr auf ein Fünftel der Proben deutlich verringert. 159 der 174 als Kokain in Tirol abgegebenen Proben enthielten tatsächlich Kokain (93 ausschließlich Kokain), allerdings waren 60 Proben verunreinigt. Die quantitative Analyse dieser Proben ergab einen Wirkstoffgehalt von 72,1 Prozent, was eine hohe Reinheit des angebotenen Kokains belegt (Oberacher 2019). Auch in den Tiroler Proben stellt Levamisol das gängigste Streckmittel in Kokain dar (27 %), obzwar auch im Vergleich mit den Vorjahren in einem weitaus geringeren Ausmaß. In 10,7 Prozent der Proben wurde Koffein gefunden und in 8,8 Prozent Phenacetin. Lidocain wurde in sechs Proben und Hydroxyzin und Paracetamol in jeweils zwei Proben nachgewiesen.

Abbildung 7.1:
Beinhaltete NPS in den Analyseergebnissen von *checkit!*, gesamt, unerwartet und erwartet, 2010–2018



Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH, Darstellung: GÖG

Erstmals seit 2010 ist der Anteil der in Wien analysierten Proben, die **Neue psychoaktive Substanzen**¹⁵² (NPS) erwarteterweise beinhalten (3,8 %) größer als jener, die NPS unerwarteterweise beinhalten (1,7 %; vgl. Abbildung 7.1). Die Häufigkeit, mit der NPS in den Proben analysiert wurden, ist weiterhin rückläufig, die Anzahl der unterschiedlichen NPS-Verbindungen steigt aber weiterhin. Im

152

Darunter fallen unterschiedliche Substanzen mit unterschiedlichen Wirkspektren. Die meisten dieser Substanzen sind durch das NPSG reglementiert. Darüber hinaus werden weitere Substanzen, die nicht unter das NPSG fallen, als NPS eingestuft, z. B. Mephedron oder sogenannte Research-Benzodiazepine.

Jahr 2018 wurden 39 verschiedene NPS identifiziert.¹⁵³ 48 Proben wurden als NPS bei *Drogenarbeit Z6* abgegeben (2017: 36). Der Anteil dieser Proben an den insgesamt abgegebenen Substanzen liegt nach wie vor unter zehn Prozent. Sieben Proben wurden als Räuchermischungen abgegeben und als NPS klassifiziert, da davon ausgegangen wurde, dass es sich um synthetische Cannabinoide handelt. Eine Probe enthielt ADB-Fubinaca und sechs Proben enthielten 5F-ADB. Insgesamt enthielten 61 abgegebene Proben als Hauptwirkstoff eine NPS, und in den Proben wurden 42 verschiedene NPS nachgewiesen (Oberacher 2019).

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2018 insgesamt 149 Proben mit Verdacht auf Verstoß gegen das NPSG analysiert, und die Ergebnisse für das Monitoring wurden dem Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Insgesamt wurden 80 verschiedene Substanzen bzw. Substanzkombinationen identifiziert. Die am häufigsten gefundene Substanz war Ketamin in acht Prozent aller Proben, gefolgt von alpha-PHP (in 5 %). Alle anderen Substanzen wurden in weniger als fünf Prozent der Fälle entdeckt. Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) meldete dem Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum im Jahr 2018 keine neu analysierten Substanzen.

Tabelle 7.3 zeigt den Schwarzmarktwert der Sicherstellungen sechs ausgewählter illegaler Suchtmittel im Jahr 2018.

Tabelle 7.3:
Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro) 2018

Substanz	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen
Cannabis	14.059.064
Heroin	4.056.753
Kokain	6.374.193
„Ecstasy“	1.010.284
Amphetamin	2.063.210
Methamphetamin	420.000

Die Daten des BMI hinsichtlich Schwarzmarktpreisen beruhen auf Informationen aus Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

Quelle: BMI 2019; Darstellung: GÖG

153

Am häufigsten betrifft dies Verbindungen aus der Klasse der Cathinone (n = 16) und der Klasse der Phenethylamine (n = 9).

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug im Jahr 2018 41.044 (vgl. Tabelle A7.1). Insgesamt 40.584 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte (vgl. Tabelle A7.2). Die meisten der übrigen 457 Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe (vgl. Tabelle A7.3). Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 7.5), so zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (37.458 wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG) die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei weitem überstieg (3.126 wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG).

Unterscheidet man die Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A7.5 und Abbildung 7.6), dann fällt auf, dass Anzeigen wegen Cannabis allein oder wegen Cannabis in Kombination mit anderen Suchtmitteln rund 77 Prozent (31.491) der Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (4.872; rd. 12 %), danach folgen Anzeigen wegen Amphetamin sowie Heroin und Opiaten (jeweils rd. 7 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als fünf Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen. Die Anzahl der in Tabelle A7.4 dargestellten Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) betrug im Jahr 2018 133 und spielt im Vergleich zu den Anzeigen wegen anderer Substanzen eine geringe Rolle.

Den insgesamt 41.044 Anzeigen des Jahres 2018 stehen 2.714 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen der Festnahmen nach Art des Vergehens, nach Substanz etc. gibt. Änderungen in der Anzeigenzahl ab 2016 können auch mit der SMG-Novelle 2016 in Zusammenhang stehen (vgl. Kapitel 2).

Drogenbezogene Kriminalität außerhalb der Drogengesetzgebung

Angaben zur drogenbezogenen Kriminalität außerhalb der Drogengesetzgebung – wie z. B. Beschaffungs- bzw. Begleitkriminalität – werden im Bericht zur Drogensituation 2014 (Weigl et al. 2014) dargestellt. Drogenbeschaffungs- und Begleitdelikte ereignen sich hauptsächlich in Großstädten. Viele Delikte, die innerhalb der Drogenszene geschehen, werden aus Angst davor, selbst angezeigt zu werden, nicht gemeldet.

Vom BMI werden Daten betreffs Anzeigen wegen Alkohols gem. § 5 der Straßenverkehrsordnung (StVO), für Suchtgift und Alkohol getrennt, sowie gem. § 14 (8) des Führerscheingesetzes (FSG) zur Verfügung gestellt. Weitere Zahlen betreffen die vorläufigen Führerschein- und Mopedausschweisabnahmen gem. § 39 FSG, wobei es hier keine Aufschlüsselung nach Delikten gibt: Im Jahr 2018 gab es demnach 16.277 vorläufige Abnahmen, im Vergleich zu 15.766 im Jahr 2017 und 14.789 im Jahr 2016 und 14.207 im Jahr 2015 (Schmid p. M.). Die nachfolgende Tabelle 7.4 zeigt, wie viele Anzeigen gem. § 5 StVO wegen Suchtgifts oder Alkohols in den Jahren 2014 bis 2018 in Österreich erfolgten. Die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols übertrifft jene wegen Suchtgifts um

ein Vielfaches, wobei Letztere im Vorjahr weiterhin stark zugenommen haben. Zu berücksichtigen ist hier, dass die Zahlen vor allem die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) sowie deren technische Ausstattung (z. B. Drogenvortestgeräte) widerspiegeln.

Tabelle 7.4:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gem. § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gem. § 5 StVO, 2014–2018

Anzeigen	2014	2015	2016	2017	2018
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	847	1.068	1.491	2.192	3.011
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	33.418	26.327	27.896	28.109	28.067
Gesamt	34.265	27.395	29.387	30.301	31.078

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Die in Österreich von den Sicherheitsbehörden gesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten (siehe Abschnitt 7.3).

Das Bundeskriminalamt bietet die Möglichkeit, ihm zu melden, wenn bestimmte Chemikalien, die missbräuchlich für die Herstellung von Suchtmitteln (zum Beispiel für synthetische Drogen wie „Ecstasy“) verwendet werden können, abgezweigt wurden. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe sowie Ausgangsstoffe für Explosivstoffe (seit Dezember 2018: Referat 3.3.4 Precursor-Competence-Center) können Unternehmen, die solche Stoffe herstellen oder damit handeln, melden, wenn das Abzweigen von Substanzen für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln (wie auch Explosivstoffen) vermutet wird (vgl. BMI 2015, BMI 2019).

Im Rahmen der Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet läuft seit August 2016 die Operation „Porto“, eine Kooperation mit dem internationalen Postzentrum Frankfurt am Main. Bisher wurden durch das Zollfahndungsamt Frankfurt am Main etwa 10.000 Postsendungen mit insgesamt 803 kg Suchtmitteln sichergestellt. Adressiert waren die Briefsendungen an Empfänger/-innen in 90 Nationen, wobei Österreich – gemessen an der Anzahl der Empfänger/-innen – nach den USA an zweiter Stelle liegt, noch vor Großbritannien, Frankreich oder Australien. Die für Österreich bestimmten Postsendungen enthielten rund 138 kg Suchtmittel. Mittels Kontrollen durch die österreichische Zollverwaltung konnten in den Jahren 2017 und 2018 insgesamt 4.600 Postsendungen mit insgesamt rund 113 kg Suchtmitteln sichergestellt werden (BMI 2019).

Österreich ist an internationalen Projekten zur Bekämpfung der organisierten Suchtmittelkriminalität beteiligt, bspw. am EU-Projekt *JIFTdrugs/air* (Joint investigation to fight trafficking in drugs

and firearms with the main focus on international airports within and also into the EU“), welches zwischen Dezember 2016 und Dezember 2018 lief. Gemeinsam mit den Partnerländern Kosovo und Tschechische Republik wurde gegen den illegalen internationalen Drogen- und Waffenhandel bzw. -schmuggel mit Fokus auf internationale Flughäfen vorgegangen. Im Jahr 2018 waren neben Österreich auch Belgien, Brasilien, Deutschland, Kolumbien, Kosovo, Portugal, Schweden, Schweiz, Spanien und Tschechien aktiv in operative Maßnahmen eingebunden. Im Projektzeitraum konnten in den Projektländern insgesamt mehr als 2,5 Tonnen illegale Suchtmittel sichergestellt werden (BMI 2019).

Ein zweites Projekt mit dem Titel *Drug Policing – Schwerpunkt Westbalkan und Darknet*¹⁵⁴ zielt darauf ab, die organisierte Suchtmittelkriminalität in internationaler Zusammenarbeit – v. a. mit den Balkanstaaten – zu bekämpfen und operative Maßnahmen dagegen zu unterstützen. Weitere Ziele sind die Stärkung der Netzwerke zu Partnern der Exekutive in der Balkanregion bzw. die Unterstützung operativer Ermittlungsfälle. Das Projekt wurde im Juli 2017 mit einer Laufzeit von zwei Jahren gestartet (BMI 2019).

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots und zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und -dienststellen, der Ermittlungen sowie internationaler polizeilicher Kooperation gegen organisierte Suchtmittelkriminalität ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen unter Fachaufsicht des Bundeskriminalamts die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Kommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Letztlich werden die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des Suchtmittel- sowie des Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall den Fachdienststellen übergeben bzw. selbst abgearbeitet. Insgesamt ergeben sich daraus für Österreich etwa 350 speziell ausgebildete Kriminalbeamten, die im Bereich der Suchtmittelkriminalität originär eingesetzt sind. Dies entspricht nicht ganz 1,2 Prozent des gesamten Personals im Exekutivdienst (Lichtenegger, p. M.). Weitere themenbezogene Informationen können einer entsprechenden Publikation der EMCDDA entnommen werden (EMCDDA 2013).

154

Darknet beschreibt in der Informatik ein digitales Netzwerk, dessen Teilnehmer/-innen ihre Verbindungen untereinander **manuell** herstellen. Dieses Konzept steht im Gegensatz zu konventionellen Netzwerken, bei denen zumeist die Verbindungen zu den Clients fremder Personen **automatisch und willkürlich** initiiert werden. Im Ergebnis bietet ein Darknet ein höheres Maß an Sicherheit für die Nutzer/-innen, da einem Angreifer der Zugriff auf das Netzwerk nicht ohne weiteres möglich ist oder er im Idealfall gar nichts von der Existenz des Netzwerks, das meist illegalen Geschäften dient, weiß. Um neue Personen in das Darknet zu integrieren, müssen diese mitunter von Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingeladen oder akzeptiert werden. Teilweise benötigt man dafür sogar entsprechende Privilegien.

7.3 Trends

Im folgenden Abschnitt finden sich Angaben zu langfristigen Entwicklungen von Beschlagnahmungen, Preis und Reinheit illegaler Substanzen sowie von Anzeigen im Zusammenhang mit diesen Substanzen in Österreich.

Über 71 Prozent der **Sicherstellungen** (17.720) im Jahr 2018 betrafen Cannabis, gefolgt von Kokain (1.810; rd. 7 %) und Amphetamin (1.217; rd. 5 %) sowie Heroin (1.115; rd. 4,5 %). Die Anzahl der Sicherstellungen weiterer Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7.7). Die sichergestellten Mengen schwanken – aufgrund einzelner Großsicherstellungen – von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle A7.8 zu entnehmen ist.

Bezüglich der im Folgenden beschriebenen Trends ist zu betonen, dass diese in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegeln (BMI 2019).

Abbildung 7.2 stellt die Entwicklung der Anzahl der **Beschlagnahmungen** in den letzten zehn Jahren dar. Im Jahr 2018 ist die Anzahl der Cannabisbeschlagnahmen erstmalig seit 2009 rückgängig. Hinsichtlich suchtgifthaltiger Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln) zeigt sich ein starker Rückgang bis 2014, seitdem scheint sich die Anzahl auf einem Niveau zwischen 600 und 700 Beschlagnahmungen einzupendeln. Ein fortlaufender Anstieg ist ab 2012 bei Beschlagnahmungen von Kokain, Amphetamin, Heroin und „Ecstasy“ zu verzeichnen, bei Methamphetamin seit 2015. Die Methedronbeschlagnahmungen bewegen sich mit leichten Schwankungen auf niedrigem Niveau. Im Jahr 2018 wurden zehnmal Drogenausgangsstoffe sichergestellt (vgl. Tabelle A7.7).

Die **beschlagnahmten Mengen** von Cannabis blieben über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant. Die Mengen der übrigen sichergestellten Suchtmittel unterlagen im Laufe der Jahre mitunter großen Schwankungen (vgl. Tabelle A7.8). Anstiege können mit einem Anstieg der entsprechenden Anzeigen korrelieren (vgl. Tabelle A7.5). Einzelne Beschlagnahmungen großer Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), können jedoch das Bild verzerren.

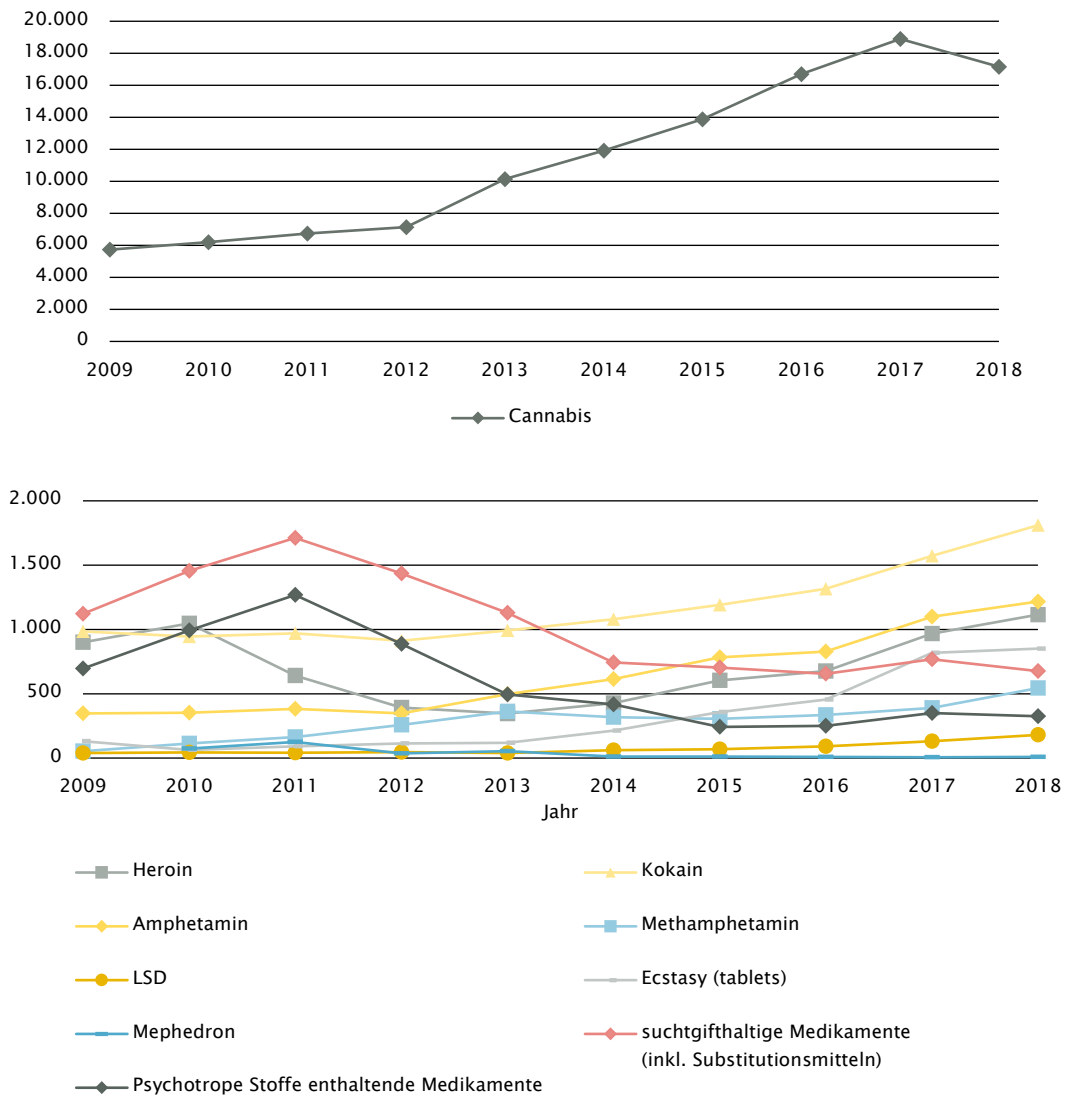
Auch im Jahr 2018 wurde vonseiten der Sicherheitsbehörde ein Augenmerk auf die Sicherstellungen von Suchtmitteln und NPS, die mittels Post und Schnelllieferdiensten versandt bzw. transportiert wurden, gerichtet. Dabei sind Sicherstellungen von Amphetamin in der Größenordnung von bis zu 500 Gramm pro Sendung keine Seltenheit. Die häufigsten Einzelsicherstellungsmengen illegaler Suchtmittel inkl. NPS liegen jedoch bei ca. ein bis zehn Gramm. Die Schmuggelware wird über das Internet bzw. Darknet bestellt, mit Kryptowährung¹⁵⁵ bezahlt und dann von Post- und

155

Kryptowährungen sind digitale Geldeinheiten eines weltweit verwendbaren dezentralen Zahlungssystems. Überweisungen werden von einem Zusammenschluss von Rechnern über das Internet mithilfe einer speziellen Peer-to-Peer-Anwendung abgewickelt, sodass – anders als im herkömmlichen Bankverkehr – keine zentrale Abwicklungsstelle benötigt wird. Eigentumsnachweise hinsichtlich diverser Kryptowährungen können in einer persönlichen digitalen Brieftasche gespeichert werden.

Schnelllieferdiensten zugestellt. Die Absender befinden sich vorwiegend in Europa, etwa in den Niederlanden, aber auch im asiatischen Raum, z. B. in China (Lichtenegger, p. M.).

Abbildung 7.2:
Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich 2009–2018



Aufgrund der Größenordnung der Cannabisbeschlagnahmungen werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Der Umrechnungskurs von Kryptowährungen in andere Zahlungsmittel bestimmt sich durch Angebot und Nachfrage. Bitcoin ist eine der am häufigsten verwendeten Kryptowährungen.

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** (Straßenverkaufs niveau) zeigen sich in den letzten Jahren mitunter starke Schwankungen: Der Preis für „Ecstasy“ hat sich beispielsweise nach einer Verdopplung im Jahr 2014 (30 Euro pro Tablette) im Jahr 2016 halbiert, um seit 2017 wieder auf 25 Euro anzusteigen (vgl. Tabelle 7.5). Bei Kokain, Amphetamin und Methamphetamin kam es hingegen bis 2013/2014 zu einem mitunter starken Anstieg. Seither haben sich die Preise auf diesem Niveau stabilisiert. Der Preis für Cannabis ist im Berichtsjahr gesunken. Durchschnittspreise stehen nicht für den gesamten Beobachtungszeitraum zur Verfügung.

Tabelle 7.5:
Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich 2009–2018

Suchtgift/Suchtmittel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabisharz (1 Gramm)	10	9	9	8	12	15	15	20	20	10
Cannabiskraut (1 Gramm)	10	10	10	10	12	12	12	15	15	10
Heroin braun (1 Gramm)	100	60	60	60	100	100	100	90	90	80
Kokain (1 Gramm)	140	90	90	100	130	150	150	150	150	150
Amphetamin (1 Gramm)	15	20	20	30	60	60	60	60	60	60
Methamphetamin (1 Gramm)	15	20	20	30	120	130	130	130	130	130
Ecstasy (1 Tablette/Einheit)	10	10	10	10	12	30	30	15	25	25

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufs niveau) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre unterschiedlich ausgeprägten Schwankungen. Langfristig waren bei Kokain und Cannabiskraut Steigerungen des durchschnittlichen Wirkstoffgehalts zu beobachten. Braunes Heroin, Amphetamin und Methamphetamin unterlag starken Schwankungen. Die durchschnittliche Reinheit von „Ecstasy“ stieg 2018 wieder über den Wert von 2017, ebenso stieg auch die durchschnittliche Reinheit von Cannabisharz, Heroin und Kokain (vgl. Tabelle 7.6). Die maximale Reinheit stieg 2018 bei „Ecstasy“, braunem Heroin, Cannabisharz und Kokain. Bei allen anderen Substanzen kam es zu einem Rückgang, wobei dieser beim Cannabiskraut am stärksten war (vgl. Tabelle 7.7 und Abbildung 7.3).

Tabelle 7.6:
Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2009–2018

Suchtgift/Suchtmittel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabisharz (% THC)	9,8	12,2	9,1	11,0	9,8	12,0	15,2	15,1	13,2	15,3
Cannabiskraut (% THC)	5,9	7,5	7,0	9,7	9,6	8,9	9,8	10,8	9,6	8,8
Heroin braun (%)	12,9	12,9	5,8	6,4	7,6	11,9	13,7	13,7	15,0	15,8
Kokain (%)	27,6	27,3	27,5	28,1	26,1	31,6	33,4	45,9	51,4	53,2
Amphetamin (%)	7,3	7,8	7,9	8,4	9,5	10,6	18,5	14,5	13,8	12,4
Methamphetamin (%)	58,4	56,7	52,0	54,4	56,0	63,5	51,5	58,7	57,2	55,1
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	41,1	90,7	63,4	50,7	46,0	44,6	48,7	47,7	38,3	49,9

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.7:

Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2009–2018

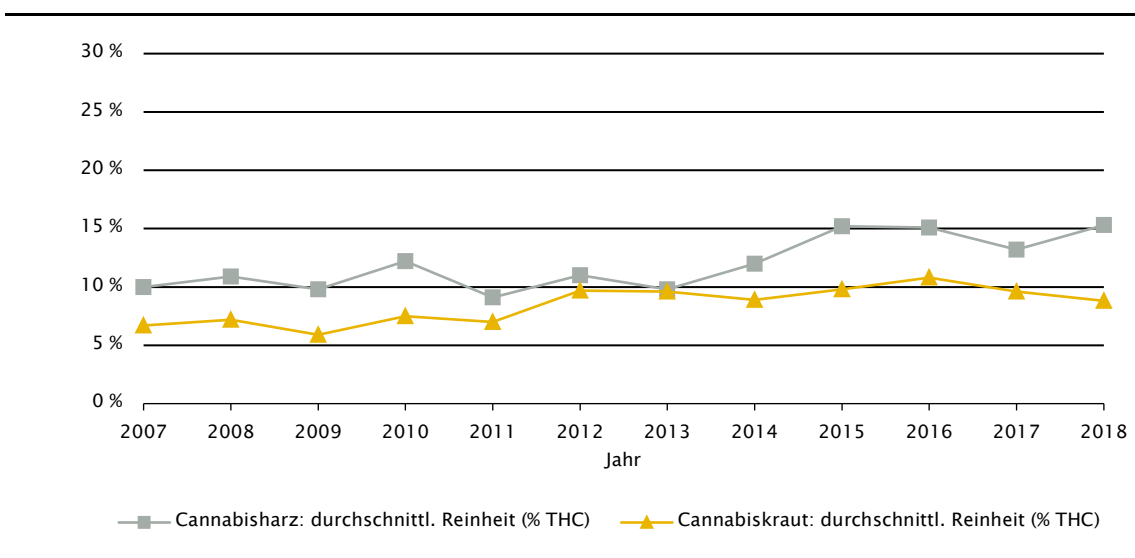
Suchtgift/Suchtmittel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabisharz (% THC)	33,0	55,0	51,2	57,7	30,7	38,0	47,4	52,3	43,8	61,1
Cannabiskraut (% THC)	39,0	21,1	21,7	39,2	43,5	57,5	42,7	33,5	54,2	29,7
Heroin braun (%)	52,8	50,0	42,6	30,9	55,1	57,2	58,5	57,4	54,6	60,0
Kokain (%)	95,9	93,50	83,5	87,3	74,8	84,9	83,1	87,7	86,2	89,3
Amphetamin (%)	42,6	27,3	28,5	56,9	59,8	66,4	73,8	82,1	75,2	75,0
Methamphetamin (%)	99,1	100,0	80,3	81,3	80,3	80,6	81,9	81,9	81,3	80,3
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	66,3	100,0	83,8	96,7	83,2	90,5	87,3	88,3	57,6	84,1

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.3 stellt die minimalen, maximalen und durchschnittlichen Reinheitsgrade von Cannabisharz und -kraut in Österreich dar und bezieht sich dabei auf den THC-Gehalt in Prozent. Im Verlauf der letzten zehn Jahre sind starke Schwankungen hinsichtlich der maximalen Reinheit bei der Substanzen ersichtlich. 2018 stieg diese bei Cannabisharz um fast 20 Prozent auf 61,1 Prozent an, bei Cannabiskraut hingegen sank die maximale Reinheit um fast die Hälfte auf 29,7 Prozent. Die minimale Reinheit verlief im Beobachtungszeitraum relativ konstant in der Nähe der Nulllinie. Die durchschnittliche Reinheit von Cannabisharz schwankte bis 2013 um die Zehn-Prozent-Marke und steigt seither kontinuierlich an (2018:15,3 %; vgl. Tabellen 7.3, 7.6 und 7.7).

Abbildung 7.3:

Durchschnittliche Reinheit von Cannabisharz und Cannabiskraut in Österreich in Prozent THC 2009–2018



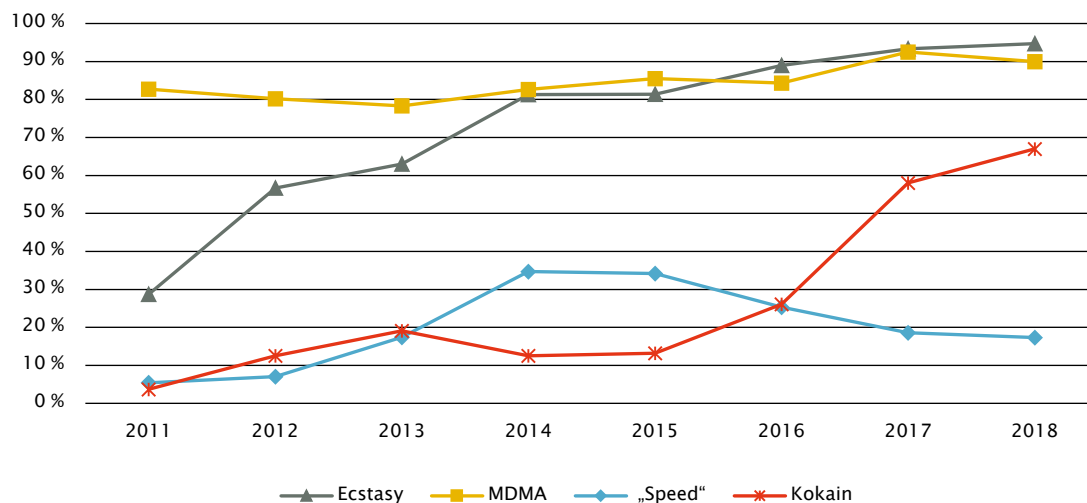
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Der Anteil der von *checkit!* analysierten Proben, in denen **NPS** gefunden wurden, ging in den letzten Jahren zurück, stieg im Berichtsjahr aber wieder leicht an. Während im Jahr 2012 noch 20 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, waren es 2017 4,9 Prozent und 2018 5,5 Prozent. Weiterhin abgenommen hat die Häufigkeit, mit der NPS als unerwartete Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden (von 18,7 % im Jahr 2011 auf 1,7 % im Jahr 2018). Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug im Jahr 2018 3,8 Prozent (vgl. auch Abbildung 7.1).

Abbildung 7.4 zeigt die Entwicklung der Reinheit der Substanzproben, die im Rahmen von *checkit!* analysiert wurden. Generell ist bei „Ecstasy“, MDMA und Kokain ein Trend dahingehend zu beobachten, dass sie außer den erwarteten Substanzen keine anderen pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhalten. Die auffälligste Entwicklung ist diesbezüglich im Zeitverlauf bei Kokain zu beobachten: Während 2011 nur 3,7 Prozent aller analysierten Proben keine anderen pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhaltenen, lag dieser Wert 2018 bei 67 Prozent. Eine ähnliche Entwicklung ist bei „Ecstasy“ zu beobachten, seit 2014 gibt es kaum noch Unterschiede zu MDMA¹⁵⁶. Nur bei „Speed“ ist der Anteil der Proben ohne Beimengungen seit 2014 wieder rückläufig.

Abbildung 7.4:

Anteil der bei *checkit!* analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2011–2018



Quelle: SHW 2019; Darstellung: GÖG

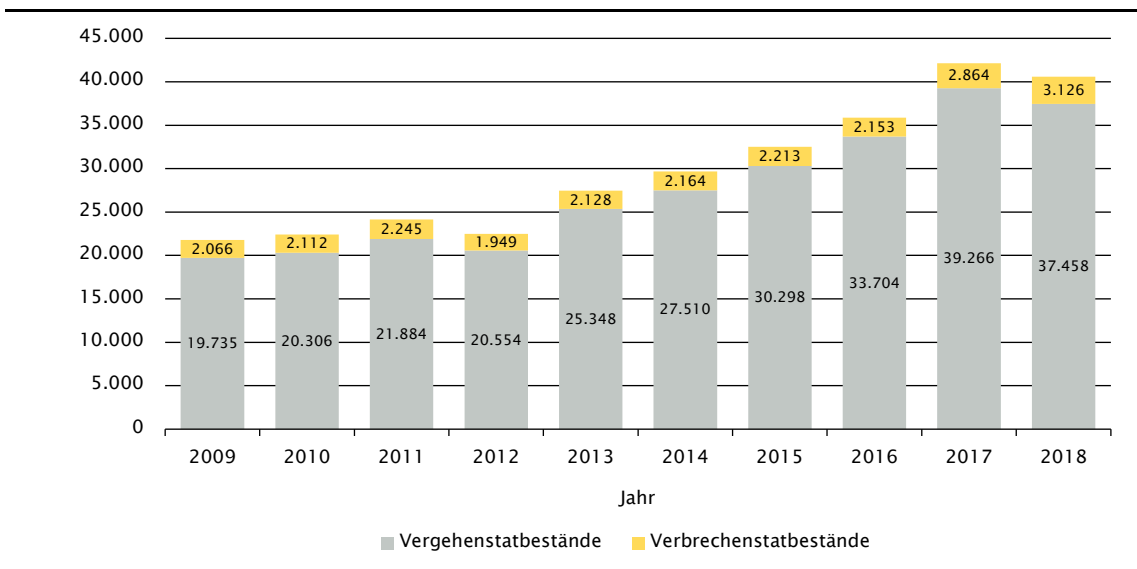
Die nachfolgende Abbildung 7.5 stellt die **langfristige Entwicklung der Anzeigen** wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG) und Verbrechenstatbeständen (§ 28 und 28a SMG) dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Ab 2013 stiegen

156

„Ecstasy“ ist die Szenebezeichnung für Methylendioxyamphetamin (MDMA) in Tablettenform, während dieselbe Substanz in Pulver-, Kristall- oder Kapselform schlicht „MDMA“ genannt wird.

die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen stark an – eine Entwicklung, die im Jahr 2018 wieder rückläufig ist. Die Zahl der Verbrechenstatbestände schwankte bis 2017 auf einem niedrigen Niveau, ein Anstieg war auch 2018 wieder zu beobachten (Lichtenegger, p. M.).

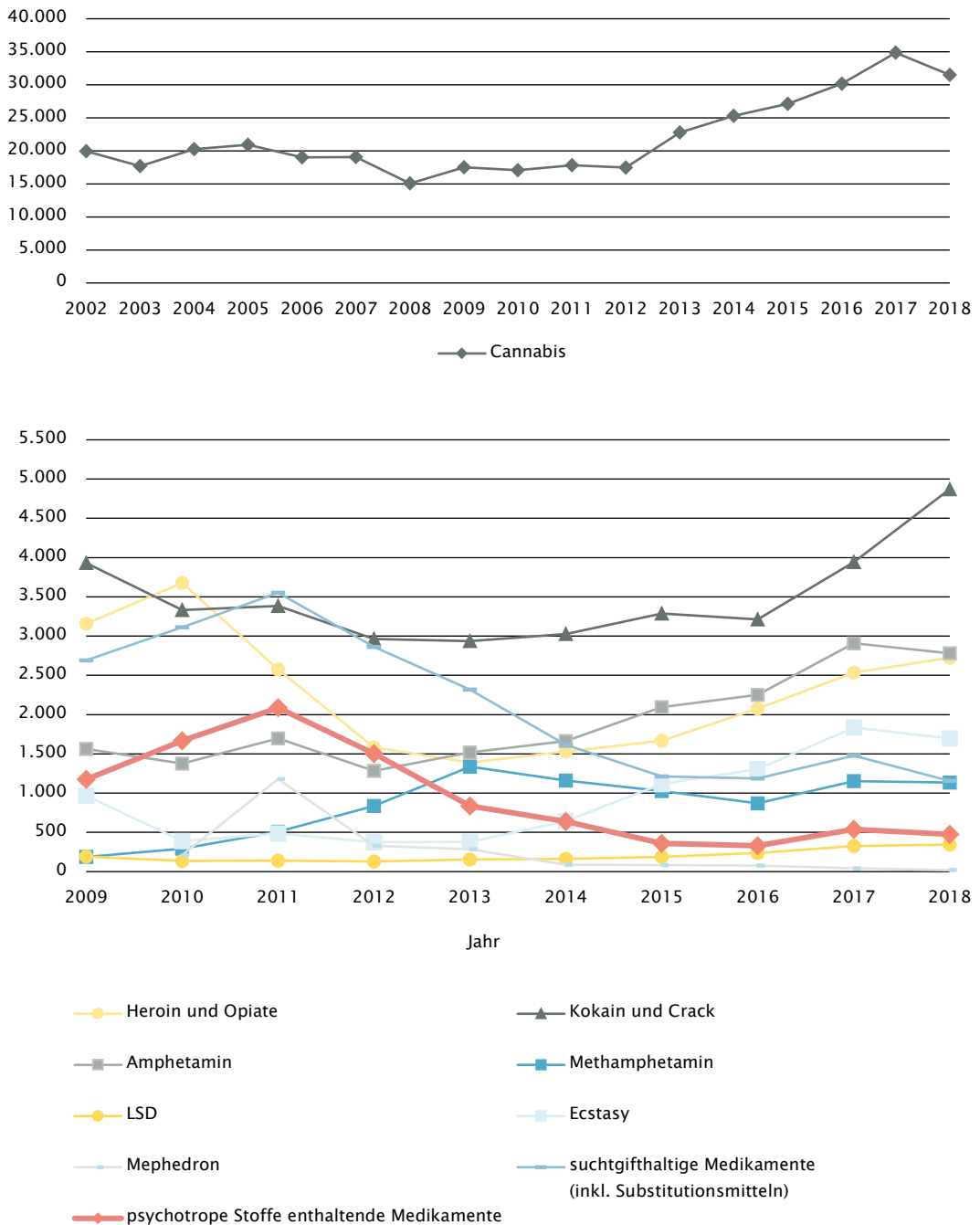
Abbildung 7.5:
Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen, 2009–2018



Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.6 präsentiert die Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgiftes. Nachdem es bei einigen Substanzen im Zeitraum 2009 bis 2013 zu einem Rückgang gekommen ist, weisen seither Kokain, Amphetamin, Heroin und Opiate sowie „Ecstasy“ eine steigende Tendenz auf. Bei Cannabis setzt sich der Anstieg seit dem Jahr 2013 auf hohem Niveau fort, die Anzahl der Anzeigen ist aber 2018 erstmals wieder gesunken. Die Mephedronanzeigen gingen im Jahr 2018 auf 19 (2017: 43) zurück. Drogenausgangsstoffe spielen bei Anzeigen kaum eine Rolle. Die Zahl der Anzeigen wegen Cannabis allein oder wegen Cannabis in Kombination mit anderen Suchtmitteln weist weiterhin den höchsten absoluten Wert auf und betrifft rund 77 Prozent aller gegenständlichen Anzeigen (vgl. Tabelle A7.5). An zweiter Stelle stehen die Anzeigen im Zusammenhang mit Kokain, deren Zahl, verglichen mit den 3.944 Fällen von 2017, im Jahr 2018 stieg, und zwar auf 4.872. Die Verteilung der Anzeigen auf Länderebene unterscheidet sich zwischen den Bundesländern mitunter stark (vgl. Tabelle A7.6).

Abbildung 7.6:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes 2009–2018



Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.
Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Bemerkenswerte Trends oder wesentliche Entwicklungen betreffend Organisation, Koordination und Implementierung von Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Neben den in Abschnitt 7.2.3 beschriebenen nationalen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots in Österreich wird weiterhin auch dem Deep Web¹⁵⁷ bzw. Darknet Aufmerksamkeit gewidmet. Des Weiteren bestehen Kooperationen auf internationaler Ebene, beispielsweise mit Interpol, Europol und dem Netzwerk der Vereinten Nationen (UNODC) (Lichtenegger p. M., BMI 2019).

Für die Jahre 2014 bis 2018 sind Daten hinsichtlich Anzeigen und Beschlagnahmen im Zusammenhang mit Substitutionsmedikamenten verfügbar. Die Anzahl der betreffenden Anzeigen sank von 1.389 im Jahr 2014 auf 1.197 im Jahr 2017 und 859 Anzeigen im Jahr 2018. Die Mehrzahl davon betraf den unerlaubten Umgang mit Suchtgift (§ 27 SMG; im Jahr 2018: 804). Ein geringer Teil wurde als Verbrechen eingestuft (§ 28 und § 28a SMG; im Jahr 2018: 55). In Tabelle 7.8 wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch die beschlagnahmte Menge der Jahre 2014 bis 2018 dargestellt. Nach einem Rückgang in den Jahren 2015 und 2016 ist seit 2017 wieder ein Anstieg der sichergestellten Mengen zu verzeichnen (2018: 5.897 Stück), wobei die Zahl der Sicherstellungen von 2017 auf 2018 gesunken ist. Dies erklärt sich vor allem durch eine Sicherstellung von 2.510 Stück Levomethadon. Die Daten bestätigen, dass jedes Substitutionsmedikament auch auf dem Schwarzmarkt zu finden ist (vgl. Weigl et al. 2014). Zu berücksichtigen ist hier, dass lediglich ein Bruchteil der insgesamt verschriebenen Menge am Schwarzmarkt sichergestellt wurde (2013: 0,1 Prozent; vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

Tabelle 7.8:
Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl, 2014-2018

Wirkstoff	Menge (Stk.) 2014	Sicherstellg. 2014	Menge (Stk.) 2015	Sicherstellg. 2015	Menge (Stk.) 2016	Sicherstellg. 2016	Menge (Stk.) 2017	Sicherstellg. 2017	Menge (Stk.) 2018	Sicherstellg. 2018
Codein	112	16	221	14	141	14	170	15	95	12
Buprenorphin	511	80	742	95	488	69	421	91	334	46
Levomethadon	-	-	-	-	7	2	9	3	2.953	6
Methadon	578	13	74	14	71	16	199	13	114	14
Morphin retard	3.739	552	3.343	505	2.602	456	3.794	523	2.401	462
Gesamt	4.940	661	4.380	628	3.309	557	4.593	645	5.897	570

Stk. = Stück; Sicherstellg. = Anzahl der Sicherstellungen

Quelle: BMI/.BK

157

Als Deep Web (auch Hidden Web oder Invisible Web bzw. verstecktes Web) wird jener Teil des World Wide Web bezeichnet, der bei einer Recherche über normale Suchmaschinen nicht auffindbar ist. Es besteht zu großen Teilen aus themenspezifischen Datenbanken (Fachdatenbanken) und Webseiten. Zusammengefasst handelt es sich um Inhalte, die nicht frei zugänglich sind, und/oder Inhalte, die nicht von Suchmaschinen indiziert werden oder die nicht indiziert werden sollen.

7.4 Neue Entwicklungen

Im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität des BMI/.BK wurde im Dezember 2018 eine neue Organisationsstruktur etabliert. Zusätzlich zu den bereits bestehenden Referaten 3.3.1 Heroin, Kokain und Cannabis bzw. 3.3.2 Synthetische Suchtgifte (inkl. NPS und psychotroper Substanzen) wurde auch das Referat Suchtmittelhandel via Postversand und Internet (3.3.3) in die Regelstruktur integriert. Weiters wurde auch ein Referat 3.3.4 mit dem Namen Precursor-Competence-Center eingerichtet. Dieses umfasst u. a. die für Wirtschaftsbeteiligte eingerichtete Meldestelle für Drogenausgangsstoffe sowie Ausgangsstoffe für Explosivstoffe (BMI 2019).

7.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), das auch die Daten betreffend Anzeigen, Preise und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von *checkit!*¹⁵⁸, *Drogenarbeit Z6*¹⁵⁹ und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)¹⁶⁰. Zahlen hinsichtlich Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

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

158

checkit! ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien gGmbH* mit dem Klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an.

159

Drogenarbeit Z6 bietet in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck mobile Drogenarbeit und *Drug-Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

160

Die österreichische *Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit* (AGES) analysierte bis zum Inkrafttreten des NPSG am 1. 1. 2012 im Auftrag des BMASGK u. a. regelmäßig Produkte, die in sogenannten „head shops“ vertrieben wurden. Seither analysiert die AGES im Bedarfsfall von Polizei und Zoll sichergestellte Substanzen.

7.6 Bibliografie

- BMI (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- BMI (2016). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- BMI (2019). Sicherstellen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2018. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- Drogenarbeit Z6 (2018). Tätigkeitsbericht 2017. Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2019). Tätigkeitsbericht 2018. Innsbruck
- EMCDDA (2013). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug squads: units specialised 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 (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Oberacher, H. (2019). Drug Checking 2018. Bericht über den Leistungsumfang der durchgeführten chemischen Analysen und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Trends. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- SHW (2019). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2018. Suchthilfe Wien GmbH. 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

7.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

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

BGBI I 1997/120. Führerscheingesezt (FSG)

7.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres

7.9 Anhang

Tabelle A7.1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz,
nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern, 2009–2018

Anzeigen**	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Anzeigen insgesamt	22.729	23.853	25.892	23.797	28.227	30.250	32.907	36.235	42.610	41.044
Ersttäter/-innen	14.893	19.409	21.828	19.683	22.979	24.660	17.570	22.715	25.961	23.598
Wiederholungstäter/-innen	7.258	3.681	3.247	3.107	3.688	3.717	13.235*	10.741	13.694	14.190

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines österreichweit möglichen Vergleichs aller relevanten Datenfelder, wodurch eine verbesserte und genauere Erfassung der entsprechenden Daten – allerdings auch ein Zeitreihenbruch – gegeben ist.

** alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe
Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter/-innen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2009–2018

Bundesland	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Burgenland	953	716	801	687	844	773	855	895	1.001	967
Kärnten	1.372	1.522	1.422	1.165	1.460	1.961	1.607	1.646	2.184	2.403
Niederösterreich	3.165	2.978	2.917	2.683	3.134	3.629	4.019	4.153	5.477	5.051
Oberösterreich	3.908	3.660	3.590	3.547	4.446	5.009	5.104	6.006	7.578	7.537
Salzburg	1.096	1.099	1.431	1.145	1.350	1.502	1.755	2.106	2.265	2.378
Steiermark	1.669	1.607	1.878	1.879	2.465	3.266	3.246	3.363	4.254	4.125
Tirol	2.555	2.692	3.095	2.570	3.929	3.502	3.917	3.987	3.941	3.737
Vorarlberg	1.027	1.143	1.092	1.392	1.251	1.385	1.304	1.498	1.597	1.830
Wien	6.056	7.001	7.903	7.435	8.597	8.647	10.704	12.203	13.833	12.556
Anzeigen gesamt	21.801	22.418	24.129	22.503	27.476	29.674	32.511	35.857	42.130	40.584

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2010–2018

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Burgenland	19	30	14	3	7	3	2	1	1
Kärnten	25	44	29	36	44	33	12	26	24
Niederösterreich	97	124	88	71	43	45	27	39	29
Oberösterreich	180	249	229	98	86	32	49	114	118
Salzburg	31	31	22	23	5	8	7	16	19
Steiermark	41	49	54	26	14	10	10	31	14
Tirol	99	80	75	58	52	51	34	51	45
Vorarlberg	39	61	25	20	28	9	29	7	13
Wien	904	1.095	758	406	287	187	178	195	193
Anzeigen insgesamt	1.435	1.763	1.294	741	566	378	348	480	457

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.4:

Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2012–2018

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Burgenland	5	4	3	0	2	1	4
Kärnten	3	5	5	0	7	5	1
Niederösterreich	25	32	25	16	16	44	28
Oberösterreich	10	9	8	11	13	11	35
Salzburg	9	3	5	0	4	3	4
Steiermark	15	35	15	11	13	7	17
Tirol	12	19	40	6	4	7	10
Vorarlberg	2	6	7	2	9	3	7
Wien	12	15	5	2	10	8	27
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48	78	89	133

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
nach Suchtgift/Suchtmittel 2009–2018

Suchtgift/Suchtmittel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabis	17.513	17.066	17.836	17.461	22.798	25.309	27.127	30.184	34.857	31.491
Heroin und Opiate	3.157	3.677	2.575	1.582	1.390	1.529	1.666	2.077	2.533	2.724
Kokain und Crack	3.930	3.332	3.383	2.963	2.936	3.026	3.287	3.211	3.944	4.872
Amphetamin	1.562	1.375	1.696	1.283	1.517	1.663	2.097	2.253	2.909	2.779
Methamphetamin	187	294	510	837	1.337	1.159	1.026	869	1.154	1.133
LSD	193	137	138	129	155	163	189	238	327	344
„Ecstasy“	966	388	485	375	378	642	1.115	1.307	1.835	1.697
Mephedron	-	209	1.179	331	285	89	82	75	43	19
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	2.693	3.113	3.552	2.864	2.317	1.616	1.213	1.186	1.478	1.155
sonstige Suchtgifte*	363	185	160	143	164	260	232	381	363	304
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	-	-	-	-	-	-	-	-	183	135
psychotrope Substanzen	16	37	58	35	59	62	46	37	77	91
psychotrope Medikamente	1.174	1.666	2.086	1.502	837	637	359	330	539	475
Drogenausgangsstoffe	1	3	4	8	18	15	13	8	1	12

- Daten nicht verfügbar

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

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.6:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2018

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	845	1.625	4.140	6.004	1.957	3.697	3.170	1.509	8.544	31.491
Heroin und Opiate	40	372	261	381	35	58	35	83	1.459	2.724
Kokain und Crack	39	524	443	710	301	217	546	238	1.854	4.872
Amphetamin	86	96	437	855	237	275	168	142	483	2.779
Methamphetamin	76	26	176	442	33	29	34	30	287	1.133
LSD	5	16	66	69	9	33	40	15	91	344
„Ecstasy“	35	99	160	314	76	302	124	56	531	1.697
Mephedron	–	–	7	1	1	1	1	–	8	19
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	20	81	111	265	33	51	38	27	529	1.155
sonstige Suchtgifte*	2	14	54	76	17	28	30	18	65	304
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	2	4	27	39	7	14	15	11	16	135
psychotrope Substanzen	–	6	8	43	7	7	8	1	11	91
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	11	41	39	98	16	12	38	14	206	475
Drogenausgangsstoffe	–	–	4	–	–	5	3	–	–	12

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

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.7:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2009–2018

Suchtgift/Suchtmittel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabis(kraut, -harz, -konzentrat)	5.733	6.195	6.750	7.137	10.139	11.914	13.879	16.697	18.896	17.154
Cannabispflanzen	-	-	-	-	-	-	-	508	534	565
Heroin	901	1.048	640	393	346	428	605	677	967	1.115
Kokain	984	946	970	912	992	1.078	1.190	1.316	1.571	1.810
Amphetamin	347	352	383	348	496	613	784	828	1.099	1.215
Methamphetamin	53	114	162	259	363	317	304	334	389	544
LSD	39	43	41	47	39	61	69	90	131	180
„Ecstasy“	131	63	90	113	119	212	357	455	818	851
Mephedron	-	73	125	36	54	11	12	8	6	10
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.121	1.456	1.712	1.435	1.129	742	704	655	769	676
sonstige Suchtgifte*	79	72	67	65	88	120	127	176	168	167
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	-	-	-	-	-	-	-	-	103	68
psychotrope Substanzen	2	13	23	22	30	26	18	21	33	47
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	697	993	1.268	888	495	417	242	251	349	325
Drogenausgangsstoffe	0	1	0	8	9	16	9	5	-	10

- Daten nicht verfügbar

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.8:

Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, nach Menge, 2009–2018

Suchtgift/Suchtmittel	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cannabis(kraut, -harz, -konzentrat) (kg)	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7	1.659,2	1.499,63
Cannabispflanzen (Stk.)	-	-	-	-	-	-	-	24.166	31.102	24.571
Heroin (kg)	189,6	96	64,9	222,1	80,2	56,2	69,5	68,9	70	76,4
Kokain (kg)	53,2	241	139	64,6	24,7	31,0	119,6	86,4	71,4	74,99
Amphetamin (kg)	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9	66,6	87,6	50,3	76,77
Methamphetamin (kg)	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7	2,9	4,8	5,0	8,0
LSD (Trips)	1.581	533,5	1.588	276	618	778	1.848	1.865	1.374	3.564
„Ecstasy“ (Stk.)	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001	10.148	29.485	446.465 ¹⁾	83.037
Mephedron (kg)	-	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0	0,2	0,02	0,02	0,06
suchtgifthaltige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmitteln	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343	4.820	52.574 ²⁾	59.754
sonstige Suchtgifte (kg)*	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1	3,6	4,8	2,1	6,8
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,1
psychotrope Substanzen (kg)	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5	15,4	0,18	1	29,2
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten (Stk.)	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5	3.697	4.325	8.077	24.221
Drogenausgangsstoffe***	0	1	0	2,8	149,7	135,1	2.223,2	6,65	0	1 kg und 11 l.

- Daten nicht verfügbar

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

*** Drogenausgangsstoffe werden bis inklusive 2015 in Kilogramm, ab 2016 in Litern und ab 2018 je nach Substanz in Litern und Kilogramm angegeben.

¹⁾ Es gab eine Großsicherstellung von rd. 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.)

²⁾ Es gab eine Großsicherstellung im Rahmen des *JIFTdrugs/fair*-Projekts (Lichtenegger, p. M., vgl. Abschnitt 7.2.3).

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.9:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Ecstasy“ (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2009–2018

Inhaltsstoffe	2009 (n = 105)	2010 (n = 76)	2011 (n = 135)	2012 (n = 145)	2013 (n = 108)	2014 (n = 193)	2015 (n = 285)	2016 (n = 328)	2017 (n = 299)	2018 (n = 225)
MDMA	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3	82,1	89,0	93,3	94,7
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,7	0,3	0,3	0,0
MDE und/oder MDA	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7	6,7	3,7	1,3	0,0
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,3	0,7	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7	2,1	0,9	2,4	4,0
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Methamphetamin	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0	1,1	0,3	0,0	0,4
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen*	52,4	47,4	19,3	– ³	– ³	– ³	– ³	0,3	0,0	0,0
diverse Mischungen*	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1	4,9	3,7	1,3	0,0
Neue psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5	1,8	0,9	0,7	0,9

* diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ NPS im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

² inklusive NPS

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für NPS inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.10:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristallform) gekauften Proben, in Prozent, 2009–2018

Inhaltsstoffe	2009 (n = 25)	2010 (n = 91)	2011 (n = 163)	2012 (n = 222)	2013 (n = 290)	2014 (n = 224)	2015 (n = 152)	2016 (n = 166)	2017 (n = 159)	2018 (n = 120)
MDMA	69,6	51,6	82,2	80,2	78,3	82,6	85,5	84,3	92,5	90,0
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,7	0,0	0,0	0,8
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,6	0,0	1,4	0,0	1,3	0,6	0,0	0,8
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	4,3	7,7	5,5	1,4	1,0	1,8	2,6	1,8	0,6	2,5
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,7	0,6	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
Koffein	0,0	1,1	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen*	21,7	0,0	1,2	– ³	– ³	– ³	– ³	– ³	0,0	0,0
diverse Mischungen*	4,3	3,3	1,2	5,0	2,4	4,0	2,0	3,0	1,3	1,7
<i>Neue psychoaktive Substanzen</i> ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	8,7	35,2	8,0	9,9	16,2	8,0	6,6	9,0	5,0	3,3

* diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ NPS im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

² inklusive NPS

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für NPS inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.11:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Speed“ (Amphetamin) gekauften Proben 2009–2018

Inhaltsstoffe	2009 (n = 113)	2010 (n = 124)	2011 (n = 203)	2012 (n = 273)	2013 (n = 321)	2014 (n = 219)	2015 (n = 260)	2016 (n = 289)	2017 (n = 290)	2018 (n = 272)
Amphetamin	9,7	14,5	5,4	7,0	17,8	35,2	34,2	25,3	18,6	17,3
Amphetamin + Koffein	50,4	61,3	55,7	55,7	56,7	38,8	50,8	59,5	67,9	68,4
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	15,0	10,5	18,2	24,9	19,3	19,6	10,4	10,4	6,2	11,8
Methamphetamin	0,9	1,6	0,5	2,2	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0
Koffein	8,8	1,6	7,9	0,4	0,6	0,0	0,0	0,7	0,7	1,5
MDMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,2	0,7	0,7	0,0
diverse Mischungen*	14,2	7,3	5,4	5,5	2,5	2,7	2,3	2,1	4,8	
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen*	0,9	0,8	1,0	– ³	– ³	– ³	– ³	0,3	0,0	0,0
Neue psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	0,0	2,4	5,4	4,0	2,2	2,3	0,8	1,0	1,0	0,0

* diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ NPS im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

² inklusive NPS

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für NPS inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	247
8.1	Zusammenfassung.....	247
8.2	Aktuelle Situation.....	248
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	248
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	252
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	252
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	255
8.3	Trends.....	257
8.4	Neue Entwicklungen.....	258
8.5	Quellen und Methodik.....	259
8.6	Bibliografie	260
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	263
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	264
8.9	Anhang.....	265

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRD). 28 Justizanstalten mit 13 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.791 Haftplätzen (Stand 1. April 2019) und sind fast zur Gänze belegt.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Zuständig sind hierfür Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, die die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Mit 1. April 2019 befanden sich rund 9,8 Prozent (926 Personen) der Insassen in Substitutionsbehandlung. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts (seit 1. 1. 2018 BMASGK) weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös drogenkonsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Dennoch stehen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassen werden nicht durchgeführt.

Neue Entwicklungen

Die Justizanstalten (JA) befassen sich weiterhin mit dem Thema Infektionskrankheiten. Einerseits wird nach Haftbeginn der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status der Insassen erhoben. Andererseits werden HCV-positive Justizanstalt-Insassen mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt und auch routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Im Rahmen einer Evaluierung wurden Empfehlungen ausgearbeitet, wie die epidemiologische Surveillance in den Justizanstalten verbessert werden kann. Entsprechende Ergebnisse bzw. Daten liegen noch nicht vor.

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. Der im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRDJ) angesiedelten Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug und im Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen) angesiedelt, die auch den chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 2 Strafgesetzbuch (StGB) beinhaltet.

Die österreichischen Vollzugseinrichtungen bestehen aus 28 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit 13 Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.791 Personen. Der Insassenstand betrug mit 1. April 2019 insgesamt 9.490 Personen, wobei 8.764 Personen in Justizanstalten untergebracht waren. Diese Gruppe setzt sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht sind (Untergebrachte), zusammen (vgl. auch Tabelle A8.1 im Anhang mit Stichtag 1. 4. 2019). Die restlichen 726 Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest.¹⁶¹ Nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über die jeweilige Anzahl der Haftplätze und die Besonderheiten der einzelnen Anstalten. Dabei werden u. a. das mögliche Alter und Geschlecht der Insassen sowie die Strafdauer angegeben, für die die einzelnen JA ausgelegt sind. Die JA Wien-Favoriten ist speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen und die JA Schwarzau auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt.

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMVRDJ verankert ist. Die Aufgaben, mit denen die Organe der Jugendgerichtshilfe von den Gerichten und der Staatsanwaltschaft betraut werden können, sind im § 48 Jugendgerichtsgesetz (JGG BGBl 1988/599 idgF) und im Jugendgerichtsgesetzes-Änderungsgesetz (JGG-ÄndG) normiert, das mit Beginn 2016 in Kraft trat (BGBl I 2015/154). Diese Aufgaben lassen sich im Wesentlichen in folgende Bereiche zusammenfassen:

161

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html> (Zugriff am 4. 7. 2019)

Verfassen von Jugenderhebungen für das Strafverfahren¹⁶², Krisenintervention, Erstellen von Haftentscheidungshilfen, Mitwirkung am Tauschgleich und Vermittlung gemeinnütziger Leistungen.

Gemäß § 49 Abs 1 JGG ist sie zudem mit der Betreuung von jugendlichen und jungen erwachsenen Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen beauftragt. Die Jugendgerichtshilfe ist somit für die Strafjustiz und den Strafvollzug tätig (BMVRDJ 2018). Aktuelle Zahlen liegen nicht vor.

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 9. April 2019

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	179	männliche Erwachsene Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten,
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein Außenstelle Grafenstein	375	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, gelockerter Vollzug und Freigängerhaus therapeutisches Angebot für alkohol- und drogenabhängige Insassen bzw. Sexualstraftäterinnen/-täter
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ)	122	männliche Jugendliche und junge Erwachsene Sonderanstalt i. S. des Jugendgerichtsgesetzes
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	165	Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 StGB (geistig abnorme unzurechnungsfähige Rechtsbrecher) sowie Wohngruppenvollzug für Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	423	männliche Erwachsene Freiheitsstrafen über 18 Monate bis max. 6 Jahre, gelockerter Vollzug gem. § 126 StGV
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	269	Männer und Frauen; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	162	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarzau (NÖ)	196	Frauen und weibl. Jugendliche; entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gem. § 22 StGB) und für Entwöhnungsbehandlung an weibl. Strafgefangenen (§ 68a StVG) Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich; Kindergarten für bis zu 23 Kinder Abteilung für männl. Strafgefangene (Strafzeit bis 3 J.) und Eignung für gelockerten Vollzug
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	männliche Erwachsene; Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren gelockerter Vollzug
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	245	männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha gelockerter Vollzug Krems/Donau	787	erwachsene Männer und Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 und § 22 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher) Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang; Hochsicherheitsgefängnis und gelockerter Vollzug,

162

Erhebung aller Umstände, die für die Beurteilung der Person und der Lebensverhältnisse eines Unmündigen, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen maßgebend sind (§ 48 Z 1 JGG; vgl. BMVRDJ 2018).

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	211	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung; Wohngruppenvollzug
Justizanstalt Asten (OÖ)	171	Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 und Abs 2 StGB Wohngruppen mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt
Justizanstalt Garsten (OÖ)	367	männliche Strafgefangene, Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Untersuchungshäftlinge
Justizanstalt Linz (OÖ) Außenstelle Asten Forensisches Zentrum Asten	472	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 und 2 StGB
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	289	männliche Strafgefangene; Strafzeit ab 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	227	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB in Christian-Doppler-Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	513	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Maria Lankowitz	522	erwachsene Männer, Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB Freiheitsstrafen über 18 Monate bis lebenslang, sehr hoher Sicherheitsstandard; gelockerter Vollzug
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	475	männliche, weibliche und jugendliche Insassen; Untersuchungshaft und Strafhaft; Abteilung für suchtkranke Insassen gem. § 22 StGB und Strafgefangene gem. § 68a StVG
Justizanstalt Feldkirch (V) Außenstelle Dornbirn	160	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten (Jugendliche bis zu 6 Monaten); gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wien-Favoriten (W)	113	Männer Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/-innen ⇒ Behandlung von Suchtmittel- und Alkoholabhängigen (gem. § 22 StGB und § 68a StVG)
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W) Außenstelle Wilhelmshöhe	1057	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen; Sonderkrankenanstalt
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf	149	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern (gem. § 21 Abs 2 StGB)

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	452	erwachsene Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation

Quelle: BMJ 2016a und ¹⁶³; Darstellung: GÖG

Nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹⁶⁴ der österreichischen Justizanstalten an sieben ausgewählten Stichtagen (siehe auch Tabelle A8.1). Dabei wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten etwas mehr als sechs Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel, der Anteil der Jugendlichen an der Insassengesamtsumme betrug bis 2010 etwa zwei Prozent. Der für das Jahr 2014 zwischenzeitlich beobachtete Rückgang dieses Werts auf etwa ein Prozent wird als eine der Auswirkungen des im Sommer 2013 eingesetzten und fortgeführten interdisziplinären runden Tisches „Untersuchungshaft für Jugendliche – Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung“ gesehen (BMJ 2013a; BMJ 2015b). Zwischen 2016 und 2018 ist der Anteil der jugendlichen Insassen dennoch gestiegen, 2019 aber auf rund 1,3 Prozent gesunken.

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016, 2017, 2018 und 2019 zum Stichtag 1. April

Insassen	2009	2010	2014	2016	2017	2018	2019
Männer	8.186	8.251	8.363	8.344	8.493	8.504	8.887
Frauen	522	562	541	523	513	537	603
Gesamt	8.708	8.813	8.904	8.867	9.006	9.041	9.490
davon Jugendliche	172	193	88	133	145	155	121
davon Personen in Untersuchungshaft	1.994	1.909	1.807	1.729	1.880	1.863	1.929

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

Für die Jahre 2011, 2012, 2013 und 2015 sind keine Daten verfügbar.

Quelle: Moser-Riebniger, Mika p. M.; Darstellung: GÖG

Informationen über Sozialmerkmale der Inhaftierten (wie etwa Ausbildungsstand oder berufliche Situation) können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) bzw. dem Bericht zur Drogensituation 2017 (Weigl et al. 2017) entnommen werden. Verfügbare aktuelle Zahlen weichen nicht von den Vorjahren ab (BMVRDJ 2018).

¹⁶³

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/justizanstalten~2c94848642ec5e0d0143e7f4ec274524.de.html>
(Zugriff am 9. 4. 2019)

¹⁶⁴

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Inhaftierten, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums in Haft und vor Haftantritt liegen nicht vor.

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ (Kapitel 11) des Berichts zur Drogensituation des Jahres 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) referiert. Zusätzlich finden sich diesbezügliche Angaben im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis im Jahr 2001“ (ÖBIG 2001). Aktuellere Informationen liegen weiterhin nicht vor.

Ergebnisse aus der PRIDE-Studie (Weltzien et al. o. J.), die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt, werden im Drogenbericht 2017 beschrieben (Weigl et al. 2017).

8.2.3 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Seit Ende 2015 besteht in Österreich eine nationale Suchtpräventionsstrategie, die festhält, dass auch für die Suchtpolitik das Prinzip Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies) gelten soll. Des Weiteren wird betont, dass suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen sind und Gesunderhaltung der Menschen, Schadensminimierung und Behandlung Vorrang vor Sicherheits- und justiziellen Maßnahmen haben (vgl. Kapitel 1). Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist darauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insb. die Versorgung i. v. konsumierender Inhaftierter mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Vonseiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinie vor, die die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015a).

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl 1969/144, StVG), in verschiedenen Erlässen und in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR) geregelt. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMVRDJ, die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016b).

Struktur der Interventionen

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen/Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung suchtkranker Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011; Stummvoll et al. 2017). Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren.

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 1998a, 1998b, 1998c). Eine europäische PRIDE-Studie, die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt (Weltzien et al. o. J.; vgl. Abschnitt 8.5), kommt zu dem Schluss, dass national (meist in Form von Erlässen) bzw. international vorgegebene Richtlinien nicht in allen Justizanstalten Österreichs umgesetzt werden (vgl. auch Weigl et al. 2017).

In allen 28 Justizanstalten werden nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Nach Aufnahme der/des Inhaftierten wird eine elektronische Häftlingsakte im Häftlingsinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen (spezifische Leberwerte) erfolgt eine Biomarker-Testung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern erfolgt ein Entlassungsscreening (HBV, HCV). HBV- und HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht (Schmid et al. 2017). Den Haftinsassen wird zudem die antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) bzw. die DAA-Behandlung (bei HCV) in allen 28 Justizanstalten angeboten. Ergebnisse von Routinescreenings liegen nicht vor. Spritzentauschprogramme und vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassen stehen derzeit nicht zur Verfügung. Haftinsassen mit einem positiven HCV-Status werden vor Beginn der DAA-Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten geimpft.

Um den Gesundheitszustand zukünftiger Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015a) folgend werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch/diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist in allen Justizanstalten entsprechend einer Checkliste standardisiert. Für jeden suchtkranken Insassen ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der auch die individuellen Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden. Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im IVV-Ordnungsstrafmodul der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt verständigt werden.

Die Leitlinie regelt zudem die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassen. Bspw. gibt es in der Steiermark derartige Kooperationen zwischen dem Verein b.a.s. und den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini wie auch der Drogenberatung des Landes Steiermark und der JA Graz-Jakomini (Horvath et al. 2017). Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der *Verein Dialog* seit 1999 in den beiden Wiener Polizei-Anhaltezentren (PAZ)¹⁶⁵ für Insassen tätig. Der *Verein Dialog* betreute dort im Jahr 2018 insgesamt 2.314 Klientinnen/Klienten und bietet auch frauen- und männerspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2019). Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten (Schabus-Eder p. M.).

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie bspw. entsprechende Naloxon-Programme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten.

Die Anzahl der Personen, die sich während der Haft einer anderen drogenbezogenen Behandlung als der Substitutionsbehandlung unterziehen (wollen) bzw. keine Substitutionsbehandlung erhalten (wollen), ist nicht bekannt. Somit ist auch unklar, in welchem Verhältnis diesbezüglich angebotene Maßnahmen und der tatsächliche Bedarf stehen. Es wird davon ausgegangen, dass etwa

165

Insgesamt gibt es in Österreich 18 Polizei-Anhaltezentren (PAZ), das sind Gefängnisse, die sich unter Verwaltung des Bundesministeriums für Inneres (BMI) befinden. In den PAZ wird – im Gegensatz zu Justizanstalten – keine Straftat vollzogen. Sie dienen vorwiegend der Unterbringung von Schub- und Verwaltungsstrahftlingen und werden stärker frequentiert als JA, wobei die durchschnittlichen Anhaltezeiten relativ kurz bleiben (Hofinger, Pilgram o. J.).

16 Prozent der Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren. Angaben zu drogenfreien Zonen in Justizanstalten können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) entnommen werden.

Ausmaß der Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015a). Zum Stichtag 1. 4. 2019 erhielten insgesamt 926 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was 9,8 Prozent der Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8.2). Dies bedeutet eine Steigerung im Vergleich zu den 829 Personen am Stichtag 1. 4. 2018 und auch zu jener Zahl zum Stichtag 1. 4. 2017 mit 872 Personen. Österreichweit wird in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Über 15 Prozent der Insassen (in Bezug zu den Haftplätzen) sind in folgenden Justizanstalten in Substitutionsbehandlung: Wien-Favoriten (30 %), Wien-Simmering (18,6 %), Stein (17,4 %), Wiener Neustadt (17,1 %) bzw. Ried und Schwarzau (jeweils 15,3 %). Die niedrigsten Zahlen für Personen in Substitutionsbehandlung wiesen mit null Prozent die JA für Jugendliche Gerasdorf auf, gefolgt von der JA Suben (2,4 %) und Wien-Mittersteig (2,7 %) (Mika p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind weiterhin Methadon (35,3 % aller Substitutionsbehandlungen), Substitol (18,7 %), L-Polamidon (17,5 %) sowie Suboxone (9,9 %) und Subutex bzw. Bupensan (9 %) (Mika p. M.; vgl. Tabelle A8.2). Damit wird im Gefängnis Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb (vgl. Kapitel 5). Die zahlenmäßig meisten Methadon-Verschreibungen erfolgen in der JA Wien-Josefstadt, dem größten Untersuchungsgefängnis Österreichs. Es wird berichtet, dass die Insassen dort aufgrund des hohen Missbrauchspotenzials von retardierten Morphinen häufig auf Methadon umgestellt werden. In der JA Favoriten, die als Sonderanstalt „entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher“ geführt wird, findet neben der Substitutionsbehandlung auch eine Benzodiazepin-Entzugsbehandlung statt (Wagner 2018).

Weitere Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Interventionen während der Haft werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ (Kapitel 11) des Berichts zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) ausführlich dargestellt. Aktuelle Informationen sind nicht verfügbar.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Die bereits in Abschnitt 8.2.3 angesprochenen Leitlinien bzw. Richtlinien werden zum größten Teil in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015a; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien sind in allen

Justizanstalten Österreichs umzusetzen, beinhalten u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung dar. In diesen Leitlinien wird einerseits die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren, woraus der Anspruch der betroffenen Personen resultiert, innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu erhalten – es gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹⁶⁶. Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. An die Stelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen¹⁶⁷, 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 entwickelt¹⁶⁸ (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). Derzeit läuft ein wissenschaftliches Projekt (EPICC, siehe Abschnitt 8.3) zur Ausarbeitung von Leitlinien und Standards, die sich spezifisch mit der Betreuung junger Straftäter mit Suchtproblemen befassen. Diese sollen auf den oben beschriebenen Leitlinien und internationalen Standards aufbauen.

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizressorts die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten in der geltenden Fassung (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 empfoh-

166

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

167

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

168

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen bzw. die mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.

len. 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 Erlässen 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). Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Informationsbroschüren erstellt. Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe von HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999). Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Vonseiten der Strafvollzugsakademie wurde ein Seminar zum Thema „Suchtkranke im Strafvollzug“ für Bedienstete im Strafvollzug angeboten (Strafvollzugsakademie/Fortbildungsakademie 2018). Weiterbildungen erfolgten auch zu den Themen „Medizinische Versorgung in Justizanstalten“ und Betreuung schwersterkrankter Insassen (Mika, p. M.).

Seit 2016 werden Screening-Untersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden getestet (Winterleitner p. M.). Die Empfehlungen zur Qualitätssicherung aus der Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der HBV und HCV bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten sind derzeit noch nicht veröffentlicht (vgl. Horvath et al. 2018; Schmid et al. 2017).

Eine unter der Ägide des BMASGK erstellte Leitlinie zur Opioid-Substitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 2; ÖGABS et al. 2017).

8.3 Trends

In den Justizanstalten wird das Augenmerk vermehrt auf das Thema Infektionskrankheiten gerichtet. Es wird nicht nur der HIV-Status der Insassen erhoben, sondern auch deren Tbc-, HBV- und HCV-Status. Weiters wird eine Genotypisierung der HCV vorgenommen und die Behandlung der HCV mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) in den Justizanstalten vorangetrieben (Winterleitner, p. M.).

Auch die Entwicklung spezifischer Leitlinien zur adäquaten Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassen wurde in den letzten Jahren forciert (siehe Abschnitt 8.2.4).

8.4 Neue Entwicklungen

Das europäische Projekt EPPIC (Exchanging Prevention practices on Polydrug use among youth In Criminal justice systems)¹⁶⁹ mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasst sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit (vgl. Stummvoll et al. 2017). Seine Ergebnisse zeigen, dass Haftaufenthalte oftmals zu einer Reduktion des Drogenkonsums führen, vor allem aufgrund der erschwerten Verfügbarkeit und aus Angst vor Sanktionen. In manchen Fällen bedeutet dies aber nur eine Unterbrechung des Konsums. Präventionsansätze sollten vorwiegend auf individuelle Persönlichkeitsmerkmale und soziale Umstände fokussieren und über den Drogenkonsum bzw. die kriminellen Aktivitäten hinausgehen. Interventionen während der Haft stehen vor besonderen Herausforderungen, da oftmals die unklare oder kurze Haftdauer, Tabuisierung von Drogengebrauch in Haft u. a. sich negativ auf die Effektivität der Interventionen auswirken. Zentral ist hier, dass ein konsistentes Case-Management jedenfalls vor Haftentlassung beginnen sollte, mit einem Fokus auf die individuellen Bedürfnisse (bspw. medizinische Versorgung, Krankenversicherung, Wohnen, Familienkontakt) – mit dem Ziel, den jungen Haftentlassenen die bürokratischen Herausforderungen in der Freiheit zu erleichtern. Auf Basis der Studienergebnisse werden derzeit Guidelines für Good Practice und Qualitätskriterien für das Justizsystem ausgearbeitet (EPPIC 2019).

Eine Studie über Hepatitis-C-Infektion bei jungen Strafgefangenen bzw. bei erwachsenen Strafgefangenen in Substitutionsbehandlung der Medizinischen Universität Wien zeigt bei erwachsenen Teilnehmerinnen/Teilnehmern eine HCV-Ab-Rate von 74,4 Prozent und eine HCV-RNA von 45 Prozent (N = 129). Es wurde vorwiegend der Genotyp 1 nachgewiesen (52,8 %), gefolgt vom Genotyp 3 (35,8 %). Eine Person hatte eine Koinfektion mit beiden Genotypen. Die Studienergebnisse der HCV-positiv-Getesteten stimmen – bis auf zwei Fälle – mit der Krankenakte überein. Von den getesteten jugendlichen/jungen Insassen (N = 66), wurde nur eine Person HCV-Ab- und HCV-RNA-positiv getestet. Diese Person hatte einen vorangegangenen i. v. Drogenkonsum und kannte ihren HCV-Status (Silbernagl et al. 2018, vgl. Kap. 6).

In den Justizanstalten haben 54 Insassen von 2017 bis Juni 2019 die Behandlung der Hepatitis C mit antiviral wirkenden HCV-Medikamenten (DAA) abgeschlossen. Bei allen konnte eine virologische Heilung der HCV-Infektion erzielt werden (Winterleitner, p. M.).

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat in der Arbeitsgruppe *Versicherung nach Haft* einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden Versicherungsschutz erhält. Seit 2017 läuft das Projekt in den JA Simmering und Favoriten im Regelbetrieb, 2018 wurde es auf die Justizanstalt Josefstadt ausgedehnt (SDW 2019).

169

<https://www.eppic-project.eu> (Zugriff am 4. 7. 2019)

Neue psychoaktive Substanzen spielen derzeit im Vollzug nur eine untergeordnete Rolle (Mika p. M.).

8.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMVRDJ, Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Justizressorts und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe.

Studien

Die Studie „PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison“ wurde im Rahmen des Projekts „CARE – Quality and Continuity of Care for Drug Users in Prisons“ 2013–2014 durchgeführt, von der Fachhochschule Frankfurt am Main koordiniert und vom Programm „Drogenprävention und Information der Europäischen Union“ kofinanziert (Weltzien et al. o. J.). Das CARE-Projekt zielte darauf ab, Daten und Wissen in puncto Drogengebrauch und damit zusammenhängender Risiken in Haft zu sammeln und zu verbreiten. Auch Schadensminimierung, Prävention von Überdosierungen und Reintegration nach der Entlassung wurden behandelt. Die Erhebung wurde in Österreich, Belgien, Dänemark und Italien durchgeführt. Ihr Ziel war, Daten in Bezug auf das Risikoverhalten hinsichtlich 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 Fragebögen wurde die Verfügbarkeit von Präventionsmaßnahmen bezüglich Infektionen in allen Gefängnissen in zehn Untergruppen (z. B. Substitutionsbehandlung, Spritzentausch, Verfügbarkeit von Kondomen/Gleitmitteln etc.) erfasst. Die Erhebung wurde von Juli 2013 bis Januar 2014 durchgeführt, der Fragebogen wurde den Gefängnisverwaltungen mit der Bitte übermittelt, ihn an die medizinischen Abteilungen weiterzuleiten. Die Einhaltung (inter)nationaler Richtlinien sowie die Verfügbarkeit der schadensminimierenden Maßnahmen wurden mithilfe eines Punktesystems bewertet. An der Studie nahmen alle österreichischen JA (N = 27) teil, 19 davon retournierten einen vollständig ausgefüllten Fragebogen.

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligt sich zusammen mit Forschungseinrichtungen im UK, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am EU-Projekt *EPPIC – Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use in Criminal Justice Systems*.¹⁷⁰ Das For-

170

<https://www.eppic-project.eu> (Zugriff am 24. 7. 2019)

schungsprojekt läuft von Januar 2017 bis Dezember 2019 und zielt auf einen Informationsaustausch zu den Themenbereichen Gesundheit und soziale Ungleichheit einer Gruppe von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln, ab. Entsprechende Drogenkarrieren sollen analysiert und beschrieben, Schlüsselinterventionen, die sich präventiv und gesundheitsfördernd auf den Lebensstil der Zielgruppe auswirken, identifiziert werden. Insgesamt wurden 189 Interviews mit straffälligen Jugendlichen in allen teilnehmenden Ländern geführt. Auf Basis der Ergebnisse sollen Guidelines und Leitlinien entwickelt werden, die die Qualität der Behandlung und Betreuung dieser jugendlichen Zielgruppe im Sinne von Best Practice optimieren sollen.

Die Studie der Medizinischen Universität Wien untersuchte die Prävalenz der Hepatitis-C-Infektion bei 133 erwachsenen Strafgefangenen in Opioid-Substitutionsbehandlung und bei 71 jungen und jugendlichen Strafgefangenen (14–26 J.) in sechs österreichischen Justizanstalten. Eine Analyse der HCV-Serologie wurde bei insgesamt 129 Personen durchgeführt, zudem wurden auch die psychiatrische Komorbidität und der Schweregrad der Suchterkrankung erhoben. Die Erhebung erfolgte mittels strukturierter Interviews, einer HCV-Serologie und der Analyse der medizinischen Patientenakten der Justizanstalt. Die Teilnahme erfolgte freiwillig und anonym, eine Aufwandsentschädigung wurde gezahlt.

8.6 Bibliografie

- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998
- BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS-/Hepatitis-C-Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18-v.1/1998
- BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes „Take Care“ betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35-V.1/1998
- BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die „Postexpositionelle Prophylaxe“ (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999
- BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ-E52203/0001-V 1/2005
- BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien

- BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2012). Aus- und Fortbildung für Insassen. BMJ-VD48601/0007-VD 2/2012
- BMJ (2013a). Untersuchungshaft für Jugendliche. Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung. Abschlussbericht des runden Tisches. Oktober 2013
- BMJ (2013b). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Hepatitis, HIV/AIDS in Haft“. BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013
- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG. BMJ-41902/0002-VD 2/2014
- BMJ (2015a). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien
- BMJ (2015b). Sicherheitsbericht 2014. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2016a). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. August 2016. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2016b). Sicherheitsbericht 2015. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMVRDJ (2018). Sicherheitsbericht 2017. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die Innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. BMVRDJ. Wien
- EPPIC (2019). EPPIC Policy Briefing, May 2019. EPPIC – Exchanging Prevention practice on Polydrug use among youth In Criminal justice systems. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- 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
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Steirischer Suchtbericht 2017. Im Auftrag der Abt. 08 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Schmid, D.; Spina, A.; Winterleitner, M. (2017). Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der Hepatitis B und Hepatitis C bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten, 2017. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance im Auftrag des BMJ. Präsentation im Rahmen der Veranstaltung Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich am 27. 7. 2017, AGES Wien
- Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burdens in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. Health Policy 122 (2018) 1392–1402
- SDW (2019). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum (2018). Jahresprogramm 2018. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R.; Stamatiou, W. (2017). EPPIC – Exchanging Prevention practice on Polydrug use among youth In Criminal justice systems. WP4. National Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Verein Dialog (2019). Jahresbericht 2018. Verein Dialog. Wien

Wagner, E. (2018). Suchtmedizinische Behandlung im Strafvollzug. In: Sucht – Forensik. Sommer 2018. Verein Grüner Kreis. Wien

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

Weltzien, N.; Moser-Riebniger, A.; Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria

8.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

JGG BGBl 1988/599 v. 20. Oktober 1988 über die Rechtspflege bei Straftaten Jugendlicher und junger Erwachsener (Jugendgerichtsgesetz 1988 – JGG)

JGG-ÄndG BGBl I 2015/154 v. 28. Dezember 2015. Bundesgesetz, mit dem das Jugendgerichtsgesetz 1988, das Strafgesetzbuch und das Bewährungshilfegesetz geändert werden und mit dem ein Bundesgesetz zur Tilgung von Verurteilungen nach §§ 129 I, 129 I lit. b, 500 oder 500a Strafgesetzbuch 1945 sowie §§ 209 oder 210 Strafgesetzbuch erlassen wird (JGG-ÄndG 2015)

StGB BGBl 1974/60 v. 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB)

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

8.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mika, Claudia	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Moser-Riebniger, Andrea	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Winterleitner, Margit	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Land Salzburg

8.9 Anhang

Tabelle A8.1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2019

Haftart	männliche Erwachsene	männl. Junge Erwachsene*	männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	weibliche Erwachsene	weibl. Junge Erwachsene	weibl. Jugendliche	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	5.512	263	53	5.828	329	6	1	336	6.164	64,95 %
Untersuchungshaft	1.633	130	45	1.808	107	8	6	121	1.929	20,33 %
untergebracht	866	27	8	901	97	5	1	103	1.004	10,58 %
sonstige Haft***	313	24	13	350	37	2	4	43	393	4,14 %
Summe	8.324	444	119	8.887	570	21	12	603	9.490	100,00 %

* Junger Erwachsener ist, wer einer Tat beschuldigt wird, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendliche ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** 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 Zwangsbeugehaft.

Quelle: BMVRDJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8.2:

Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. April 2019

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	andere Mittel
Eisenstadt	12	3	0	0	0	0	5	0	3	0	1
Feldkirch	21	8	1	3	0	0	5	0	3	1	0
Garsten	27	8	11	0	0	0	7	1	0	0	0
Gerasdorf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Göllersdorf	5	0	0	3	0	0	2	0	0	0	0
Graz-Jakomini	32	6	6	16	0	0	1	0	0	1	2
Graz-Karlau	72	13	24	16	1	0	13	2	0	3	0
Hirtenberg	65	14	8	20	0	0	11	9	0	0	3
Innsbruck	28	17	11	0	0	0	0	0	0	0	0
Klagenfurt	37	21	10	0	0	0	0	6	0	0	0
Korneuburg	17	4	0	3	0	0	0	0	0	7	3
Krems	23	7	3	3	1	0	1	7	0	0	1
Leoben	8	2	1	3	0	0	1	1	0	0	0
Linz	29	1	9	12	0	0	6	0	0	0	1
Ried	22	3	6	9	0	0	1	2	0	0	1
Salzburg	12	1	3	4	0	0	0	0	3	1	0
Schwarzau	30	10	3	0	0	0	5	0	12	0	0
Sonnberg	16	9	1	1	0	0	0	5	0	0	0
St. Pölten	15	9	1	3	0	0	1	1	0	0	0
Stein	137	51	39	8	0	0	0	30	0	9	0
Suben	7	1	1	1	0	0	2	1	1	0	0
Wels	12	2	3	6	0	0	0	1	0	0	0
Wien-Favoriten	34	11	15	0	0	0	6	2	0	0	0
Wien-Josefstadt	141	107	0	16	0	0	0	15	0	0	3
Wien-Mittersteig	4	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Wien-Simmering	84	11	0	45	0	0	9	9	2	0	8
Wiener Neustadt	36	5	5	1	0	0	7	0	17	0	1
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	926	327	162	173	2	0	83	92	41	22	24
Verteilung in Prozent*	9,8	35,3	17,5	18,7	0,2	0,0	9,0	9,9	4,4	2,4	2,6

* Insassenstand gesamt: 9.490 Personen

Quelle: BMVRDJ; Darstellung: CÖG

