

Bericht zur Drogensituation 2013

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

Bericht zur Drogensituation 2013

Autorinnen:

Marion Weigl
Martin Busch
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Ilonka Horvath
Charlotte Klein
Elisabeth Türscherl

Unter Mitarbeit von:

Hans Kerschbaum
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung durch das BMG:

Johanna Schopper

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Oktober 2013

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

ISBN 978-3-85159-183-5

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Der „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ wird jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums erstellt und befasst sich mit illegalen Drogen. Er bietet einen Überblick über aktuelle Entwicklungen bezüglich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, über die epidemiologische Situation und Maßnahmen der Nachfragereduktion im Berichtszeitraum 2012/13. Der diesjährige Bericht enthält keine Schwerpunktkapitel, dafür wurde verstärkt nach wissenschaftlichen Arbeiten in Österreich bzw. mit österreichischer Beteiligung gesucht. Eine Liste aller identifizierten Publikationen in wissenschaftlichen Journalen sowie Dissertationen und Diplomarbeiten findet sich im Anhang. Jene Publikationen, die für den Bericht verwendet wurden, sind auch in der Bibliographie zu finden.

Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Politischer und organisatorischer Rahmen

2012 wurde die „Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ fertiggestellt und vom BMG der Ärzteschaft zur Kenntnis gebracht. Durch flankierende Regelungen wurde festgelegt, dass Flunitrazepam nur mehr auf „Suchtgiftverschreibung“ verordnet werden darf, für andere Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine wurde die wiederholte Abgabe auf ein Rezept ausnahmslos abgeschafft. Die „Delphi-Studie“ wurde fertiggestellt und präsentiert. Sucht wird darin definiert als eine schwere psychiatrische und chronisch rezidivierende Erkrankung. Als Basismodell für eine Suchtpolitik wurde der „Schweizer Suchtwürfel“ herangezogen und erweitert. Als zentrale Aufgabe der Suchtpolitik wird das Minimieren aller Probleme im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Sucht durch ethisch vertretbare und sachlich geeignete Maßnahmen festgehalten. Darauf aufbauend soll nun eine nationale Sucht- und Suchtpräventionsstrategie entwickelt werden. Im Berichtszeitraum wurde eine „Anti-Drogenstrategie“ des Innenministeriums veröffentlicht, die zu einer kontroversiellen, auch über die Medien ausgetragenen Auseinandersetzung insbesondere über die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger geführt hat.

Drogenkonsum in der Bevölkerung

Die aktuellen Ergebnisse des Wiener Suchtmittelmonitorings geben keine Hinweise auf Veränderungen des Drogenkonsums. Cannabis ist nach wie vor die einzige illegale Droge mit einer nennenswerten Konsumprävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Befragungen unter Studierenden legen nahe, dass in dieser Gruppe problematischer Alkoholgebrauch eine wesentlich größere Bedeutung hat als der Konsum illegaler Drogen. Der Konsum *neuer psychoaktiver Substanzen* spielt entgegen manchen Medienberichten kaum eine Rolle.

Suchtprävention

Das Thema Kinder- und Jugendgesundheit steht nach wie vor im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Aktivitäten. Beispielsweise soll die Umsetzung der neuen Jugendstrategie in enger Kooperation mit der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie erfolgen. In der Suchtprävention, häufig ein Bestandteil gesundheitsfördernder Maßnahmen, wurden im Berichtszeitraum in erster Linie bestehende Maßnahmen/Programme/Projekte weiterentwickelt, wobei zunehmend Medienpädagogik eingesetzt wird. Ein Fokus liegt auf selektiver Suchtprävention, hier sind v. a. Kinder aus suchtbelasteten Familien sowie Jugendliche in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen oder Maßnahmen Zielgruppen neuer Projekte. Der Bereich der indizierten Suchtprävention wird langsam ausgebaut, der Schwerpunkt liegt weiterhin auf Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und auf Jugendlichen mit einer Alkoholintoxikation.

Problematischer Drogenkonsum

Opioidkonsum – meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des problematischen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 90 Prozent aller Personen in drogenspezifischer Betreuung haben die Leitdroge Opiode. Aktuell gibt es zwischen 30.000 und 34.000 Personen mit problematischem Drogenkonsum unter Beteiligung von Opioiden. Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich, und etwa ein Fünftel ist unter 25 Jahre alt. Aufgrund der verbesserten Datenlage mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* konnte eine Re-Analyse der Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums (Opiode) durchgeführt werden. Zwischen Beginn der 2000er Jahre und 2004/2005 gab es eine steigende Prävalenz des problematischen Drogenkonsums aufgrund einer erhöhten Anzahl an Jugendlichen und jungen Erwachsenen, die mit einem problematischen Drogenkonsum begonnen haben. Mittlerweile ist die Anzahl junger Personen mit problematischem Drogenkonsum aber wieder rückläufig. Während in Wien die Prävalenzzahlen in den letzten Jahren stagnieren, steigen die Zahlen in den anderen Bundesländern (kontinuierliche Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien). Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine große Rolle. 15.000 bis 17.000 Personen konsumieren vorwiegend injizierend.

Drogenbezogene Behandlungen

Im Berichtszeitraum wurde hinsichtlich der Begutachtung und Hinwirkung auf gesundheitsbezogene Maßnahmen nach § 12 SMG nach wie vor sehr unterschiedlich vorgegangen. Das Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG zur Vereinheitlichung der Vollzugspraxis bei der Diagnostik wurde im Berichtszeitraum fertiggestellt und vom BMG an die Landessanitätsbehörden geschickt. Hinsichtlich der Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger sind keine wesentlichen Änderungen zu berichten, die Anzahl der insgesamt als für die Substitutionsbehandlung qualifiziert gemeldeten Ärztinnen und Ärzte ist annähernd gleich geblieben, die Betreuungszahlen pro Ordination streuen sehr stark. Verschiedene Publikationen zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen beschäftigten sich mit den auch in der aktuellen

Diskussion immer wieder genannten Argumenten, vor allem hinsichtlich des Einsatzes von Morphin in Retardform. Die Akzeptanz der Substitutionsbehandlung hat dazu geführt, dass die Anzahl der Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung (2002: 4.883 Personen; 2012: 16.892 Personen) und damit die In-Treatment-Rate im Laufe der Zeit stark gestiegen ist. Damit befinden sich derzeit mehr als die Hälfte der Personen mit problematischem Opioidkonsum in Substitutionsbehandlung. Aktuelle Studien legen nahe, dass es eine Gruppe von schwer Opioidabhängigen gibt, die sich zwar in eine Substitutionsbehandlung begibt, aber dennoch den intravenösen Drogenkonsum nicht (ganz) aufgeben kann. In diesem Zusammenhang wäre eine Substitutionsbehandlung mit intravenöser Applikation (z. B. Heroinprogramm) zu diskutieren. Andererseits impliziert die Tatsache, dass ein intravenöser Konsum von Substitutionsmitteln nicht ganz vermieden werden kann, die Notwendigkeit darauf zu achten, dass eine Applikation von Substitutionsmitteln i. v. ohne vermeidbare Gesundheitsschäden (z. B. durch Beimengung von Talkum) möglich sein sollte.

Die aktuellsten Daten aus dem Behandlungsbereich bestätigen, dass Opiate nach wie vor als Leitdroge dominieren und Kokain hier eine untergeordnete Rolle spielt. Cannabis ist nach Opiaten weiterhin die zweithäufigste Leitdroge. *Neue psychoaktive Substanzen* spielen kaum eine Rolle.

Gesundheitliche Zusammenhänge und Maßnahmen

Ein Teil der derzeit verfügbaren Datenquellen zur Prävalenz von Hepatitis C bei Personen mit i. v. Drogenkonsum zeigt nach wie vor sehr hohe Werte (etwa 70 %). Hepatitis C bei i. v. Konsumierenden stellt demnach ein gravierendes Problem dar. Dies bestätigen auch die hohen Hepatitis-C-Koinfektionsraten von HIV-Positiven, die ihre HIV-Infektion über i. v. Drogenkonsum erworben haben. Die Zahlen zu HIV bewegen sich weiterhin auf niedrigem Niveau. Insgesamt wurden für das Jahr 2012 auf Basis von Obduktionsbefunden 139 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 22, allerdings nicht obduzierte, Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2012 von 161 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2011: 201 Fälle). Einen hohen Stellenwert hat neben der Behandlung der Suchterkrankung (siehe oben) der Spritzentausch und -verkauf, um Infektionen mit über vier Millionen in drogenspezifischen, meist niederschweligen Einrichtungen verkauften/getauschten Spritzen zu verhindern. Auch in der „Delphi-Studie“ wurde die Relevanz von Überlebenshilfe und Schadensminimierung betont und damit einhergehend die Notwendigkeit von kostenlosen niederschweligen Angeboten, aufsuchender sozialer Arbeit und flächendeckender Spritzenabgabe und Spritzentausch.

Soziale Zusammenhänge und Reintegration

Drogenabhängige bleiben unverändert von sozialen Problemen wie Obdach- und Arbeitslosigkeit, aber auch Verschuldung betroffen. So ist z. B. beim DOKLI-Klientinnen- und Klientenjahrgang 2012 festzustellen, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich lediglich sechs Prozent beträgt und damit im Vergleich zu anderen Gruppen von Klientinnen/Klienten

weiterhin am niedrigsten ist. Zusätzlich gab nur die Hälfte der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Gezielte Maßnahmen versuchen, diese Probleme zu reduzieren, wobei der Schwerpunkt weiterhin auf Verbesserungen bei der Vermittlung von geeigneten Arbeitsangeboten und von Angeboten zur Erarbeitung von Zukunftsperspektiven liegt. Daneben werden Aktivitäten zur Freizeitgestaltung angeboten. Bestehende Wohnangebote werden fortgeführt.

Straftaten wegen Drogendelikten

Die Anzahl der suchtgiftbezogenen Anzeigen ist 2012 sowohl insgesamt als auch bei den Vergehens- und bei den Verbrechenstatbeständen gesunken. Die Anzeigen sind im Zusammenhang mit allen Substanzen bis auf jene bei Drogenergangsstoffen zurückgegangen. Auch 2012 sank die Zahl der gemeldeten vorläufigen Anzeigenzurücklegungen, außer im Zusammenhang mit Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen sowie psychotropen Stoffen, wo es zu einer Erhöhung kam. Die Anzahl der Verurteilungen kann mit den Vorjahreswerten nur eingeschränkt verglichen werden, da es 2012 aufgrund einer geänderten Datenerfassung zu einem Zeitreihenbruch gekommen ist. Im selben Zeitraum zeigten die Daten für die Anwendung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ einen leichten Rückgang. Als problematisch wird von Expertinnen und Experten weiterhin gesehen, dass die Kostentragung durch die Justiz für stationäre Therapie auf sechs Monate beschränkt wurde und dass Folgekosten von den Ländern zu tragen sind.

Drogenmärkte

Bei den Beschlagnahmungen dominiert Cannabis nach wie vor, während bei Heroin, Kokain, Mephedron, suchtgifthaltigen Medikamenten und bei Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, Rückgänge zu verzeichnen sind. Zumindest im Bereich der Party- bzw. Clubszene spielen die *neuen psychoaktiven Substanzen* eine geringere Rolle als in den vergangenen Jahren, auch sind sie seltener als unerwartete Beimengungen in „herkömmlichen“ Substanzen wie Ecstasy, Speed oder Kokain zu finden. Auffällig ist das Auftreten von hochdosierten Ecstasy-Tabletten, der durchschnittliche MDMA-Gehalt ist mehr als doppelt so hoch als noch vor einigen Jahren. Von *checkit!* mussten bei den Substanzenanalysen in der Partyszene bei mehr als einem Viertel der Proben Warnungen wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe ausgesprochen werden, u. a. wegen der Beimengung von PMA/PMMA in Ecstasy, von Levamisol in Kokain und von 4-MA in Speed.

Inhalt

Kurzfassung	III
Einleitung	1
1 Politischer und organisatorischer Rahmen	3
1.1 Einleitung	3
1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen	3
1.3 Politische und administrative Rahmenbedingungen	4
1.4 Budgets und Finanzierungsregelungen	9
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung	11
2.1 Einleitung	11
2.2 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	11
2.3 Drogenkonsum bei Jugendlichen	13
2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen	14
3 Suchtprävention	17
3.1 Einleitung	17
3.2 Strukturelle Prävention	18
3.3 Universelle Suchtprävention	20
3.4 Selektive Suchtprävention	23
3.5 Indizierte Suchtprävention	26
3.6 Nationale und lokale Medienkampagnen	27
4 Problematischer Drogenkonsum	28
4.1 Einleitung	28
4.2 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen	29
4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs	31
4.4 Intensive, regelmäßige, langdauernde und andere problematische Formen des Drogengebrauchs	33
5 Drogenbezogene Behandlungen	34
5.1 Einleitung	34
5.2 Beschreibung, Verfügbarkeit und Qualitätssicherung	35
5.2.1 Strategie/Politik	35
5.2.2 Behandlungssysteme	42
5.3 Zugang zum Behandlungssystem	53
5.3.1 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen	53
5.3.2 Trends und Anzahl der betreuten Personen	58
6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	62
6.1 Einleitung	62
6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten	63
6.3 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	67
6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	68

7	Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	73
7.1	Einleitung	73
7.2	Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen.....	73
7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektions- krankheiten	74
7.4	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammen- hänge und Folgen	78
8	Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration.....	80
8.1	Einleitung	80
8.2	Soziale Problemlagen und Drogengebrauch.....	80
8.3	Soziale (Re-)Integration	82
9	Prävention von Drogendelikten, Straftaten und Haft	88
9.1	Einleitung	88
9.2	Straftaten wegen Drogendelikten.....	89
9.3	Prävention von Straftaten wegen Drogendelikten	93
9.4	Interventionen im System der Strafjustiz	95
9.5	(Problematischer) Drogenkonsum in Haft	100
9.6	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft.....	100
9.7	Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft	101
10	Drogenmärkte	102
10.1	Einleitung	102
10.2	Verfügbarkeit und Angebot von Drogen	102
10.3	Sicherstellungen.....	102
10.4	Reinheit und Preis	104
	Quellenverzeichnis	107
	Bibliographie	109
	Zitierte Bundesgesetze	120
	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	121
	Datenbanken	122
	Websites.....	134
	Anhang A: Tabellen, Karte	143
	Anhang B: Abkürzungsverzeichnis.....	173
	Anhang C: Standard Tables & Structed Questionnaires	179

Tabellen, Abbildungen und Karten

Tabellen:

Tabelle 5.1:	Begutachtungen, begutachtete Personen und gesundheitsbezogene Maßnahmen in Österreich, 2012.....	36
Tabelle 6.1:	Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei i. v. Drogenkonsumenten in Österreich, 2012	66
Tabelle 9.1:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte unter Berücksichtigung der Häufigkeit, mit der wegen eines SMG–Delikts verurteilt wurde, nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2012*	92
Tabelle 9.2:	Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ 2003 bis 2012	97
Tabelle 10.1:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2012	106
Tabelle A1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2013	145
Tabelle A2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2011	146
Tabelle A3:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2003–2012.....	148
Tabelle A4:	Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2003–2012.....	148
Tabelle A5:	Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2003–2012.....	149
Tabelle A6:	Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2012.....	150
Tabelle A7:	Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2012	151
Tabelle A8:	Entwicklung der Aids–Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2003–2012	151

Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2003–2012	152
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2003–2012	152
Tabelle A11:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2003–2012	153
Tabelle A12:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2012	153
Tabelle A13:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2003–2012.....	154
Tabelle A14:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2012*.....	155
Tabelle A15:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2012*	155
Tabelle A16:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2003–2012	156
Tabelle A17:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2003–2012	156
Tabelle A18:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2003–2012.....	157
Tabelle A19:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2003–2012	158
Tabelle A20:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2012.....	159
Tabelle A21:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2003–2012	160
Tabelle A22:	Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2012	160
Tabelle A23:	Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent	161
Tabelle A24:	Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in Prozent	162

Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent	163
Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent	164
Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	165
Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent	166
Tabelle A29: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2012	166
Tabelle A30: Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO) in Prozent, 2004-2011	167
Tabelle A31: Programm „Eigenständig werden“, Schuljahr 2012/2013	168
Tabelle A32: Programm „plus“, Schuljahr 2012/2013	169
Tabelle A33: Seminare „movin‘“, 2012.....	170
Tabelle A34: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2011 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen sowie nach der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen und nach Geschlecht	171

Abbildungen:

Abbildung 1.1: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich	6
Abbildung 2.1: Lebenszeiterfahrung der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen 2003 bis 2013 in Prozent.....	12
Abbildung 2.2: Lebenszeiterfahrung und Konsumprävalenz in den letzten drei Jahren bzw. in den letzten 30 Tagen der Wiener Bevölkerung in Prozent, 2013.....	13
Abbildung 2.3: Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen bei Studierenden in Österreich	14
Abbildung 2.4: checkit!: Thematisierte Substanzen bei den Gesprächen je Setting 2012	15
Abbildung 4.1: Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf	29

Abbildung 4.2:	Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	30
Abbildung 4.3:	Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition von nach § 12 SMG begutachteten Personen, nach Bundesland, 2012.....	32
Abbildung 5.1:	Anzahl der gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach § 12 SMG, auf deren Bedarf bei Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opiaten hingewirkt wurde, in Prozent, 2012.....	36
Abbildung 5.2:	Entwicklung der beim BMG als substitutionsberechtigt gemeldeten Ärztinnen und Ärzte pro Bundesland, 2011–2013.....	38
Abbildung 5.3:	Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt im Jahr 2012	39
Abbildung 5.4:	Anzahl der Personen, die 2012 in Österreich eine drogen-spezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	54
Abbildung 5.5:	Leitdroge(n) der Personen, die 2012 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, in Prozent, nach Art der Betreuung	55
Abbildung 5.6:	Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2012.....	56
Abbildung 5.7:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2012 in Österreich eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht	57
Abbildung 5.8:	Altersstruktur 2012 der in Österreich in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland.....	57
Abbildung 5.9:	Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2003–2012	59
Abbildung 5.10:	Entwicklung der Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl von Personen mit problematischem Drogenkonsum (Index – 1999 = 100 %)... ..	59
Abbildung 5.11:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2012.....	60
Abbildung 5.12:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter	61
Abbildung 6.1:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die angeben, sich über i. v. Drogenkonsum mit HIV infiziert zu haben, nach Alter und Jahr.....	64

Abbildung 6.2:	HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und Ambulatorium Suchthilfe Wien (vormals Daten ganslwirt), 2006-2012.....	65
Abbildung 6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich: mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2001-2012	69
Abbildung 6.4:	Prozentanteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2003-2012	71
Abbildung 6.5:	Altersverteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich, in Prozent, 2003-2012.....	72
Abbildung 7.1:	Abgabe von Spritzen und Paraphernalia in Graz, 2010-2012	77
Abbildung 9.1:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Sucht- mittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2003-2012	89
Abbildung 9.2:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Sucht- mittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2003-2012	90
Abbildung 9.3:	Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in Österreich, 2003-2012*.....	91
Abbildung 9.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2003-2012.....	97
Abbildung 9.5:	Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittel- bezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2003-2012*.....	99
Abbildung 10.1:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften und psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2003-2012.....	103
 Karten:		
Karte 5.1:	Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juni 2013	45
Karte 5.2:	Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungs- wirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juni 2012	46
Karte 5.3:	Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2013.....	47
Karte 5.4:	Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogen- abhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2013.....	48

Karte 7.1:	Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadens- minimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2013.....	75
Karte 8.1:	Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogen- hilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2013.....	83
Karte A1:	Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken	172

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 18. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für Gesundheit zuständigen Ministeriums verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- wie auf Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Bereich der **illegalen Drogen** und dient sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als nationaler Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-Mitgliedstaaten und -Beitrittskandidatenländern nach einer seitens der EBDD vorgegebenen Struktur verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Jahresbericht der EBDD zur Drogensituation in Europa dar (zuletzt: EBDD 2012). Der erste Teil des Berichts befasst sich mit den aktuellen Entwicklungen und Trends in Bezug auf die drogenpolitischen Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Nachfragereduktion. Er baut auf den vorhergehenden Berichten auf (zuletzt: GÖG/ÖBIG 2012) und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2012 bis Sommer 2013 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2012. Im Gegensatz zu den vorherigen Berichten sind dieses Jahr keine Schwerpunktkapitel enthalten. Dafür wurde dieses Jahr verstärkt nach aktuellen wissenschaftlichen Publikationen aus Österreich bzw. mit österreichischer Beteiligung gesucht. Diese finden sich gemeinsam mit den für die europäische EDDRA-Datenbank zur Verfügung gestellten österreichischen Projekten und relevanten österreichischen Websites im Anschluss an die Bibliographie. Ergänzend bietet der Anhang eine Reihe von Tabellen mit detaillierten Informationen und Daten. Seitens des REITOX Focal Point werden jährlich für die EBDD standardisierte Tabellen und Fragebögen erstellt. Die entsprechenden Daten und Informationen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen, auf sie wird im Text verwiesen. Ein Überblick über alle „Standard Tables“ (= ST) und „Structured Questionnaires“ (= SQ) findet sich im Anhang C.

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

1 Politischer und organisatorischer Rahmen

1.1 Einleitung

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112 v. 5. 9. 1997). Das SMG differenziert zwischen Suchtgiften und psychotropen Stoffen. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, bei deren Überschreitung strenge Strafen angedroht werden. Sonderbestimmungen bestehen zu Cannabis und halluzinogenen Pilzen. Im SMG ist ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung vorgesehen. Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die Bundesdrogenkoordination und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende Bundesdrogenforum (vgl. Abb. 1.1) sowie der Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung. Den Bundesländern kommt aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über eigene Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne sowie über Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren. Eine nationale Suchtstrategie des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wird vorbereitet. Eine Darstellung der politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen findet sich im SQ32.

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

1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Die als flankierende Regelungen im Zusammenhang mit der „Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden“ im Berichtszeitraum in Kraft getretenen Novellen zur Suchtgiftverordnung (BGBl II 2012/357 v. 30. 10. 2012), der Suchtgift-Grenzmengenverordnung (BGBl II 2012/361 v. 30. 10. 2012) und der Psychotropenverordnung (BGBl II 2012/358 v. 30. 10. 2012) setzen die im Vorjahr erwähnten Änderungen um:

1

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

- » Strengere Regeln sehen vor, dass Arzneimittel, die Flunitrazepam (ein Wirkstoff aus der Gruppe der Benzodiazepine) enthalten, nur mehr mittels Suchtgiftverschreibungen verordnet werden dürfen. Dadurch soll einerseits die Ärzteschaft für die Suchtproblematik sensibilisiert werden, andererseits die Nachvollziehbarkeit jedes verordneten Rezeptes sichergestellt werden.
- » Arzneimittel, die andere Wirkstoffe aus der Gruppe der Benzodiazepine enthalten, dürfen zwar weiterhin auf „normalem“ Rezept verordnet werden, deren wiederholte Abgabe (mehrmalige Abgabe über ein Rezept) wurde jedoch ausnahmslos abgeschafft. Dadurch soll das Anhäufen großer Arzneimittelmengen verhindert und gleichzeitig der medizinisch indizierte Einsatz der Arzneimittel nicht beeinträchtigt werden.
- » Neue Formvorschriften erleichtern die automationsunterstützte Ausstellung von Suchtgiftrezepten, während für handschriftlich ausgestellte Rezepte die Notwendigkeit doppelter oder wörtlicher Angaben bestehen bleibt. Dadurch soll die Handhabung automationsunterstützt erstellter Rezepte vereinfacht und der Fälschungs- und Missbrauchsschutz bei handschriftlich ausgestellten Rezepten weiterhin gewährleistet werden.
- » Mit Hilfe einer vom BMG über den Behördenportalverbund bereitgestellten Datenbank und einer optoelektronischen² Identifizierung von Suchtgiftvignetten in Apotheken sollen als gestohlen oder in Verstoß geraten gemeldete Suchtgiftvignetten bzw. -rezepte zukünftig rasch und leicht erkannt werden können. Damit soll das Missbrauchspotenzial reduziert werden.
- » Neu geregelt wurde das Mitführen ordnungsgemäß verschriebener suchtmittelhaltiger Arzneimittel in begrenzter, den Bedarf für 30 Tage nicht überschreitender Menge für international Reisende. In Anlehnung an internationale Guidelines des International Narcotic Control Board (INCB) wurden je nach Missbrauchspotenzial der Arzneimittel differenzierte Vorgangsweisen vorgesehen. Standardisierte, behördlich beglaubigte Bescheinigungen über die ordnungsgemäße Verschreibung nach dem Muster des Schengener Durchführungsübereinkommens sollen sowohl für Reisende nach als auch aus Österreich die Mitnahme der während der Reise benötigten Arzneimittel erleichtern.
- » Der im Rahmen der Schmerzbehandlung eingesetzte Wirkstoff Tapentadol wird analog zu vergleichbaren Substanzen als Suchtgift in den Anhang I der Suchtgiftverordnung aufgenommen.
- » Zugelassene Arzneispezialitäten, die aus natürlichem Cannabisextrakt erzeugte Wirkstoffe enthalten (z. B. für die symptomatische Therapie der Spastik bei multipler Sklerose), dürfen auf Suchtgiftrezept verschrieben werden; bisher galt das schon für das verschreibungsfähige und synthetisch erzeugte Delta-9-Tetrahydrocannabinol.

1.3 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten. Das **Bundesdrogenforum** (BDF; vgl. Abb. 1.1) trat im Berichtszeitraum

²

Optoelektronik: kombiniert elektronische Datenaufbereitung und -verarbeitung mit Übertragungseigenschaften des Lichts

zweimal regulär zusammen (Oktober 2012, April 2013). Auf der Tagesordnung standen unter anderem verschiedenste Probleme im Zusammenhang mit „Therapie statt Strafe“, die Finalisierung des Handbuches für die Vollziehung des § 12 SMG, die neue „Anti-Drogenstrategie“ des Innenministeriums und der Umgang von Schulen mit § 13 SMG.

Im Berichtszeitraum gab es keine weiteren **Adaptierungen der drogen- bzw. suchtpolitischen Grundlagen** auf Bundes- oder Landesebene. Im Berichtszeitraum wurde jedoch die vom Gesundheitsministerium beauftragte „Delphi-Studie zur Vorbereitung einer, nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“³ fertiggestellt und im Juli 2013 präsentiert. Mit der Delphi-Methode wurde ein Zugang gewählt, der es ermöglichte, einen weitgehenden fachlichen Konsens darüber zu entwickeln, wie der Suchtproblematik in Österreich umfassend begegnet werden soll (Uhl et al. 2013a)⁴. Dieser Expertenkonsens wurde als wesentlich erachtet, da aus den Ergebnissen eine österreichische Suchtpräventions- und Suchtstrategie abgeleitet werden soll.

Im Rahmen der „Delphi-Studie“ wurde zunächst das zugrunde liegende Verständnis von Sucht (Abhängigkeit) als einer schweren psychiatrischen und chronisch rezidivierenden Erkrankung geklärt. Als Basismodell für eine Suchtpräventions- und Suchtpolitik wurde der aus der Schweiz stammende „Suchtwürfel“⁵ erweitert, in dem substanzungebundenes Suchtverhalten, Unterstützungsprozesse wie z. B. Suchtforschung oder Aus- und Weiterbildung sowie die Rahmenbedingungen als zentrale Basis ergänzt wurden. Als zentrale Aufgabe der Suchtpolitik wurde definiert, dass mit ethisch vertretbaren und sachlich geeigneten Maßnahmen die Summe aller Probleme im Zusammenhang mit Substanzmissbrauch und Sucht minimiert werden soll. Ziele sollen dabei unter anderem sein:

- » Negative Auswirkungen durch Konsum psychoaktiver Substanzen oder Verhaltenssuchte sollen so gering wie möglich gehalten (vgl. auch Kap. 7.2) bzw. deren Entstehen verhindert werden.
- » Menschen mit Suchtproblematik sollen so unterstützt werden, dass sie möglichst gesund und integriert bleiben bzw. werden und ein möglichst selbstbestimmtes und sinnstiftendes Leben führen können. Sie sollen bedarfsorientiert in Gesundheits- und Sozialwesen integriert werden.
- » Ein sozial verträgliches Mit- und Nebeneinander aller Menschen soll erreicht werden.

3

Als Download verfügbar unter http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/9/7/1/CH1347/CMS1372766555263/delphistudie_20130628.pdf (4. 7. 2013)

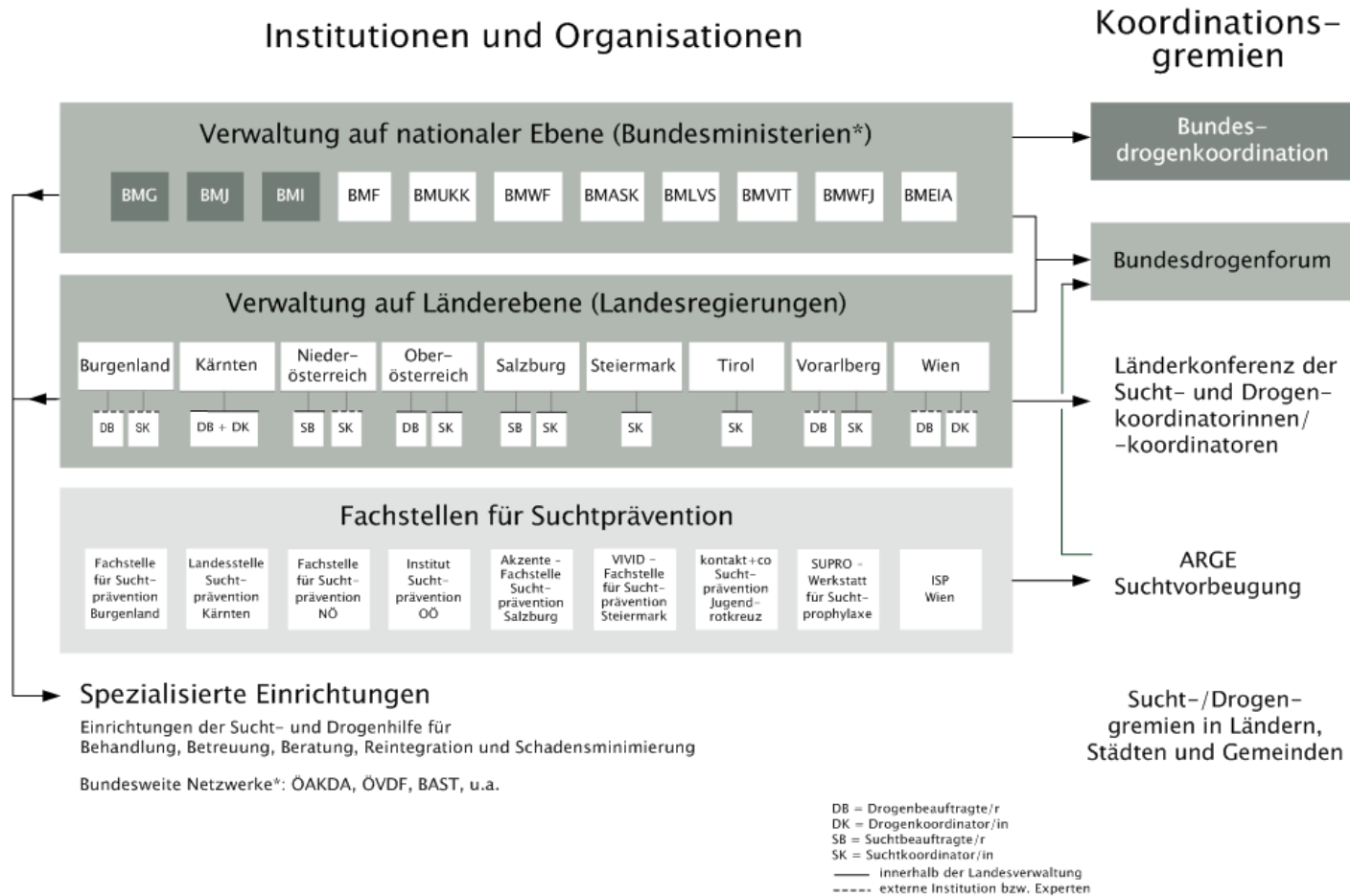
4

Als Teilnehmer /innen wurden 100 Personen aus Wissenschaft, Praxis und Verwaltung, die die Bereiche Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit abdecken, ausgewählt, ergänzt durch einige Vertreter /innen aus Wirtschaft und Gewerbe. Die im Laufe des zweijährigen Konsensfindungsprozesses wurde zu den meisten Punkten eine überwiegende Übereinstimmung bzw. mehr als 2/3 Zustimmung erreicht, bei einigen wenigen Themen gab es nur knappe Mehrheiten.

5

Zu finden unter <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/> (30. 7. 2013)

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



* siehe Abkürzungsverzeichnis

Die Finanzierung von Suchthilfe und Suchtprävention durch Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung soll klar geregelt werden und einen gleichen und einheitlichen Zugang für alle Leistungen (eines umfassenden und diversifizierten Angebotes) gewährleisten. Eine knappe Mehrheit der Involvierten hat sich für die Einführung einer zweckgewidmeten Steuer auf den Verkauf von Substanzen oder Aktivitäten mit hohem Missbrauchs- bzw. Suchtpotenzial ausgesprochen, mit der Prävention und Therapie finanziert werden sollen. Der substanz- und suchtübergreifende Ansatz, der in den letzten Jahren zunehmend verfolgt wurde, wird befürwortet, wobei auch beim Konsum illegaler Substanzen die gesundheitsbezogenen Aspekte noch stärker in den Vordergrund rücken sollen. In der Suchtprävention sollen systematische, wissenschaftlich begründete und mit allen Beteiligten koordinierte Vorgangsweisen bevorzugt angewendet werden. In der Suchthilfe wird Konsumreduktion und kontrolliertem Konsum eine größere Bedeutung zugemessen. Suchtforschung, Evaluation und Dokumentation werden als wichtige Säulen definiert, um möglichst konkrete Vorstellungen über Ursachen und Konsequenzen als Basis für zielgerichtete Entscheidungen im Umgang mit dem Phänomen Sucht zu gewinnen. Als nächsten Schritt zur Entwicklung einer nationalen Sucht- und Suchtpräventionsstrategie aus der „Delphi-Studie“ wird vom BMG eine Arbeitsgruppe eingerichtet (Schopper, p. M.).

Ungeachtet dieser Entwicklungen wurde vom Innenministerium (BMI) im November 2012 unter Hinweis auf eine steigende Drogenkriminalität eine „Anti-Drogenstrategie“ veröffentlicht, die folgende fünf Punkte umfasst:

- » Zur Förderung der Präventionsaktivitäten in Schulen sollen mit Anfang 2013 die bestehenden 255 Präventionsbeamtinnen und -beamten um 44 weitere verstärkt werden.
- » Eine Änderung des § 14 Abs 2 SMG soll dazu führen, dass die Polizei beschleunigt die Gesundheitsbehörden informiert, damit insbesondere bei „Erstkonsumenten“ die medizinische Beurteilung zeitnah zur Beanstandung erfolgt.
- » Es wird Verbesserungsbedarf bei der Qualität der Begutachtungspraxis der Gesundheitsbehörden gesehen, diesbezüglich sollen zum längerfristigen Nachweis von Drogenkonsum Haar- anstelle von Harnanalysen eingesetzt werden (vgl. auch Kap. 9.3).
- » Die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen wird hinsichtlich eines Ausstiegs aus dem Drogenkonsum als nicht effektiv angesehen. Das BMI schlägt daher vor, stattdessen andere therapeutische Maßnahmen anzuwenden.
- » Die Aktivitäten zur Bekämpfung des Drogenhandels sollen verstärkt werden, einerseits durch Schwerpunktaktionen auf den Straßen und andererseits durch grenzübergreifende Kooperationen mit Balkanländern.

Die Veröffentlichung dieser Strategie ist auf massive Kritik von Seiten der Fachleute aus dem Suchtpräventions- und Suchthilfebereich gestoßen. Diese Diskussion wurde auch von den Medien aufgegriffen. Kritisiert wurde unter anderem, dass die meisten Punkte der „Anti-Drogenstrategie“ nicht im Kompetenzbereich des BMI liegen, sondern den Gesundheitsbereich betreffen, und dass der wissenschaftlich nachgewiesene Erfolg der Substitutionsbehandlung (v. a. hinsichtlich einer Stabilisierung und Überlebessicherung von opioidabhängigen Personen)

negiert wird. In der Beantwortung einer parlamentarischen Anfrage an die Bundesministerin für Inneres⁶ wird der Vorstoß mit dem Fehlen einer inhaltlichen Diskussion auf politischer Ebene begründet (BMI 2013b). In weiterer Folge wurde die arzneimittelgestützte Langzeitbehandlung außer Streit gestellt. Auf die im Zuge der medialen Auseinandersetzung rund um das Thema Substitutionsbehandlung genannten Argumente wird in Kapitel 5 näher eingegangen. Grundsätzlich wurde jedoch einmal mehr deutlich, dass vor allem hinsichtlich der Substitutionsmittel, aber auch bezüglich der Umsetzung dieser Behandlungsform verschiedene Interessen und Ideologien existieren und die Diskussion prägen.

Um Klarheit über die tatsächliche Aussagekraft von Haaranalysen (vgl. auch Kap. 9.3) zu schaffen, wurde von der Sucht- und Drogenkoordination Wien im Februar 2013 ein Expertengespräch organisiert. Dabei wurde erörtert, dass verschiedene Substanzen in unterschiedlichem Ausmaß in die Haarmatrix eingelagert und wieder abgebaut werden. Ein positiver Nachweis lässt keine Aussage über Menge und Dauer eines vorangegangenen Konsums sowie über eine aktuelle Beeinträchtigung zu. Daher sollten solche Tests weder als Ersatz für präventive oder andere drogenbezogene Maßnahmen noch als Routine-Screening für die Allgemeinbevölkerung verwendet werden (Schmid 2013).

Veranstaltungen, die sich aktuellen drogenpolitischen Entwicklungen widmeten, waren z. B. die von der GÖG im Dezember 2012 organisierte REITOX Academy, bei der unter anderem auf Veränderungen in Portugal, Dänemark und den Niederlanden näher eingegangen wurde. Die vom Land Tirol (Ressorts Gesundheit und Soziales) organisierte Tiroler Suchttagung⁷ im Juni 2013 beschäftigte sich mit neuen oder in Frage gestellten Positionen der Suchtarbeit rund um Abstinenz, moderaten Konsum, Akzeptanz und Lebensqualität, wobei auch die aktuellen Debatten rund um die Substitutionsbehandlung eingeflossen sind.

Die im Vorjahr angekündigte (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) Ausweitung der Aufgaben und Funktion der Salzburger Drogenkoordination zu einer Suchtkoordination wurde inzwischen umgesetzt (Suchtkoordination des Landes Salzburg 2013). Um einen umfassenderen Suchthilfe-Rahmenplan erstellen zu können, soll nun die Evaluation der Drogenhilfe durch eine Evaluierung der Angebote zur Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit sowie zur Glücksspielsucht ergänzt werden. Für den Bereich der Suchtprävention wurden settingspezifische Steuergruppen gebildet, die zur Fokussierung auf sekundärpräventive und zielgruppenspezifische Maßnahmen in den Bereichen Familie (inklusive außerfamiliäre Kinderbetreuung), Schule und Jugend in Beruf in Freizeit beitragen sollen.

Auch die inhaltliche Ausweitung der steirischen Suchtpolitik auf psychoaktive Medikamente und substanzungebundenen Suchtverhalten wird zurzeit umgesetzt, ein Maßnahmenkatalog wird erstellt (Ederer, p. M.). Des Weiteren wird an Produkten zur Optimierung der Leistungsbereit-

6

Vgl. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/I/I_14611/index.shtml (27. 6. 2013)

7

Mehr unter <http://www.kontaktco.at/suchttagung/>

schaft und Leistungsfähigkeit, einer Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für Suchtkranke und einer Basisdokumentation als Steuerungsgrundlage für die Suchtpolitik gearbeitet.

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien setzt sich seit 2012 mit einer Weiterentwicklung des Wiener Drogenkonzeptes auseinander. Das Konzept von 1999 wird um neue wichtige Aspekte und Themen – wie z. B. der Umgang mit Süchten im Bereich der legalen psychoaktiven Substanzen – ergänzt und der Suchtbegriff erweitert (SDW 2013).

1.4 Budgets und Finanzierungsregelungen

Für den Berichtszeitraum sind keine Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich zu verzeichnen. Zu den öffentlichen Budgets können keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden, da sie großteils nicht drogenspezifisch gegliedert sind. Es wird jedoch berichtet, dass aufgrund schwieriger finanzieller Situation in manchen Bundesländern die Umsetzung von bereits geplanten Maßnahmen aufgeschoben werden muss oder unklar ist (z. B. in Kärnten und Salzburg; vgl. Kap. 7.3). Dort, wo die Förderungen gleich bleiben, ist aufgrund von steigenden Fixkosten u. U. ein Rückgang der betreuten Personen die Konsequenz (z. B. Steiermark; vgl. Kap. 5.3). In anderen Bundesländern ist es hingegen gelungen, die für Suchtbehandlung und -betreuung zur Verfügung stehenden Ressourcen zu erhöhen (z. B. Tirol; vgl. Kap. 5.3).

Die Problematik, die sich hinsichtlich der Finanzierung von Suchtprävention und Suchthilfe (insbesondere „Therapie statt Strafe“) aus der komplexen Rechtslage und den sich überlagernden Zuständigkeiten von Bund, Ländern, Gemeinden und Sozialversicherung ergeben, ist immer wieder Thema im Bundesdrogenforum und wird auch in der „Delphi-Studie“ behandelt (vgl. Kap. 1.3). Eine Lösung zeichnet sich derzeit allerdings nicht ab.

Eine aktuelle Studie zum Thema „Therapie statt Strafe“ hat sich u. a. mit den Kosten für Therapie und Strafverfolgung beschäftigt. Unter anderem wurde festgestellt, dass eine „valide Annäherung an die gesamtgesellschaftlichen Kosten auf Grundlage der vorhandenen Daten kaum möglich erscheint“ (Schumann und Soyer 2012b)⁸. Um dennoch einen Eindruck zu gewinnen, wurden in Teilstudien verschiedene Daten ermittelt bzw. Kosten geschätzt. Dazu wurden von Metz et al. (2012) Daten zu den Kosten von medizinischen Behandlungen zusammengetragen, die vor allem eine große Spannweite aufzeigen für stationäre Behandlung je nach Krankenhaus bzw. Bundesland und notwendiger Betreuungsform (z. B. werden für eine Intensivüberwachung zwischen 309 und 444 Euro pro Person und Tag angegeben), aber auch für die ambulante Opioid-Erhaltungstherapie je nach verwendetem Substitutionsmittel (die Preise für die Sozialversicherung lagen demnach 2011 zwischen 114,75 und 271,10 Euro pro Person und Monat). Von

8

Die Ergebnisse beruhen auf zwei Forschungsprojekten, die vom Jubiläumsfonds der Österreichischen Nationalbank bzw. der Mundipharma GmbH gefördert wurden und auf Literaturrecherchen sowie Auswertungen verfügbarer Daten basieren.

Schumann und Soyer (2012a) wurden die Kosten für die Strafverfolgung geschätzt. Die Kosten der Verfahrenshilfeverteidigung, die in jenen Fällen notwendig ist, in denen sich die bzw. der Beschuldigte in Untersuchungshaft befindet und nicht durch einen Wahlverteidiger vertreten wird, werden mit durchschnittlich 1.500 Euro pro Fall beziffert. Mit Stichtag 1. 4. 2011 befanden sich 2.044 Personen wegen eines Verstoßes gegen das SMG in Haft, was bei Kosten von ca. 100 Euro pro Tag zu insgesamt ca. 74 Mio. Euro Haftkosten pro Jahr hochgerechnet wurde. Zusätzlich fallen durchschnittliche Kosten von 1.201 Euro pro Person und Jahr für die im Rahmen der Substitutionsbehandlung in Haft abgegebenen Medikamente an. Zum Vergleich der Kosteneffizienz werden die Kosten für gesundheitsbezogene Maßnahmen auf Basis der Annahme einer kurzfristigen stationären Therapie von 20,2 Tagen mit einer daran anschließenden langfristigen Opioid-Erhaltungstherapie hochgerechnet Schumann und Soyer (2012b). Aufgrund von internationalen Analysen und Anpassungen für Österreich werden diese mit ca. 4.800 Euro pro Patient/in und Jahr beziffert, wobei darauf hingewiesen wird, dass eine frühzeitige Behandlung die Folgekosten reduziert. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die Behandlungskosten (etwa 4.800 Euro pro Person und Jahr) deutlich unter den durchschnittlichen Jahreshaftkosten von 36.500 Euro für eine Person liegen.

Weitere Informationen zur Kostentragung des BMJ (gemäß § 41 SMG für gesundheitsbezogene Maßnahmen) finden sich in Kap. 9.4.

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

2.1 Einleitung

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

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

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

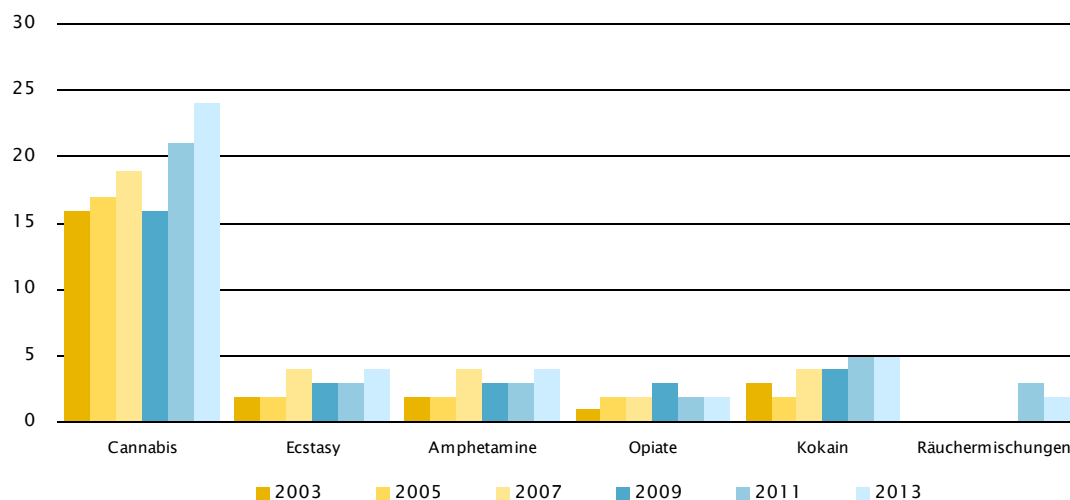
2.2 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung wurde im Berichtszeitraum das auf Wien bezogene Suchtmittel-Monitoring 2013⁹ (IFES 2013) veröffentlicht.

9

Das Wiener Suchtmittel-Monitoring 2013 wurde von März bis April 2013 bei einer repräsentativen Stichprobe von

Abbildung 2.1:
Lebenszeiterfahrung der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen 2003 bis 2013
in Prozent



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

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

Quelle: IFES 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Trendaussagen sind lediglich für Cannabis auf valider Basis zu treffen. Hier zeigt sich ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz über die Jahre. Auch bei Kokain lässt sich – jedoch auf wesentlich niedrigerem Niveau – über die Jahre ein Anstieg der Lebenszeitprävalenz beobachten (vgl. Abb. 2.1). Die Konsumerfahrungen mit *neuen psychoaktiven Substanzen* sind durchwegs als niedrig zu beurteilen (Räuchermischungen, z. B. Spice, Lava Red: 2 %, Mephedron¹⁰: 1 %).

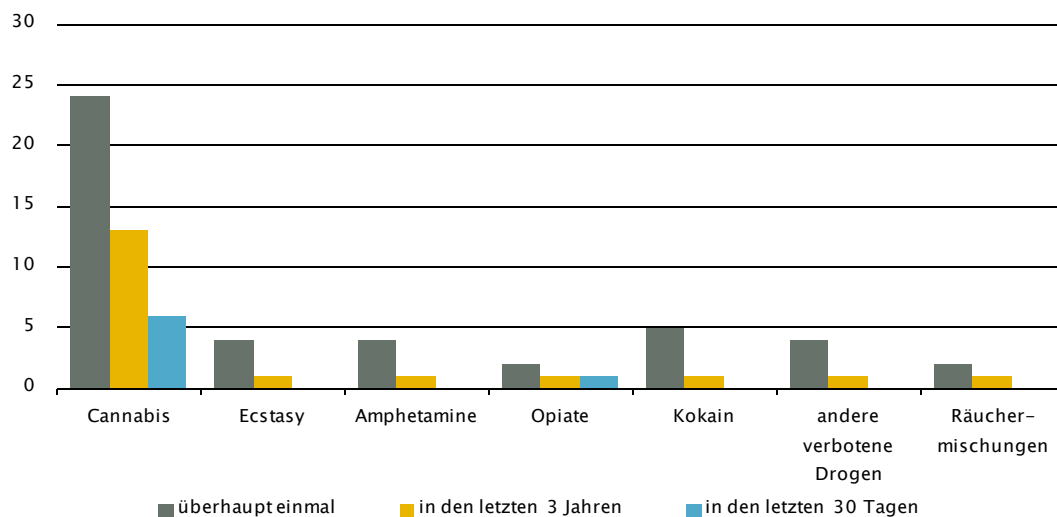
Abbildung 2.2 veranschaulicht, dass der Konsum illegaler Drogen (im Gegensatz zu Alkohol und Nikotin) in der Regel auf eine kurze Lebensphase beschränkt bleibt.

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

10

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

Abbildung 2.2:
Lebenszeiterfahrung und Konsumprävalenz in den letzten drei Jahren
bzw. in den letzten 30 Tagen der Wiener Bevölkerung in Prozent, 2013



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

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

Quelle: IFES 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bei der Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums liegen die unter 30-Jährigen mit 22 Prozent – wobei es keine Unterschiede zwischen Frauen und Männern gibt – leicht unter dem Gesamtschnitt von 24 Prozent. Bei den höheren Altersgruppen haben deutlich mehr Männer als Frauen schon einmal Cannabis zu sich genommen. Dies gilt sowohl für die 30- bis 50-Jährigen (Männer: 36 %; Frauen: 20 %) als auch für die über 50-Jährigen (Männer: 31 %; Frauen: 15 %). Erst bei Personen ab 60 Jahren sind Cannabis-Erfahrungen deutlich weniger verbreitet (12 %). Bei allen anderen Drogen ist die Konsumprävalenz so gering, dass Aussagen zu Alters- und Geschlechtsunterschieden mit einer großen Unsicherheit behaftet sind. Es zeigt sich, dass fast nur Männer angeben, bereits Ecstasy, Räuchermischungen oder Amphetamine konsumiert zu haben (IFES 2013).

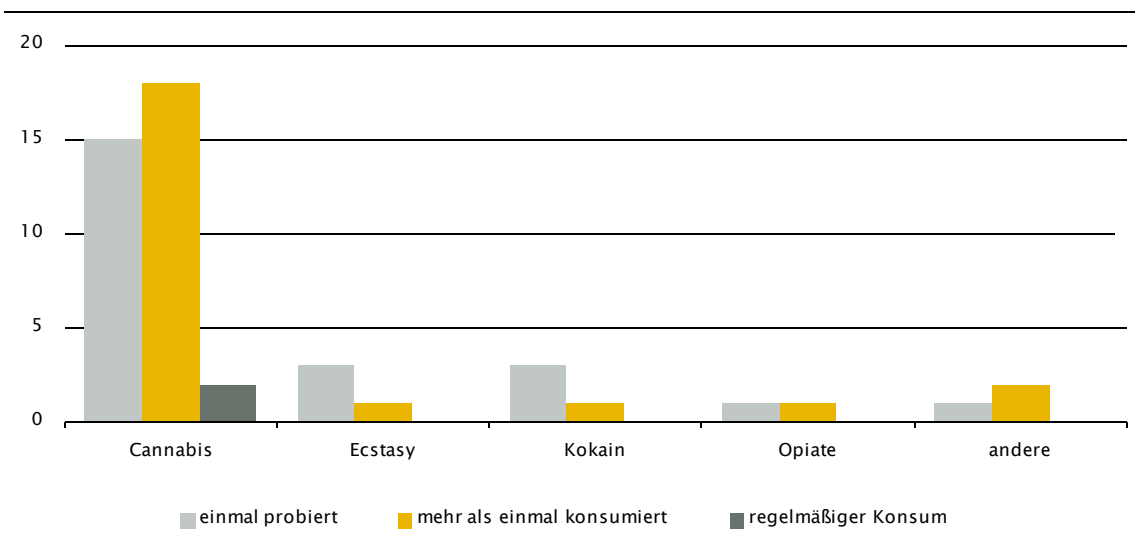
2.3 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen wurden im Berichtszeitraum keine Studien publiziert. Es liegen aber zwei Studien vor, in denen der Drogenkonsum von Studierenden erfasst wurde (siehe Kap. 2.4).

2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

In einer Studie zum Zusammenhang von Temperament und dem Konsum von psychoaktiven Substanzen bei Studierenden (Unsel et al. 2012)¹¹ ergab sich eine Lebenszeitprävalenz für den Cannabiskonsum von 35 Prozent. Bezüglich aller anderen illegalen Drogen war die Lebenszeitprävalenz wesentlich niedriger (vgl. Abb. 2.3). Regelmäßigen Konsum von Cannabis gaben lediglich 2 Prozent der Befragten an. Mittels des CAGE-Fragebogens¹² wurde hingegen bei 25 Prozent der Befragten ein Alkoholmissbrauch (CAGE = 1) und bei 22 Prozent eine Alkoholabhängigkeit (CAGE = 2–4) diagnostiziert. Obwohl eine Suchtdiagnose mittels Fragebogen nur sehr eingeschränkt möglich ist, kann daraus geschlossen werden, dass Alkoholmissbrauch bei Studierenden eine vielfach höhere Prävalenz aufweist als der Konsum illegaler Drogen.

Abbildung 2.3:
Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen bei Studierenden in Österreich



Quelle: Unsel et al. 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

¹¹ Insgesamt wurde allen 3.000 Bewohnerinnen und Bewohnern von 20 Studentenheimen des Österreichischen Jungarbeiterbundes ein Fragebogen zugeschickt (Fragen zum Temperament und zum Substanzkonsum). 1.380 Fragebögen wurden im Zeitraum Oktober bis November 2009 retourniert (in eine verschlossene Box im Studentenheim eingeworfen). 60 Prozent der Antwortenden waren weiblich und etwa drei Viertel im Alter zwischen 19 und 25 Jahren.

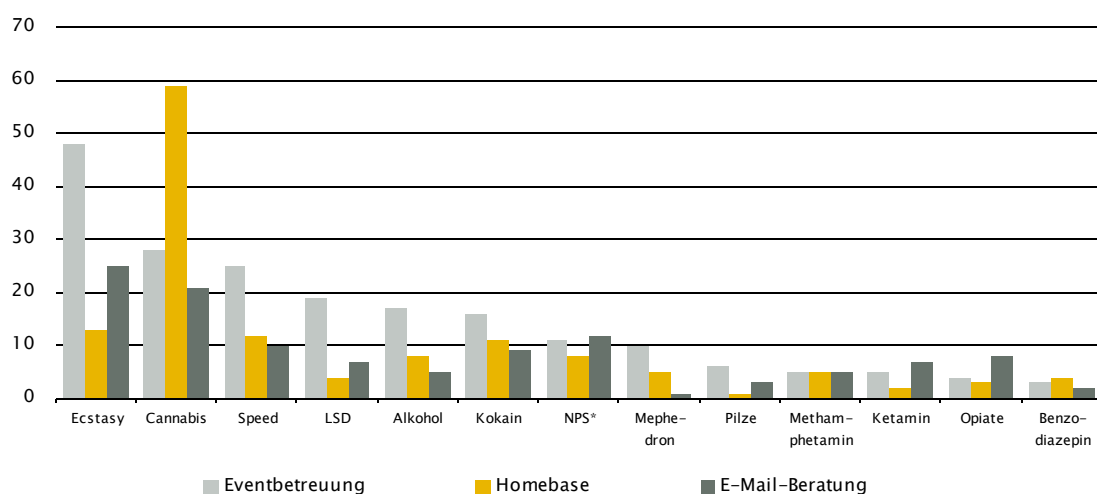
¹² Im CAGE-Fragebogen werden die Symptome „wahrgenommener übermäßiger Konsum“, „Kritik durch die soziale Umwelt“, „Schuldgefühle wegen des Trinkens“ und „morgendliches Trinken“ abgefragt. Je nach Vorhandensein der Symptome kann ein Score von 0 bis 4 erreicht werden.

Eine Diplomarbeit zum Vergleich des Substanzkonsums zwischen Studierenden in Wien und Innsbruck kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Matznetter 2012)¹³. 19 Prozent der Befragten geben an, in den letzten sechs Monaten Cannabis konsumiert zu haben, wobei nur 2 Prozent einen täglichen und 3 Prozent einen wöchentlichen Cannabiskonsum angeben. Für alle anderen illegalen Drogen liegt die Konsumprävalenz im letzten halben Jahr bei unter 2 Prozent. Die Konsumprävalenz von Cannabis ist in Wien mit 21 Prozent etwas höher als in Innsbruck (16 %). Zur Erfassung des Alkoholmissbrauchs wurde ebenfalls der CAGE-Fragebogen verwendet. 24 Prozent erreichten in dem Test einen Wert von 2 bis 3 (Verdacht auf Alkoholabhängigkeit) und 2 Prozent einen Wert von 4 (starker Verdacht auf Alkoholabhängigkeit).

Indirekte Informationen zu den konsumierten Substanzen im Partysetting lassen sich aus den bei den Beratungsgesprächen von *checkit!* (vgl. Kap. 7.2 und 10.4) thematisierten Substanzen ableiten. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten vorkommenden Substanzen (vgl. Abb. 2.4). *Neue psychoaktive Substanzen* werden bei der E-Mail-Beratung am dritthäufigsten (nach Cannabis und Ecstasy) thematisiert (SHW 2013d). Der Prozentsatz von E-Mail-Beratungen, bei denen *neue psychoaktive Substanzen* thematisiert wurden, ist im Vergleich zum Vorjahr um 16 Prozentpunkte zurückgegangen.

Abbildung 2.4:

checkit!: Thematisierte Substanzen bei den Gesprächen je Setting 2012



Anmerkung: * NPS = *neue psychoaktive Substanzen (Research Chemicals)*

Quelle: SHW 2013d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

13

Es wurden 1.036 Studierende aus Wien mittels Fragebögen, die in Lehrveranstaltungen ausgeteilt wurden, befragt. Die Daten aus Innsbruck (837 Befragte) wurden aus einer Vorgängerarbeit übernommen und stammen aus dem Jahr 2006. 36 Prozent der Befragten sind männlich, und das durchschnittliche Alter war 21,5 Jahre.

Auch bei den Beratungen von *MDA basecamp* (vgl. Kap. 7.2) stehen Cannabis und Ecstasy/Amphetamine sowohl bei den telefonischen und persönlichen Beratungen in der Zentrale als auch bei den Onlineberatungen im Vordergrund (*MDA basecamp* 2013). *Neue psychoaktive Substanzen* sind in erster Linie in der Partyarbeit ein wichtiges Thema, wobei aber auch hier der Prozentsatz der Anfragen von 41 Prozent im Jahr 2011 auf 32 Prozent im Jahr 2012 zurückgegangen ist. In der Onlineberatung sind die Anfragen zu *Research Chemicals* von 15 Prozent im Jahr 2011 auf 4 Prozent im Jahr 2012 und in der Zentrale von 14 Prozent auf 2 Prozent zurückgegangen (Franz, p. M.). Insgesamt könnten diese Daten als Indiz für einen Rückgang der Bedeutung von *neuen psychoaktiven Substanzen* im Partysetting interpretiert werden, der sich auch im Rückgang der *neuen psychoaktiven Substanzen* bei den Substanzenanalysen von *checkit!* widerspiegelt (vgl. Kap. 7.2).

3 Suchtprävention

3.1 Einleitung

Die Umsetzung von präventiven Maßnahmen erfolgt in Österreich im Einklang mit dem fachlichen Konsens zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Abb. 1.1) eine zentrale Rolle einnehmen. Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll. Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen hinsichtlich legaler Substanzen sowie substanzungebundenen Suchtverhaltens sind Bestandteil des angebotenen Maßnahmenspektrums. Der Fokus dieses Berichtes liegt jedoch auf unspezifischen Maßnahmen bzw. auf solchen, die speziell auf illegale Substanzen ausgerichtet sind. Der Großteil der Maßnahmen, die sich direkt an Kinder und Jugendliche richten, setzt auf die Förderung von Lebenskompetenzen, in Abhängigkeit vom Alter aber auch auf die Auseinandersetzung mit Risiko und Risikoverhalten.

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Eigenständig werden* und *plus*; vgl. Tab. A31 bis A33) gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt und weiterentwickelt werden. Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern von Fachstellen, der ARGE Suchtvorbeugung¹⁴, des Unterrichtsministeriums (BMUKK) und des Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im „Best practice portal“ der EBDD (siehe Quellenverzeichnis). Zusätzlich werden laufend neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und um auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen bzw. auf die unterschiedlichen Settings besser eingehen zu können. Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht jedoch nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

Wichtige Aufgaben der Fachstellen sind auch Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute. Im Herbst 2012 wurde von der ARGE Suchtvorbeugung die Fachtagung Brennpunkt zum Thema „Gender & Sucht: Geschlechtssensible Suchtprävention & Suchtarbeit“ veranstaltet. Fachtagungen und andere Veranstaltungen werden auch auf Ebene der Bundesländer regelmäßig organisiert, wobei die Themenschwerpunkte aus dem gesamten Spektrum der Suchtvorbeugung gewählt werden.

14

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

3.2 Strukturelle Prävention¹⁵

Das unmittelbare Umfeld Jugendlicher hat einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, psychoaktive Substanzen zu probieren und in der Folge häufiger zu konsumieren. Es wird daher versucht, mit vielfältigsten Maßnahmen dieses Umfeld so zu gestalten, dass dessen Einfluss einen schützenden Charakter hat und dazu beiträgt, die Wahrscheinlichkeit für den Konsum psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Aktivitäten werden auch als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen von Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Substanzen und speziellen Maßnahmen zum Jugendschutz über Gesundheitsförderung¹⁶ bis hin zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, die die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher und dadurch indirekt auch deren Gesundheit wesentlich beeinflussen. Eine detaillierte Erläuterung der Gesundheitsdeterminanten und der Zusammenhänge hinsichtlich der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen findet sich in Haas et al. (2012).

Das gesamte Spektrum an strukturellen Maßnahmen darzustellen würde den Rahmen dieses Berichtes sprengen. Es kann daher nur auf ausgewählte Bereiche näher eingegangen werden. Die in den Landesgesetzen vorgeschriebenen Altersgrenzen für den Erwerb und Konsum von Alkohol und Tabak sowie für den Aufenthalt an öffentlichen Orten wurden im letztjährigen Bericht (GÖG/ÖBIG 2012) dargestellt. Eine bundesweite Harmonisierung des Jugendschutzes konnte auch im Berichtszeitraum nicht erreicht werden. Zum Thema Alkohol sei schließlich auf das „Handbuch Alkohol“ (Uhl et al. 2009a) bzw. dessen Teilbände (Uhl et al. 2011 und 2013b) verwiesen.

Ausgehend von der „EU-Jugendstrategie 2010–2018“ und den darin genannten Handlungsfeldern wird seit Anfang 2012 in einem partizipativen Prozess an einer österreichischen Jugendstrategie gearbeitet¹⁷. In einer ersten Phase wurden sogenannte Visionen zu den acht Handlungsfeldern entwickelt (BMWfJ 2013). Für den vorliegenden Bericht am relevantesten ist das Handlungsfeld „Gesundheit und Wohlbefinden“. Die dazugehörige Vision beinhaltet eine koordinierte Umsetzung von Gesundheitsförderung, gesundheitlicher Vorsorge, Aufklärung und Prävention mit einem Fokus auf die jeweiligen Bedürfnissen sowie Entwicklung und Lebenssituation Jugendlicher und unter Berücksichtigung der Grundsätze des Empowerments. Gesundheit und Wohlbefinden – insbesondere von Kindern und Jugendlichen – sollen einen Vorrang vor anderen Interessen haben, und adäquate niederschwellige Maßnahmen der Gesundheitsförde-

15

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

16

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

17

Siehe <http://www.bmwfj.gv.at/Jugend/Jugendstrategie/Seiten/default.aspx> (22. 4. 2013)

rung sollen junge Menschen zur Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit befähigen. Unter den entsprechenden Maßnahmen findet sich auch das Thema „Psychische Gesundheit Jugendlicher“ mit einem Austausch zu aktuellen Forschungsergebnissen und dem Aufzeigen von Handlungsfeldern. Die Umsetzung des Handlungsfeldes „Gesundheit und Wohlbefinden“ soll in enger Kooperation mit der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) stattfinden.

Ebenfalls in engem Zusammenhang mit der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie stehen die Arbeiten zu *Frühen Hilfen*. Die Bestandsaufnahme (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) wurde Anfang 2013 in Kooperation mit regionalen Partnern fertiggestellt, nun liegt der Schwerpunkt der Aktivitäten auf der Entwicklung eines sogenannten Idealmodells (in Form einer Kombination aus universellem mit indiziertem Angebot), auf dem Wissenstransfer und der Unterstützung von Modellprojekten in den Bundesländern. In diesem Sinne wurden und werden 2013 sowohl eine bundesweite als auch neun bundeslandspezifische Veranstaltungen zum Thema organisiert¹⁸. Als ein spezifischer Bereich von Frühen Hilfen können die Aktivitäten für Kinder aus suchtbelasteten Familien der Suchtpräventionsstellen der Bundesländer gesehen werden (vgl. Kap. 3.4). Sie bieten teilweise aber auch umfassendere Projekte an, z. B. *Wir werden Eltern* und *Wir sind Eltern* in Tirol, die darauf abzielen, möglichst viele (werdende) und junge Eltern auf das vorhandene Bildungs- und Beratungsangebot aufmerksam zu machen und für eine frühe Inanspruchnahme zu motivieren¹⁹.

Aus der Perspektive des Schaffens eines günstigen sozialen Umfeldes ist auch das neue Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 (BGBl I 2013/69 v. 1. 5. 2013, B-KJHG 2013) zu erwähnen, das Grundsätze, Ziele und Aufgaben der Kinder- und Jugendhilfe definiert. Zu den Aufgaben gehören u. a. Beratung bei Erziehungs- und Entwicklungsfragen sowie Hilfen zur Bewältigung von familiären Problemen und Krisen.

Vom BMUKK wurden sechs Qualitätsbereiche von Schule definiert, darunter auch der „Lebensraum Klasse und Schule“. Diese Qualitätsbereiche stellen eine Basis für die Weiterentwicklung von Unterricht und Schule dar. Entsprechende Bemühungen sollen mit dem Rahmenziel „Weiterentwicklung des Lernens und Lehrens an allgemein bildenden Schulen in Richtung Individualisierung und Kompetenzorientierung“ für die Jahre 2012 bis 2016 gefördert werden²⁰.

Schul- bzw. Ausbildungsabbrüche können zu einer höheren Wahrscheinlichkeit, ein Suchtverhalten zu entwickeln, beitragen. Aus diesem Grund sollen hier auch jene Maßnahmen erwähnt werden, die zu einem Vermeiden/Reduzieren von Schulabbrüchen beitragen sollen. Dazu gehört das Jugendcoaching, ein Angebot zur Beratung, Begleitung und Betreuung (im Sinne eines dreistufigen Modells) vom Ende der Pflichtschulzeit bis zur Integration in ein weiterführendes

18

Weitere Informationen zu allen Aktivitäten sind auf www.fruehehilfen.at zu finden.

19

Weitere Informationen unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/familie/wir_werden_eltern/

20

Weitere Informationen sind unter www.sqa.at zu finden.

Ausbildungssystem. In Kooperation mit Lehrerinnen und Lehrern sollen ausgrenzungsgefährdete Jugendliche identifiziert und von einem Jugendcoach je nach Bedarf unterstützt werden. Anfang 2012 wurde vom Sozialministerium eine Richtlinie dazu erstellt, die Zielgruppen, Vorgangsweise, Kooperationen und ein Anforderungsprofil für Jugendcoaches definiert (BMASK 2012a). Im Rahmen des Pilotjahrs in Wien und der Steiermark wurden rund 13.000 Jugendliche erreicht, und bei 85 Prozent der Fälle konnte eine erfolgreiche Beratung/Betreuung/Begleitung durchgeführt werden (BMASK 2013). Seit 2013 wird diese Maßnahme österreichweit umgesetzt.

3.3 Universelle Suchtprävention²¹

Einen Überblick über die Aktivitäten zur universellen Suchtprävention und deren Rahmenbedingungen gibt der SQ22/25. Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**, wobei Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung gesetzlich verankert ist. Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden laufend Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen, Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie konkrete Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten für alle Beteiligten angeboten. Ziele sind im Wesentlichen eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie eine Stärkung der Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen zielt Suchtprävention v. a. auf die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und deren Reflexion ab.

Theaterpädagogik ist eine seit langem bewährte Methode der Suchtprävention. In NÖ wurde im Jahr 2012 auf Basis des Konzeptes „Mitspieltheater für Schüler/innen“ mit verpflichtendem Elternabend und optionaler pädagogischer Konferenz ein neues Theaterstück für Volksschulen konzipiert (Hörhan, p. M.). „Treffpunkt ICH“ setzt sich mit den Themen sozialer Druck, Versagensängste, Langeweile, Aggression und Selbstwert auseinander. Gemeinsam mit den Schülerinnen und Schülern werden Lösungsmöglichkeiten für den Umgang mit unangenehmen Gefühlen bzw. den dargestellten Konfliktsituationen erarbeitet.

2012 wurde das Projekt *GrenzGang* des Instituts für Suchtprävention Wien (ISP) durch einen *GrenzGangTag* ergänzt (SDW 2013). Dieses eintägige Outdoor-Angebot für Jugendliche der 7. bis 13. Schulstufe soll vor allem jenen Schulklassen angeboten werden, die aus organisatorischen und oder Kostengründen keine *GrenzGangWoche* außerhalb Wiens in Anspruch nehmen wollen/können. Mit Hilfe von erlebnispädagogischen Methoden sollen Lebenskompetenzen, insbesondere aber Kompetenzen für einen Umgang mit Risikosituationen, gefördert werden.

21

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

Eine Dissertation²² zum Erfolg von **Peer Education** in der Suchtprävention (Stella-Kaiser 2012) zeigt, wie schwierig es ist, langfristige Effekte im Rahmen kurzfristiger Forschungsaufträge nachzuweisen. Die Ergebnisse entsprechen früheren Studien (z. B. Dobler-Mikola et al. 1997), wonach der Einsatz von Peers in der Suchtprävention unter bestimmten Umständen zielführend sein kann, dies jedoch einer sorgfältigen Vorbereitung, Auswahl und Begleitung bedarf.

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** bestehen die Aktivitäten weiter (v. a. aus Fortbildungsmaßnahmen, Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabenden). Viele Maßnahmen setzen auch an den Erziehungskompetenzen der Eltern an. Im Berichtszeitraum wurde beispielsweise das Elternhandbuch „Wie schütze ich mein Kind vor Sucht?“ überarbeitet (Institut Suchtprävention 2013a).

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen großteils darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung, Reflexion und Handlungsanleitungen für die Verantwortlichen oder Bezugspersonen in Betrieben und Lehrlingshäusern sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. Aber auch das Verhindern einer Suchtentwicklung bei bzw. der Umgang mit suchtgefährdeten Erwachsenen im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier das Thema Alkohol im Vordergrund steht.

Blue|Monday Gesundheitsmanagement, ein Anbieter betrieblicher Suchtprävention, feierte 2013 sein zehnjähriges Jubiläum mit verschiedenen Aktivitäten, bei denen z. B. das Theaterangebot *blauPAUSE* präsentiert oder über betriebliche Suchtprävention diskutiert wurde²³. Im Rahmen des Tiroler Programms *Prävention in Betrieben* wurde 2012 ein neues universell-präventives Schulungsangebot konzipiert, die erste Seminare sollen im Laufe des Jahres 2013 stattfinden (kontakt+co 2013).

Im Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt der Fokus der Maßnahmen ebenfalls auf der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die Fachstellen für Suchtprävention setzen bei ihren Angeboten für Jugendliche seit einigen Jahren verstärkt auf den Einsatz von Medien, wobei sich diese Angebote sowohl an Jugendliche im Setting Schule als auch in der außerschulischen Jugendarbeit richten. Ein Beispiel dafür ist *Digital Story Telling* als Methode, um Inhalte rund um Suchtvorbeugung zu thematisieren und zu bearbeiten. In NÖ wurden dazu im Berichtszeitraum Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult, die Umsetzung beginnt mit September 2013 (Hörhan, p. M.).

In Vorarlberg wird Jugendlichen im Projekt *Reflect and Act 2.0* über Neue Medien und entsprechende Kommunikationskanäle nicht nur ein neuer Zugang zu Informationen rund um Wohlbe-

22

Die Arbeit wurde als Begleitstudie eines dreijährigen Peer-Education-Projekts mit dem Ziel Gesundheitsförderung und Suchtprävention an zwei Wiener AHS durchgeführt. Von den Schülerinnen und Schülern wurde zu fünf Zeitpunkten ein Fragebogen ausgefüllt, der u. a. Variablen zur Untersuchung der Selbstwirksamkeit und zur Gesundheit enthielt.

23

Mehr dazu unter www.bluemonday.at/cms/3781/8564/10_Jahre_blue|monday/.

finden, Gesundheit und Sucht angeboten, sie werden zudem aktiv eingebunden, um auch tatsächlich auf ihre Lebenswelt Bezug nehmen zu können (Prenn, p. M.). Aufbauend auf Lerntheorie, Risikokompetenzforschung, Social Marketing und Kommunikationsstrategien und unter Einbezug des Mediums Film bzw. Digital Stories erhalten Jugendliche die Möglichkeit, sich mit den für sie wichtigen Themen und Lebenswelten auseinanderzusetzen und sich miteinander auszutauschen. Das Projekt wird von einem Kernteam aus 15 bis 20 Jugendlichen mitgetragen, die eine fundierte Ausbildung erhalten und in einer Medienwerkstatt ihre Ideen in eigenen Produktionen umsetzen können. Letztendlich sollen auf diesem Weg Wissen vermittelt, Reflexionsprozesse initiiert und gesundheitsrelevante Handlungs- und Lebenskompetenzen langfristig erweitert werden. Bis Anfang Juni wurden rund 200 Jugendliche geschult, die Plattform *www.suchthaufen.net* weist durchschnittlich 1.500 bis 2.000 unterschiedliche Besucher auf, und wöchentlich entstehen zwei bis drei Beiträge von Jugendlichen. Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in verschiedenen Settings werden ebenfalls geschult, um wiederum ihre Jugendlichen bei der multimedialen Auseinandersetzung mit ihren Lebenswelten und mit gesundheitsrelevanten Themen zu unterstützen und begleiten.

Gemeindeorientierte Suchtprävention möchte neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung konkrete, an der spezifischen regionalen Situation orientierte präventive Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Wichtig ist die Initiative aus einer Gemeinde heraus und die Adaptierung an die jeweiligen Bedürfnisse. Auf Basis der Auseinandersetzung mit dem CTC-Konzept²⁴ (vgl. GÖG/ÖBIG 2011b) wurde in OÖ eine Palette an verschiedenen suchtpreventiven Aktivitäten geschaffen, die jeweils nach einer Analysephase als Teil eines gemeindeorientierten Projektes mit dem Titel *Wir setzen Zeichen* je nach Bedarf eingesetzt werden können. Im Berichtszeitraum wurde ein eigener Newsletter entwickelt, der den Austausch und die Kommunikation zwischen den beteiligten Gemeinden fördern und zu vielfältigen Aktivitäten motivieren soll (Institut Suchtprävention 2013a).

Weitere Aktivitäten im Berichtszeitraum waren z. B. eine Pilotstudie zu den Erfahrungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren mit der Umsetzung von Suchtprävention in ihrem tag²⁵. Der Großteil derjenigen, die tatsächlich suchtpreventiv tätig waren, hat diese Tätigkeit im beruflichen Kontext ausgeübt und damit in den 12 Monaten vor der Befragung insgesamt 40.161 Personen (zu 56 % Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren) zu 69 Prozent im Setting Schule direkt erreicht (Institut Suchtprävention 2013b). Zusätzlich wurden rund 9.500 Personen indirekt erreicht, indem von 29 Prozent der Befragten suchtpreventiv relevante Entscheidungen getroffen wurden, die sich auf einen größeren Personenkreis auswirken (z. B. Rauchverbot bei Vereinsveranstaltungen). Diese Entscheidungen betrafen zu 61 Prozent ebenfalls das Setting Schule. Die

24

Communities That Care: Konzept für Prävention von Sucht, Gewalt und Aggression in Gemeinden

25

Im Frühling 2012 wurde eine Online-Befragung durchgeführt, an der sich 506 Personen (13 % der Eingeladenen) beteiligt haben (Birgmann 2012). Von den Beteiligten (71 % Frauen, 29 % Männer) sind mehr als die Hälfte der Berufsgruppe der Lehrkräfte zuzuordnen, gefolgt von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der außerschulischen Jugendarbeit bzw. von Vereinen, Entscheidungsträgerinnen/-trägern im Betrieb und Sonstigen.

Ergebnisse zeigen, dass die Strategie, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren als wichtige Akteure in der Umsetzung und Verbreitung von Suchtprävention zu schulen, erfolgreich ist. Es bedarf jedoch hochwertiger Aus- und Weiterbildungsprogramme sowie entsprechender Ressourcen und fördernder Strukturen in den jeweiligen Settings, um eine möglichst große Wirkung erzielen zu können.

Vom Institut für Suchtprävention Wien (ISP) und equalizent (Qualifikationszentrum für Gehörlosigkeit und Gebärdensprache) wurde eine spezielle Website für gehörlose Personen konzipiert und umgesetzt, die sachliche Informationen zu Sucht und Suchtprävention in der österreichischen Gebärdensprache bietet (PID 2013).

3.4 Selektive Suchtprävention²⁶

Einen Überblick über Maßnahmen der selektiven Prävention und deren Rahmenbedingungen bietet der SQ26. In Österreich gibt es Bestrebungen, die Aktivitäten zur selektiven Suchtprävention auszubauen. Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien** werden in diesem Sinne teilweise verstärkt umgesetzt. Das österreichweite bzw. die regionalen *ENCARE*-Netzwerke spielen hier nach wie vor eine wichtige Rolle (z. B. bei der Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren). Dies erfolgt einerseits im Rahmen von Ausbildungen (an Pädagogischen Hochschulen) oder als spezifische Seminare und Workshops u. a. für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen.

Das von VIVID in Kooperation mit RAINBOWS und dem Zentrum für Suchtmedizin der Landesnervenklinik Sigmund Freud in Graz entwickelte Gruppenangebot *Wirbelkiste* für Kinder zwischen acht und zwölf Jahren aus alkoholbelasteten Familien basiert auf dem Ansatz der Lebenskompetenzförderung und dem Resilienzmodell (VIVID 2013). In insgesamt neun zweistündigen Terminen wird den Kindern einerseits der Raum gegeben, Spaß zu haben und mit anderen zu spielen und zu reden, andererseits werden sie mit einer Vielzahl an Methoden u. a. dazu ermutigt, eigene Stärken zu entdecken, Selbstvertrauen zu entwickeln, eigene Gefühle wahrzunehmen und Bedürfnisse auszudrücken. Durch das Erlernen von alternativen Handlungsstrategien sollen sie mit schwierigen Lebenssituationen besser zurechtkommen. Parallel zur Kindergruppe finden auch vier zweistündige Elterntreffen statt. Deren Ziel ist es, die Eltern zu unterstützen und für die Bedürfnisse ihrer Kinder zu sensibilisieren. 2013 wurde eine Pilotgruppe gestartet.

26

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

Die Evaluation des dreijährigen grenzüberschreitende INTERREG-Projektes²⁷ *Kinderleicht – Zukunft. Von Anfang an* (vgl. GÖG/ÖBOG 2011b), das von der Caritas Tirol in Kooperation mit der Caritas Garmisch-Partenkirchen konzeptioniert und umgesetzt wurde, wurde im Berichtszeitraum fertiggestellt. Das Projekt zielte darauf ab, in drei Modellregionen die gesunde Entwicklung von Kindern suchtkranker Eltern bestmöglich zu fördern und damit der Entwicklung von psychischen Erkrankungen bzw. Sucht vorzubeugen (Puhm und Uhl 2013). Dies sollte durch die Etablierung von aufeinander abgestimmten Angeboten zur Beratung von Kindern, Jugendlichen und deren Familien sowie durch Informations- und Bildungsarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung erreicht werden. Die spezifischen Ziele für die direkte Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen entsprachen jenen des bereits beschriebenen steirischen Projektes *Wirbelkiste*. Aus den Ergebnissen der Evaluation²⁸ wurde abgeleitet, dass die Zielgruppe in Tirol auf Kinder psychisch kranker Eltern ausgeweitet und ein verstärkter Fokus auf das frühere Erreichen der Eltern gelegt werden sollte. Dementsprechend sollte die Bewerbung des Angebots dort erfolgen, wo Eltern in Krisensituationen Unterstützung finden. Eine wichtige Voraussetzung für eine bessere Inanspruchnahme ist die Kooperation mit den betroffenen Eltern. Dazu wurden konkrete Vorschläge für die Öffentlichkeitsarbeit gemacht, die sich v. a. darauf beziehen, die Ängste der Eltern abzubauen. Durch eine deutlichere Positionierung und klare Abgrenzung zu anderen Angeboten könnte Konkurrenzdenken minimiert und die Zuweisung verbessert werden. Die Kooperation mit der Jugendhilfe sollte ausgebaut werden. In der direkten Arbeit mit den Kindern und Jugendlichen sollte der Umgang mit anderen stärker thematisiert werden.

In Kärnten wurde 2012 eine Pilotgruppe zu dem in Deutschland bundesweit umgesetzten Projekt *Trampolin* initiiert, deren Erfahrungen ebenfalls in die umfassende Evaluation eingeflossen sind (Drobesch-Binter, p. M.). Bei der Durchführung dieses Angebots traten Schwierigkeiten auf, die den Erfahrungen der oben dargestellten Angebote entsprechen.

Ein neues Projekt in Vorarlberg verknüpft ein Gruppenangebot mit der Arbeit mit Tieren und will damit ebenfalls zu einer Stärkung der Lebenskompetenzen der 4- bis 14-jährigen Kinder und Jugendlichen aus suchtkrank belasteten Familien und deren Kommunikationsfähigkeiten beitragen (Stiftung Maria Ebene 2013). Parallel zur Arbeit mit den – im Jahr 2012 fünf – Kindern werden regelmäßig Elterngespräche geführt. Besonders bewährt hat sich der Hol- und Bringdienst, der die Teilnahme der Kinder sicherstellt und den Eltern eine Erholungszeit ermöglicht.

27

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

28

Im Sinne einer strukturellen Evaluation wurde die Aktivitäten des Projektes erhoben und beschrieben, im Sinne einer formativen Evaluation wurde die Umsetzung des Projektes begleitet und durch laufendes Feedback Einfluss genommen, im Sinne einer Feasibility-Evaluation wurden schließlich die Umsetzungsmöglichkeiten beurteilt. Neben einer laufenden Dokumentation wurden qualitative Interviews mit zentralen Projektpartnerinnen/-partnern, Eltern, Kinder und Jugendlichen durchgeführt, ergänzt durch eine Fragebogenerhebung. Projekt- und Evaluationszeitraum war Anfang 2010 bis Anfang 2013. In diesem Zeitraum wurden in Tirol 18 Kinder und Jugendliche erreicht, in Garmisch-Partenkirchen waren es 37. Zu berücksichtigen ist, dass die direkte Arbeit nur eine Strategie unter mehreren war.

Jugendliche in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten sind auch eine Zielgruppe für selektive Suchtprävention. In diesem Zusammenhang werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/innen aus diesen Einrichtungen umgesetzt. Der von VIVID seit 2011 angebotene Lehrgang „Suchtvorbeugung in Jugendausbildung und -beschäftigung“ hat sehr großen Anklang gefunden (VIVID 2013). Den Teilnehmerinnen und Teilnehmern werden Inhalte (zu Substanzen und rechtlichen Grundlagen) und Methoden (z. B. motivierende Gesprächsführung) vermittelt, um sie für einen kompetenten Umgang mit konsumierenden Jugendlichen zu stärken. Sie sollen aber auch dazu beitragen, dass die Einrichtungen als Gesamtes gesundheitsfördernder bzw. suchtpreventiver werden, in dem sie sich in einem Modul auch mit Handlungsmodellen auseinandersetzen. Durch praktische Arbeitsaufträge wird diese Auseinandersetzung gefördert und zugleich eine Intervention in der Einrichtung gesetzt.

In Tirol werden die neuen Lehrlingsworkshops des Programms *Prävention in Betrieben* vor allem auch für Jugendliche in arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen angeboten (Gollner, p. M.). Aufgrund des positiven Feedbacks wurde dieses Angebot ausgeweitet.

Eine weitere Gruppe, die mit spezifischen Maßnahmen erreicht werden soll, sind **Jugendliche in sozialpädagogischen Einrichtungen**. In Kärnten wird seit zwei Jahren ein suchtspezifischer Lehrgang für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Jugendhilfe angeboten, der nun auch einen Fokus auf die Fachbereiche Jugendpsychiatrie und Risikokompetenz legt (Drobesh-Binter, p. M.).

Weitere zielgruppenspezifische Suchtvorbeugung findet sich vor allem im **Freizeitbereich**, mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie von Alternativen zum Substanzkonsum. Ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. Im November 2012 organisierte *checkit!* aufgrund des 15-jährigen Bestehens die Fachtagung „Reduce – Neue Aspekte und Entwicklungen zum Thema Freizeitdrogenkonsum“, bei der der Umgang mit neuen synthetischen Substanzen in Europa diskutiert wurde (SHW 2013d)²⁹.

Die Lebenssituation von **Migrantinnen und Migranten** kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein (Penka 2004), **Migration** kann aber auch ein suchtauslösendes Lebensereignis darstellen (Barth und Czycholl 2005). Im Sinne der selektiven Prävention werden vor allem jene Gruppen an Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen, die aufgrund ihrer derzeitigen Lebensumstände und sozialer Faktoren besonders vulnerabel sind und im Rahmen von universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden. Die *AG Suchtarbeit in der Migrationsgesellschaft* (AG SiM, NÖ) hat im Berichtszeitraum ein Projekt zur transkulturellen Suchtprävention konzipiert (Hörhan, p. M.). Die Referentinnen und Referenten dafür werden derzeit ausgebildet und sollen ab 2014 aktiv tätig sein.

29

Weitere Informationen sind unter www.checkyourdrugs.at/reduce_12/ zu finden.

3.5 Indizierte Suchtprävention³⁰

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich eingesetzt in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und aufgrund von Substanzkonsum (der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist). Sie basieren daher ausschließlich auf einem zu beobachtenden Risiko- bzw. Suchtverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten und beziehen sich meistens auf den Konsum von Alkohol. In diesem Zusammenhang soll das von der Landesstelle Suchtprävention Kärnten entwickelte Pilotprojekt *Grenzwert*³¹ erwähnt werden, in dessen Rahmen unter 18-Jährige angesprochen und zu einer sozialpädagogischen Intervention motiviert werden sollten, die aufgrund einer Alkoholintoxikation in zwei Kärntner Krankenhäuser eingeliefert wurden. Die Evaluation dieses Projekts zeigt, dass das Erstgespräch zwar angenommen wird, die Jugendlichen aber sehr schwer zur Teilnahme an einem Programm in einer ambulanten Beratungseinrichtung nach dem Krankenhausaufenthalt zu motivieren bzw. in diesem zu halten sind (Fenzl et al. 2012). Die niedrige Inanspruchnahme wird u. a. auf den gesellschaftlichen Umgang mit dem Thema zurückgeführt. Für im Umgang mit Alkohol unerfahrene Jugendliche ist eine stationäre Aufnahme auch ohne weitere Maßnahmen eine ausreichende Erfahrung. Für erfahrene Jugendliche, die zusätzlich auch mit Problemen in ihrem sozialen Umfeld konfrontiert sind, scheint das Programm zu wenig tiefgreifend zu sein (Fenzl et al. 2012). Im Laufe dieses Projektes wurde ein Fragebogen für Krankenanstalten entwickelt (Drobesch-Binter, p. M.), der diese bei der Identifizierung von suchtgefährdeten bzw. Hochrisiko-Jugendlichen unterstützen soll (nicht nur hinsichtlich des Konsums von Alkohol).

Das Vorarlberger Programm *CHOICE* (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) wurde im Berichtszeitraum von VIVID für die Steiermark übernommen und wird Jugendlichen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten angeboten (VIVID 2013). Diese Jugendlichen weisen ein erhöhtes Gefährdungspotenzial, jedoch kein manifestiertes Suchtverhalten bzw. riskantes Konsumverhalten auf. *CHOICE* richtet sich nach den Bedürfnissen der Gruppe und setzt bei den vorhandenen Ressourcen an. Jugendadäquate Methoden ermöglichen es den Teilnehmenden, ihre eigenen Gefühle wahr- und anzunehmen, auszudrücken und zu regulieren. Der Umgang mit Konflikten und die Stärkung ihres Selbstvertrauens sind ebenfalls Bestandteil des Programms. Die ersten Rückmeldungen bestätigen die positiven Erfahrungen aus Vorarlberg. Zusätzlich wird berichtet, dass es keine negativen Rückmeldungen von Seiten der Jugendlichen gab und diese die „Exklusivität des Angebots“ (es werden einzelne Jugendliche ausgewählt) und die angenehme Atmosphä-

30

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

31

Das Projekt baut auf der Komponente *HaLT-reaktiv* des deutschen Modellprojekts *HaLT* auf. Für die begleitende Evaluation wurden Daten von 166 Kindern und Jugendlichen verwendet, die aufgrund einer Alkoholintoxikation stationär aufgenommen wurden. Davon willigten lediglich 44 in eine Teilnahme am Pilotprojekt ein, wovon wiederum 17 vorzeitig ausstiegen.

re sehr schätzten. Von Seiten der Trainer/innen wird berichtet, dass sie im Laufe des Programms zum Teil neue und bisher unbekannte Seiten bzw. Verhaltensweisen der Jugendlichen beobachten konnten.

Im März 2013 fand in Linz, OÖ, die Fachtagung „Alles noch im grünen Bereich? Früherkennung und Frühintervention in Suchtprävention und Jugendarbeit“ statt, thematisiert wurden dabei schwerpunktmäßig der Substanzkonsum und seine Funktion im Jugendalter, Möglichkeiten zur Identifizierung von problematischem Konsumverhalten sowie Früherkennung zwischen Unterstützung und Kontrolle (Institut Suchtprävention 2013a)³².

3.6 Nationale und lokale Medienkampagnen

In Österreich werden aufgrund eines Konsenses mit den entsprechenden Fachleuten keine Medienkampagnen zu illegalen Substanzen durchgeführt. Es gibt Medienkampagnen lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelner, meist gemeindeorientierter Projekte bzw. als Bewusstseinskampagnen zu legalen Substanzen.

32

Tagungsdokumentation unter <http://praevention.at/seiten/index.php/nav.6/view.32/level.2/> zu finden (11. 6. 2013)

4 Problematischer Drogenkonsum

4.1 Einleitung

Die bislang gültige Definition von problematischem Drogenkonsum der EBDD lautet „injizieren-der Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“³³. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition diskutiert (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum). Die Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich deckt sich weitgehend mit jener der EBDD. Betont wird jedoch, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen (vgl. z. B. GÖG/ÖBIG 2008b).

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC)³⁴ durchgeführt (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten (vgl. Kap. 9.2), das Substitutionsbehandlungsregister (vgl. Kap. 5.3) und die drogenbezogenen Todesfälle (vgl. Kap. 6.4) herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI; vgl. Kap. 5.3).

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

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

33

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

34

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

15 bis 64 Jahre von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich, und etwa ein Fünftel ist unter 25 Jahre alt (40 % 25 bis 34 Jahre).

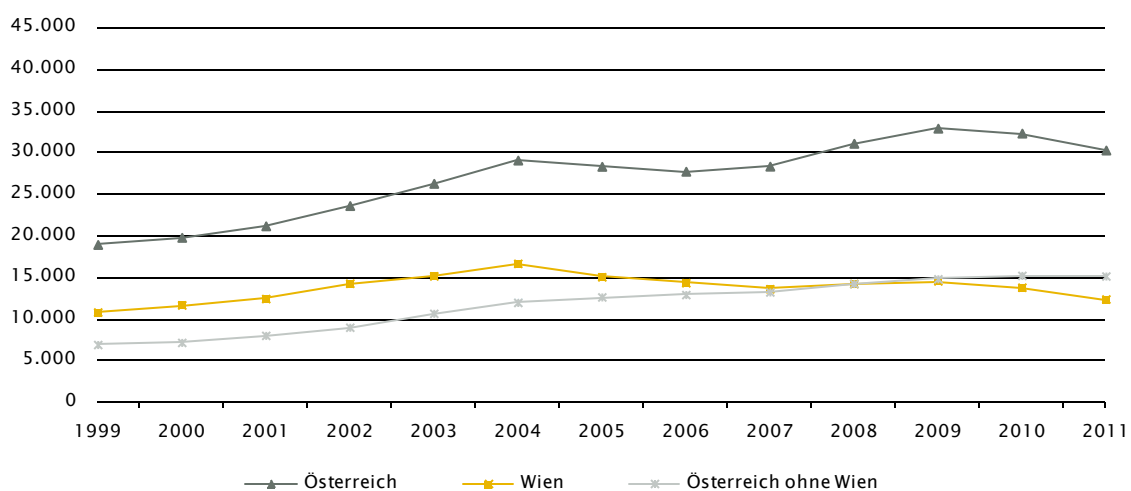
Neben der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten interessiert aus epidemiologischen Gründen auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Dazu existieren keine expliziten Schätzungen. Überträgt man die Anzahl der Personen mit Leitdroge Opiate aus dem DOKLI-System (vgl. Kap. 5.3), die die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (etwa die Hälfte), auf alle Personen mit problematischem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 15.000 bis 17.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum eher eine drogenspezifische Betreuung beginnen (schwerere Drogenproblematik).

Im Vergleich zu den illegalen Drogen wird die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Österreich auf fünf Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahre geschätzt (Uhl et al. 2009a). Demnach sind in Österreich insgesamt 350.000 Personen als Alkoholiker/innen zu bezeichnen.

4.2 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Abbildung 4.1:

Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf



Anmerkung: Für 1999 bis 2010 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2011 der Schätzwert für 2011.

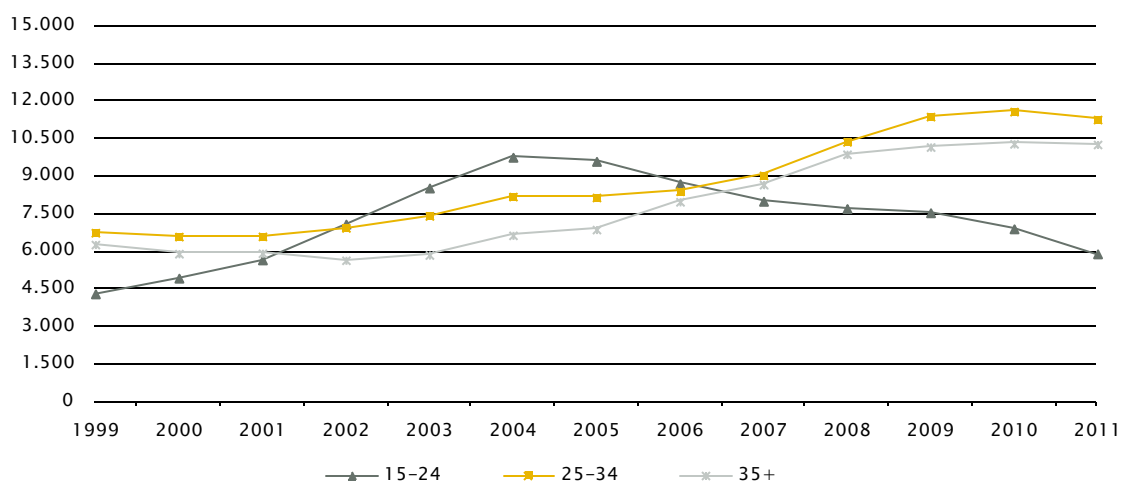
Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Konsums liegen in Österreich nur für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Für das Capture-Recapture-Verfahren, auf dem die Prävalenzschätzung beruht, wurden Daten zu Substitutionsbehandlungen, opiatbezogene Anzeigen und – für manche Jahre zur Validierung – die drogenbezogenen Todesfälle herangezogen.

Seitens der GÖG/ÖBIG wurde die Zeitreihe der Schätzungen 1999 bis 2011 unter Berücksichtigung von Änderungen in der Datenqualität des Substitutionsregisters einer Re-Analyse unterzogen³⁵ und mit anderen Datenquellen in Bezug gesetzt. Abbildung 4.1 zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither bewegt sich die Prävalenzschätzung zwischen 28.000 und 33.000 Personen (ohne Berücksichtigung des Konfidenzintervalls) bzw. zwischen 26.000 und 34.000 mit Berücksichtigung der 95-Prozent-Konfidenzintervalle.

Abbildung 4.2:

Prävalenzschätzung des problematischen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf



Anmerkung: Für 1999 bis 2010 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000) herangezogen, für 2011 der Schätzwert für 2011.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

35

Ein wesentliches Problem hinsichtlich der Qualität der Substitutionsbehandlungsdaten stellte in den vergangenen Jahren die „Ghost-Case“-Problematik dar. Bei Fehlen des Betreuungsendes ging die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich in die Statistik ein (= „Ghost-Case“). Zur Korrektur dieses Fehlers war eine eigens entwickelte Formel notwendig. Da mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* der „Ghost-Case“-Fehler eliminiert werden konnte (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung), ist diese Korrektur nun nicht mehr notwendig.

Betrachtet man die Entwicklung für Wien und die für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 ansteigen, stagnieren sie seither. In Österreich ohne Wien steigen die Prävalenzen jedoch weiter an. Während bis 2009 für Wien etwas mehr Personen mit problematischem Drogenkonsum geschätzt wurden als für die anderen Bundesländer, ist es ab dem Jahr 2009 Österreich ohne Wien, wofür die Prävalenz höher geschätzt wird. Es dürfte sich dabei um das Phänomen der kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlich/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien handeln. Dennoch ist Wien aufgrund dessen, dass es die einzige Großstadt³⁶ Österreichs ist, vom Drogenproblem am stärksten betroffen, gefolgt von Vorarlberg und Tirol

Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 4.2). 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 problematischen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger). Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl an älteren Personen mit problematischem Drogenkonsum (insbesondere in der Altersgruppe 25 bis 34) kontinuierlich an.

Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen erfolgt im „Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013“ (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

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

4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs

Analysen zu den Konsummustern der nach § 12 SMG begutachteten Personen³⁷ (es liegen Daten aus allen Bundesländern außer Kärnten und Wien vor) zeigen, dass beim weitaus größten Teil der

36

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

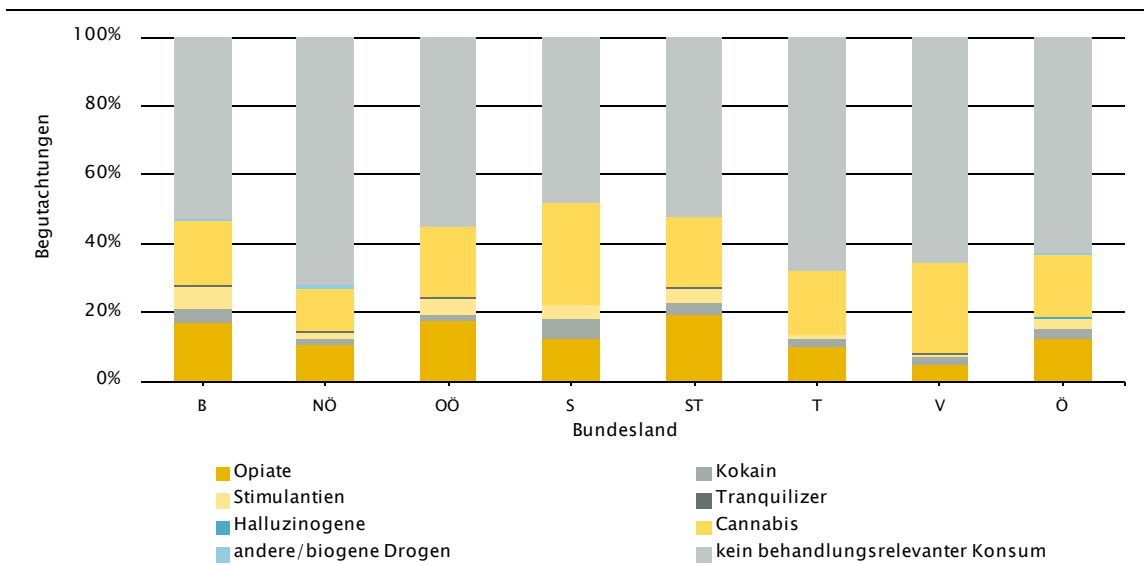
37

Das sind Personen, bei denen aufgrund einer Meldung der Polizei, einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde Hinweise auf Suchtgiftmissbrauch vorliegen und deshalb von der Gesundheitsbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet werden. Bezüglich der Begutachtungsergebnisse besteht eine Meldepflicht an das BMG. Insgesamt liegen aus dem Jahr 2012 5.652 Begutachtungsergebnisse von 5.476 Personen vor (einige Personen wurden 2012 mehrfach begutachtet). 3.118 Begutachtungsergebnisse enthalten Angaben zum Drogenkon-

Begutachtungen entweder ein behandlungsrelevanter Opiatkonsum oder ein behandlungsrelevanter Cannabiskonsum festgestellt wird³⁸.

Abbildung 4.3:

Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition von nach § 12 SMG begutachteten Personen, nach Bundesland, 2012



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

Dies entspricht anderen Daten aus dem Behandlungsbereich (z. B. DOKLI; vgl. GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Allerdings ist die Relation dieser beiden Leitdrogen zueinander in den Bundesländern sehr unterschiedlich. Auch der Prozentsatz der Begutachtungen, bei denen kein behandlungsrelevanter Drogenkonsum festgestellt wurde, variiert zwischen den Bundesländern sehr stark. Greift man beispielsweise das Bundesland Salzburg heraus, so zeigt sich, dass der Anteil des Begutachtungsergebnisses „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ vergleichsweise sehr groß, jener von „kein behandlungsrelevanter Konsum“ hingegen eher klein ist. Da derart große bundeslandspezifische Unterschiede in den Drogenkonsummustern unplausibel sind, legt

sum beinhalten; bei 358 Begutachtungen wurde bei Drogenkonsum „unbekannt“ eingegeben. 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. Abbildung 4.2. bezieht sich auf die 3.118 Begutachtungsergebnisse mit Drogenanamnese. Kärnten hat aus technischen Gründen 2012 noch keine Daten zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen geliefert.

38

In der Drogenanamnese kann durch die Gesundheitsbehörde bei mehreren Drogen ein behandlungsrelevanter Konsum erkannt und angegeben werden. Zur vereinfachten Darstellung wird in Abbildung 4.3 die bereits im DOKLI-System angewandte hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen. Dabei wird bei Personen mit mehr als einer Leitdroge mittels einer „Leitdroghierarchie“ eine Leitdroge ausgewählt. Hat beispielsweise eine Person Opiate und Cannabis als Leitdroge angegeben, wird sie hinsichtlich der Leitdroge den Opiaten zugeordnet. Folgende Hierarchie wurde herangezogen: Opiate > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis.

Abbildung 4.3 nahe, dass sich die Begutachtungspraxis in den Bundesländern stark unterscheidet (z. B.: Was in einem Bundesland als „kein behandlungsrelevanter Konsum“ diagnostiziert wird, wird in einem anderen Bundesland als „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ klassifiziert; vgl. auch Kap. 5.2).

In Tirol wurden 156 Klientinnen und Klienten der niederschweligen Einrichtung KOMFÜDRO (Kommunikationszentrum mit Spritzenaustausch) befragt und die Substanzreste in den von diesen Personen abgegebenen gebrauchten Spritzen analysiert³⁹. 87 Prozent der Studienteilnehmer/innen befanden sich in Substitutionsbehandlung. Das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel (71 %) war Substitol®, gefolgt von Subutex® (11 %). Auf die Frage, welche Substanz bei der letzten i. v. Applikation konsumiert wurde, gaben 79 Prozent der Befragten Morphin in Retardform an, gefolgt von Kokain (6 %) und Heroin (4 %). Dieses Ergebnis deckt sich weitgehend mit den Analysen der Substanzreste in den Spritzen (Nagel 2012). Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass es offensichtlich eine Gruppe von schwer Opioidabhängigen gibt, die es zwar schafft, sich in eine Substitutionsbehandlung zu integrieren, doch den intravenösen Drogenkonsum nicht (ganz) aufgeben kann, diesen aber zumindest unter Beachtung von „safer use“-Regeln durchführt. Bei der Interpretation der Studienergebnisse ist zu beachten, dass es sich a priori um Personen mit intravenösem Drogenkonsum handelt. Eine Verallgemeinerung auf alle Personen in Substitutionsbehandlung ist nicht unzulässig (vgl. auch Kap. 5.2).

Aus Oberösterreich gibt es immer wieder Berichte über lokale Szenen hinsichtlich des Konsums von Methamphetamin, das einerseits im Rahmen des Freizeitdrogenkonsums gesniffelt wird, aber vereinzelt auch von Opioidabhängigen i. v. appliziert wird (Schwarzenbrunner, p. M.).

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

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

39

63 Prozent der Befragten waren Männer; 40 Prozent der Personen sind zwischen 20 und 29 Jahre alt, 34 Prozent zwischen 30 und 39 Jahre, 21 Prozent sind über 39 Jahre und 5 Prozent unter 20 Jahre alt. Die meisten Befragten gaben an, schon lange i. v. Drogen konsumieren (29 % über 10 Jahre, 33 % zwischen 6 und 10 Jahre, 34 % zwischen 1 und 5 Jahre und 4 % kürzer als ein Jahr). Durchschnittlich erfolgte der erste i. v. Konsum mit 19 Jahren.

5 Drogenbezogene Behandlungen

5.1 Einleitung

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

In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen zu beobachten. Substitutionsbehandlungen werden auch stationär angeboten, Entzugsbehandlungen auch ambulant. Die meisten Angebote der Suchtberatung und -behandlung sind nicht auf bestimmte Substanzen ausgerichtet bzw. werden zunehmend auf legale Substanzen und stoffungebundene Süchte ausgeweitet (z. B. Angebote für Spielsüchtige), die beide in diesem Bericht nicht dargestellt werden können. Getrennte Angebote finden sich aber nach wie vor für legale und illegale Substanzen, vor allem im stationären Bereich. Spezifische Angebote ergänzen das Spektrum, wo es notwendig ist (z. B. für Kokain- oder Cannabis-Konsumierende in der Suchtberatung). Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können, steht auch in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur Verfügung. Da das Ziel das Schaffen eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 8.3) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten der Suchthilfekompass⁴⁰ und andere regionale Informationsschienen, aber auch ST24, SQ27 und die Karten 5.1, 5.2, 5.3 und 5.4. Die Angebote werden ausführlich beschrieben auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG und im „Best practice portal“ der EBDD (siehe Quellenverzeichnis).

Daten zur Beschreibung der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen (vgl. ST TDI). Die

40

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

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. Eine weitere Datenquelle stellt das Substitutionsregister dar, das seit 1989 am BMG geführt wird (vgl. ST TDI). Hinsichtlich Charakteristika der Klientinnen und Klienten werden nur Geschlecht, Alter und Bundesland des Lebensmittelpunkts erhoben. Eine weitere wichtige Datenquelle stellt die Basisdokumentation der Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (BADO) dar, welche mit 1. 1. 2012 durch die „DOKU NEU“ abgelöst wurde (vgl. GÖG/ÖBIG 2012).

5.2 Beschreibung, Verfügbarkeit und Qualitätssicherung

5.2.1 Strategie/Politik

Die Behandlungsstrategien sind in den **Drogen- bzw. Suchtkonzepten oder -plänen** der Bundesländer bzw. in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt. Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Konzepte/Strategien verabschiedet.

Im Zuge der Neuordnung der Leistungserbringung zwischen dem Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) und dem Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) wird die stationäre Versorgung von Klientinnen und Klienten innerhalb des Wiener SDHN seit Jänner 2013 nicht nur von Anton Proksch Institut und Grünem Kreis, sondern auch vom Schweizer Haus Hadersdorf durchgeführt (SDW 2013). Für die ambulante Versorgung ist seit 2013 nicht nur der Verein Dialog, sondern auch der Grüne Kreis, das Schweizer Haus Hadersdorf und der Verein PASS zuständig. Durch das von CONTACT wahrgenommene Nahtstellenmanagement werden Suchtkranke nach definierten Kriterien aus den psychiatrischen Abteilungen des KAV in Einrichtungen des Wiener SDHN vermittelt.

Die Begutachtung von Personen (nach SMG) hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 SMG wird nach wie vor recht unterschiedlich gehandhabt (vgl. Tab. 5.1 und Kap. 4.3). Aber auch die Anzahl der begutachteten Personen pro 100.000 15- bis 64-Jährige ist mit 29 in der Steiermark und 182 in Wien sehr unterschiedlich. In Abbildung 5.1 werden beispielhaft die gesundheitsbezogenen Maßnahmen dargestellt, auf die im Jahr 2012 bei Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opioiden hingewirkt wurde (vgl. auch GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Während insgesamt (Österreich ohne Kärnten und Wien) bevorzugt auf ärztliche Behandlung und psychosoziale Betreuung hingewirkt wird, kommt im Burgenland anstelle der psychosozialen die klinisch-psychologische Betreuung und in Vorarlberg fast ausschließlich psychosoziale bzw. in geringerem Ausmaß auch ärztliche Betreuung zur Anwendung. Zu berücksichtigen ist, dass die gesundheitsbezogenen Maßnahmen in unterschiedlichen Zusammenhängen zum Tragen kommen können (statt einer Anzeige oder eines Strafverfahrens oder im Rahmen eines Strafverfahrens; vgl. auch Kap. 9.4); über die Gründe, die dazu geführt haben, kann auf Basis der vorliegenden Daten nichts ausgesagt werden.

Tabelle 5.1:

Begutachtungen, begutachtete Personen und gesundheitsbezogene Maßnahmen in Österreich, 2012

Art der gesundheitsbezogenen Maßnahme	Anteil an Begutachtungen pro Bundesland ⁶								
	B	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Person bedarf keiner Maßnahme	49 %	63 %	31 %	34 %	49 %	34 %	43 %	62 %	52 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z1 SMG ¹	7 %	12 %	42 %	28 %	13 %	38 %	0 %	3 %	15 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z2 SMG ²	14 %	8 %	17 %	11 %	10 %	9 %	2 %	32 %	18 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z3 SMG ³	30 %	1 %	4 %	2 %	3 %	5 %	0 %	1 %	3 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z4 SMG ⁴	0 %	1 %	2 %	1 %	3 %	1 %	0 %	2 %	1 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z5 SMG ⁵	5 %	10 %	25 %	36 %	24 %	28 %	54 %	1 %	14 %
Anzahl der Begutachtungen	168	1.288	662	385	237	489	247	2.176	5.652
Anzahl der begutachteten Personen	165	1.201	630	374	236	458	243	2.169	5.476
Anteil der begutachteten Personen pro 10.000 15- bis 64-Jährige	86	111	66	103	29	94	96	182	96

¹ = ärztliche Überwachung

² = ärztliche Behandlung (inkl. Entzugs- und Substitutionsbehandlung)

³ = klinisch-psychologische Beratung und Betreuung

⁴ = Psychotherapie

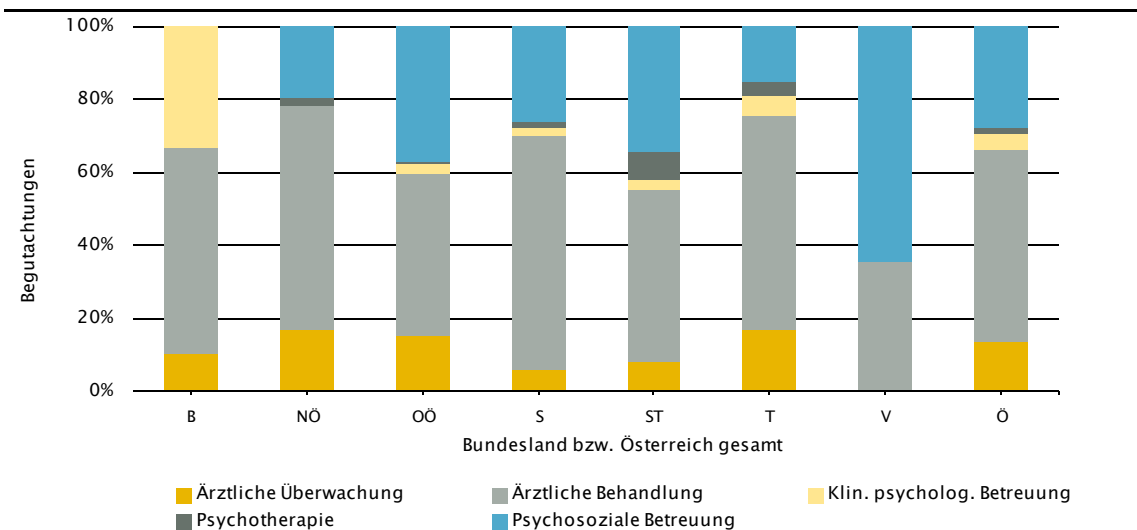
⁵ = psychosoziale Beratung und Betreuung

⁶ Aufgrund technischer Probleme liegen keine Daten für 2012 für Kärnten vor.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

Abbildung 5.1:

Anzahl der gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach § 12 SMG, auf deren Bedarf bei Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opiaten hingewirkt wurde, in Prozent, 2012



Anmerkung: In der Mitteilung der Bezirksverwaltungsbehörde wird der Missbrauch von Opiaten erwähnt. Dabei ist es egal, welche Drogen sonst noch genannt werden. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich.

Aufgrund technischer Probleme liegen keine Daten für 2012 für Kärnten vor. 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.

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

Das „Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) wurde im Berichtszeitraum überarbeitet und im Frühling 2013 offiziell an alle Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden ausgesendet (Schopper, p. M.). Mit dieser Leitlinie soll eine Vereinheitlichung der Vollzugspraxis der zuständigen Behörden bei der Diagnose von behandlungsrelevantem Suchtgiftkonsum und der Hinwirkung auf eine gesundheitsbezogene Maßnahme erreicht werden.

Die Bemühungen zur Verbesserung der **Versorgungssituation hinsichtlich der Substitutionsbehandlung** opioidabhängiger Personen wurden im Berichtszeitraum fortgesetzt, wobei im Wesentlichen bereits beschlossene Strategien (weiterhin) umgesetzt wurden. In Tirol wurde die laut § 23i SV vorgesehene Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung wieder aufgenommen, die sich mit Möglichkeiten zur Qualitätsverbesserung in der Substitutionsbehandlung beschäftigen soll (Gstrein, p. M.). In der Steiermark wurden entsprechend der im Vorjahr erwähnten Strategie (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) 2012 zwei neue Ambulanzen eröffnet: die suchtmmedizinische-/Substitutionsambulanz am LKH Bruck und die Walkabout Ambulanz Mariahilf (vgl. GÖG/ÖBIG 2012), die ebenfalls Substitutionsbehandlung anbietet (Ederer, p. M.). Zusätzlich wurde eine „Checkliste Substitution“ erarbeitet, die einerseits als Grundlage für Aus- und Fortbildungen der Ärztekammer dient, andererseits als sehr praxisorientiertes elektronisches Handbuch⁴¹ Ärztinnen und Ärzte bei der Umsetzung der Substitutionsbehandlung unterstützen soll (Ederer, p. M.). Sie gibt einen Überblick über die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung, beschreibt Rollen, Funktionen und Prozesse von (Amts-) Ärztinnen und (Amts-)Ärzten sowie von Apotheken und erläutert die verschiedenen Substitutionsmittel und Konsummuster. Besonders hilfreich erscheint die Darstellung vulnerabler Personengruppen und möglicher Übergänge in andere Behandlungsformen.

Die Substitutionsstelle für Opiatabhängige (SUST) in Salzburg hingegen wurde aufgrund anhaltender unzureichender Auslastung Ende Juni 2012 eingestellt (Suchtkoordination des Landes Salzburg 2013). Die Etablierung eines zweiten institutionellen Substitutionsangebots im Zentralraum Salzburg – neben der Drogenambulanz der Christian-Doppler-Klinik – ist zwar wieder geplant, es besteht jedoch ein Mangel an für die Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzten.

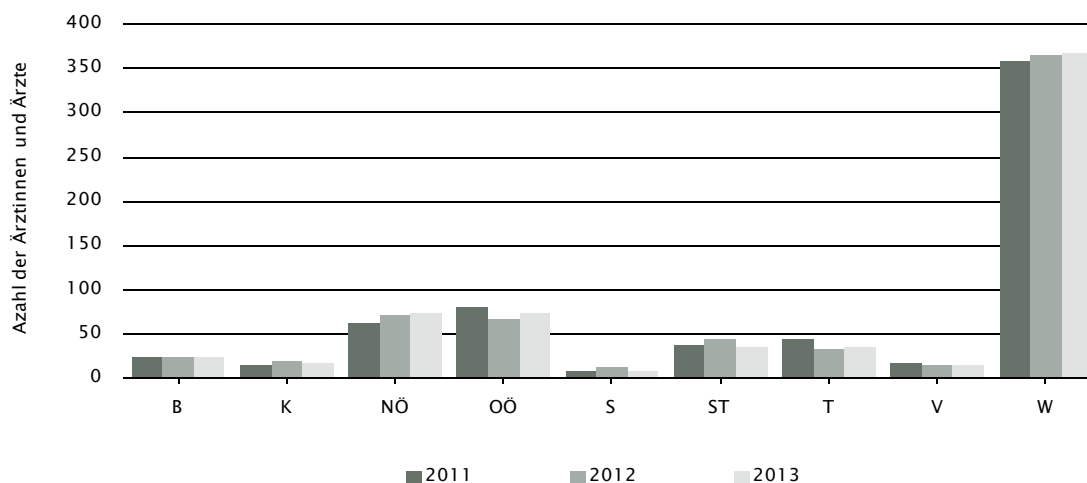
In die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren im Juni 2012 insgesamt 657 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen haben 502 (76 %) auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. In Abbildung 5.2 wird die Entwicklung der substituionsberechtigten Ärztinnen und Ärzte pro Bundesland dargestellt. Aufgrund der kurzen Zeitreihe lassen sich noch keine eindeutigen Trends ablesen, insgesamt haben sich im Vergleich zum Vorjahr kaum Änderungen ergeben. Karte 5.1 zeigt die Verteilung der substituionsberechtigten Ärztinnen und Ärzte.

41

Zu finden unter www.substituieren.at

Abbildung 5.2:

Entwicklung der beim BMG als substitutionsberechtigt gemeldeten Ärztinnen und Ärzte pro Bundesland, 2011–2013

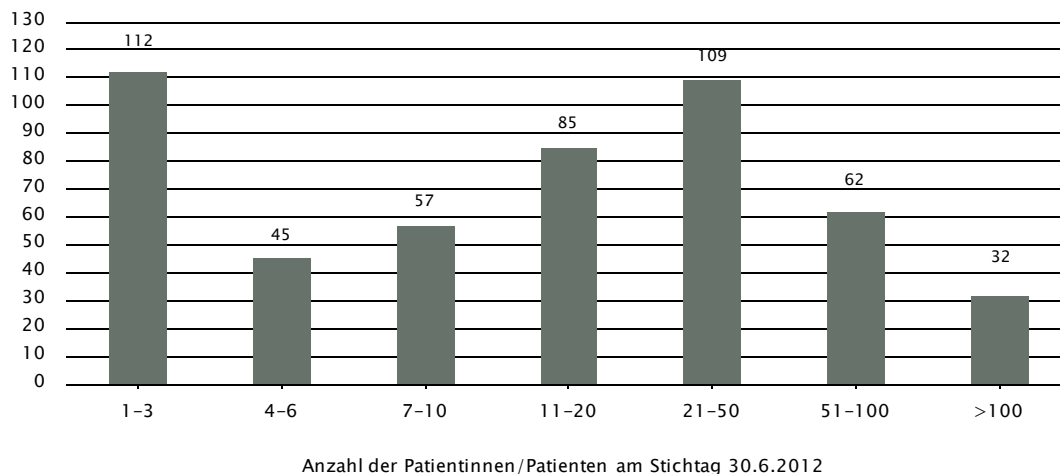


Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

Es ist zu berücksichtigen, dass nicht alle zur Substitutionsbehandlung berechtigten und an das BMG gemeldeten Ärztinnen und Ärzte auch tatsächlich versorgungswirksam sind bzw. sind sie unter Umständen auch in angrenzenden Bundesländern versorgungswirksam. Bezieht man die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte auf die Bevölkerung, zeigt sich, dass Kärnten und Vorarlberg die wenigsten substituierenden Ärztinnen und Ärzte pro 100.000 15- bis 64-Jährige aufweisen, Burgenland, Wien und Niederösterreich die meisten (vgl. auch Karte 5.2). Bei der Interpretation der Zahlen sind jedoch organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern zu berücksichtigen (zentrale Stellen für die Substitutionsbehandlung versus dezentrale Versorgung).

Da sich am 30. 6. 2012 14.940 Personen in Substitutionsbehandlung befanden, kommen somit im Schnitt 30 Behandelte auf eine Ärztin / einen Arzt. Die Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt streuen sehr stark. Während 157 Ärztinnen/Ärzte (31 %) jeweils bis 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 94 (19 %) Ärztinnen und Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung (vgl. Abb. 5.3). Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben. Andererseits wird in einer Publikation von Eisenbach-Stangl (2013) erwähnt, dass nicht mehr als 30 Drogenabhängige pro Praxis behandelt werden sollten, wobei in manchen Praxen jedoch sogar bis zu 300 oder mehr Drogenabhängige behandelt würden. Köchl und Fischer (2012) erachten es als problematisch, wenn in einer Ordination 100 Personen und mehr mit einer Opioidabhängigkeit monatlich behandelt werden. Im Sinne der Integration von Suchtkranken in das allgemeine Gesundheitswesen erscheint es durchaus sinnvoll, eine gleichmäßigere Verteilung anzustreben.

Abbildung 5.3:
Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen
pro Ärztin/Arzt im Jahr 2012



Quellen: eSuchtmittel; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der Diplomarbeit⁴² von Bauer (2012) werden verschiedene Hürden aufgezeigt, die für ein geringes Interesse von Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern an der Durchführung von Substitutionsbehandlungen verantwortlich sein können und in verschiedenen Studien erhoben wurden. Dazu gehört u. a. der als zu hoch empfundene bürokratische Aufwand (lückenlose Dokumentation, sichere Aufbewahrung von Suchtgiftvignetten und Substitutionsmittel) sowie die Herausforderung, zwischen den rechtlichen Rahmenbedingungen, den medizinischen Notwendigkeiten und der individuellen Lebenssituation der behandelten Personen abwägen zu müssen.

Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung um die Suchtbehandlung standen in den letzten Monaten die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger und die dabei verwendeten Substitutionsmittel. In einer aktuellen Publikation von Eisenbach-Stangl (2013)⁴³ werden die häufigsten Kritikpunkte und Gegenargumente angeführt. Am häufigsten wird der Einsatz von Morphin in Retardform kritisiert. Die Kritik an diesem Substitutionsmittel bezieht sich v. a. auf das Risiko des Abzweigens von Tabletten/Kapseln für den Schwarzmarkt, auf die fehlende Evidenz der Wirksamkeit sowie gesundheitliche Schäden durch eine i. v. Applikation von aufgelösten Kapseln. Kritisiert wird aber auch die Verschreibungspraxis, die als unverantwortlich und als Grund für

42

Diese Arbeit wurde als Literaturarbeit verfasst, wobei praktische Erfahrungen aus einer allgemeinmedizinischen Ordination in Wien, in der auch Substitutionsbehandlungen durchgeführt werden, eingeflossen sind.

43

Diese Publikation entstand im Rahmen des EU-Projektes ALICE RAP und basiert auf Interviews mit 15 Fachleuten, die großteils als persönliche Befragung bzw. in drei Fällen telefonisch durchgeführt wurden.

drogenbezogene Todesfälle dargestellt wird. Von den Befürwortern wird entgegnet, dass eine i. v. Applikation nicht nur mit Morphin in Retardform erfolge, sondern auch bei anderen Substitutionsmitteln weitverbreitet sei, bei der Verwendung von Kapseln immerhin Kapseln und Wirkstoff getrennt werden könnten und die Todesursache bei polytoxikomanem Konsum schwer auf eine Substanz allein zurückgeführt werden könne. Von manchen wird ein nicht verschreibungs- bzw. bestimmungsgemäßer Gebrauch von Substitutionsmitteln als erwartbare Folge eines umfassenden Angebots zur Substitutionsbehandlung gesehen. Die Autonomie von Ärztinnen und Ärzten hinsichtlich der individuellen Verschreibung von Substitutionsmitteln wird zwar von manchen als Ursache für zu großzügige Dosierungen oder Mitgabe-Regelungen gesehen, von anderen aber als wesentlicher Bestandteil einer wirksamen Behandlung und eines vertrauensvollen Verhältnisses zwischen Behandelndem und behandelter Person. In der Publikation werden auch mögliche Interessenkonflikte erwähnt, die hinter den aktuell geführten Diskussionen stehen können. Dazu gehören wirtschaftliche (zwischen hochschwelligeren stationären und niederschwelligeren ambulanten Angeboten), standespolitische (zwischen Allgemeinmedizin und Psychiatrie) und ideologische (zwischen den politischen Parteien) Interessen bzw. Differenzen. Für eine an den Bedürfnissen der Opioidabhängigen orientierte und bestmögliche Versorgung ist dies jedoch nicht förderlich. Abseits der von Eisenbach-Stangl beschriebenen Differenzen besteht jedoch unter Österreichs Fachleuten Konsens darüber, dass die Substitutionsbehandlung bzw. die Erhaltungstherapie mit Opioiden ein wichtiger und unverzichtbarer Bestandteil eines breiten Behandlungsangebots für Opioidabhängige ist.

In der gegenwärtigen Diskussion um den nicht verschreibungs- bzw. bestimmungsgemäßen Gebrauch von Substitutionsmitteln werden häufig die Perspektive und die Motive der Behandelten vergessen bzw. ist es notwendig, die vielen miteinander verknüpften Faktoren (z. B. Haltequote, Überlebensrate) abzuwägen. Einige aktuelle Publikationen dazu wurden in GÖG/ÖBIG (2013a) zusammengetragen, zusätzlich sei noch auf die Ergebnisse der EQUATOR-Studie⁴⁴ verwiesen, die die gängige Praxis der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen in mehreren europäischen Ländern, darunter auch in Österreich, untersucht hat. Insgesamt wurde festgestellt, dass ein Großteil der Behandelten bereits mehrere Behandlungsepisoden hinter sich hat und ein periodisches Durchlaufen von Abbruch und Wiederaufnahme besteht (Fischer et al. 2012). Dieser Zyklus wird auf verschiedene Faktoren zurückgeführt (z. B. Wartelisten, nicht optimale Dosierung, keine Anwendung des gesamten verfügbaren Behandlungsspektrums), vor allem aber auch als Zeichen interpretiert für eine hinsichtlich des Erreichens von schadensminimierenden Zielen zu verbessernde Versorgung in der Substitutionsbehandlung. Von den in Österreich befragten Abhängigen in Substitutionsbehandlung werden durchschnittlich 1,3 vorherige Behandlungsepisoden angegeben, von jenen, die nicht in Behandlung sind, lediglich 0,9. Im Durchschnitt aller beteiligten Länder sind es jeweils ca. 1,8. 36 Prozent der Befragten aus Österreich gaben an, dass sie aktuell psychosoziale Unterstützung erhielten (Dale-Perera et al.

44

Für die EQUATOR-Studie wurden insgesamt 2.298 opioidabhängige Personen in bzw. 887 ohne Substitutionsbehandlung sowie 703 behandelnde Ärztinnen und Ärzte aus zehn europäischen Ländern (AT, DE, DK, EL, FR, IT, NO, PT, SE, UK) befragt (Fischer und Stöver 2012). Aus Österreich waren dies 228 opioidabhängige Personen in bzw. 50 opioidabhängige Personen ohne Substitutionsbehandlung sowie 77 behandelnde Ärztinnen und Ärzte.

2012). Rund 31 bzw. 30 Prozent der in Österreich befragten Abhängigen in bzw. nicht in Substitutionsbehandlung nutzten Allgemeinmediziner/innen oder Apotheker/innen als Informationsquelle (Benyamina und Stöver 2012). Des Weiteren gaben 2 Prozent der in Österreich befragten Abhängigen in Substitutionsbehandlung an, dass sie regelmäßig Heroin zusätzlich konsumieren. 18 Prozent tun dies nach eigenen Angaben manchmal. Im Vergleich zu Daten aus einer anderen europäischen Studie (TREAT), die von Fischer et al. (2012) zitiert werden und nach denen jeweils ca. 30 Prozent der Behandelten von einem zusätzlichen Heroinkonsum an mehr als 25 Tagen bzw. an zwischen 5 und 24 Tagen im letzten Monat berichten, erscheinen die Zahlen für Österreich als eher gering. Laut Stöver (2012b) gaben 28 Prozent der in Österreich Befragten an, dass sie ihr Substitutionsmittel schon einmal weitergegeben, getauscht oder verkauft haben, sowie 20 Prozent, dass jede Einnahme unter Aufsicht erfolgt. Diese Werte liegen in den anderen untersuchten Ländern bei zwischen 16 und 39 Prozent bzw. bei zwischen 21 und 26 Prozent. 38 Prozent der Befragten gaben an, das verschriebene Substitutionsmittel bereits zumindest einmal intravenös appliziert zu haben (Dale-Perera et al. 2012). In diesem Zusammenhang wäre eine Substitutionsbehandlung mit intravenöser Applikation (z. B. Heroinprogramm) für Österreich zu diskutieren. Andererseits impliziert die Tatsache, dass ein intravenöser Konsum von Substitutionsmitteln nicht vermieden werden kann, die Notwendigkeit, darauf zu achten, dass eine i. v. Applikation von Substitutionsmitteln ohne vermeidbare Gesundheitsschäden (z. B. durch Beimengung von Talkum) möglich sein sollte.

Im Folgenden werden noch weitere Aspekte angeführt, die diese wissenschaftlichen Arbeiten ergänzen. Eine entsprechend der Zulassungsaufgabe von der Herstellerfirma eines Substitutionsmittels mit Morphin in Retardform durchgeführte Vergleichsstudie mit Methadon wurde Ende 2012 abgeschlossen, eingereicht und vom BASG/AGES als ausreichender Nachweis der Wirksamkeit bewertet (BASG/AGES Medizinmarktaufsicht). Betont wird, dass alle Vorsichtsmaßnahmen zu berücksichtigen sind, die für opiathaltige Arzneimittel gelten. Eine Abschätzung des Schwarzmarkthandels mit Substitutionsmitteln findet sich in Kap. 10.3. Die gesamte Diskussion sollte vor dem Hintergrund geführt werden, dass sich aktuell 16.892 Personen in Substitutionsbehandlung befinden und sich die In-Treatment-Rate aufgrund der hohen Akzeptanz dieser Behandlung im Laufe der Zeit massiv erhöht hat (vgl. Kap. 5.3).

Von der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW 2013) werden folgende Zahlen zum weiterhin bestehenden *Kooperationsprojekt zur Sicherstellung der verschreibungskonformen Verwendung von Substitutionsmitteln in Wien* (GÖG/ÖBIG 2011b) berichtet: Von Ende 2008 bis Ende 2012 wurden ca. 2.400 Fälle von den Amtsärztinnen und -ärzten behandelt, davon erfolgte bei 19 Prozent eine Umstellung auf tägliche Abgabe des Substitutionsmittels. 83 Prozent erhalten das Substitutionsmittel mittels täglicher Abgabe. 67 Prozent bekommen Substitol®, wovon bei 68 Prozent die Kapseln in der Apotheke geöffnet werden. Seit Projektbeginn wurden 1.326 Fälle zur Begutachtung an das Institut für Suchtdiagnostik weitergeleitet.

Als Reaktion auf die massive und kontroversielle mediale Berichterstattung zum Thema Substitutionsbehandlung wurde vom Gesundheitsministerium im März 2013 ein Expertenforum zum Thema „Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung in Österreich“ organisiert, das zu einer aktuellen Einschätzung der Situation beitragen sollte. Von den Teilnehmenden wurde die Entwicklung der Substitutionsbehandlung in Österreich als Erfolg bewertet, und sie waren sich

darüber einig, dass Opiatabhängigen die jeweils bestmögliche Behandlung angeboten werden müsste, der Zugang so niederschwellig wie möglich zu gestalten sei und ein diversifiziertes Angebot (auch hinsichtlich der Substitutionsmittel) zur Verfügung stehen sollte.

Zur Behandlung von Abhängigen in Opioid-Erhaltungstherapie mit **Benzodiazepinen** wurde im Berichtszeitraum eine Studie⁴⁵ fertiggestellt (IFES 2012b). Durch die Behandlung konnte bei 95 Prozent der Personen, die an der gesamten Untersuchung teilgenommen haben, der Benzodiazepinkonsum stabilisiert werden. Bei zwei Dritteln konnte sogar eine geringere Dosierung erreicht werden. Bei 85 Prozent der Fälle gab es im letzten Beurteilungsquartal keinen Hinweis auf einen wesentlichen Zusatzkonsum von Benzodiazepinen. Bei der Mehrzahl konnte der Zusatzkonsum im gesamten Untersuchungszeitraum reduziert werden. Für einen Umstieg auf andere psychoaktive Substanzen gab es bei 93 Prozent der Fälle keinen Hinweis. Der Konsum bzw. die Dosierung weiterer psychoaktiver Substanzen konnte während der Untersuchung verringert werden.

5.2.2 Behandlungssysteme

Einen Überblick über die Verteilung von Ärztinnen und Ärzten, die zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifiziert sind, gibt Karte 5.1. Darin wird einerseits mit Stand Juni 2013 das Verhältnis der durch die einschlägige Weiterbildung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zum gesamten Behandlungspotenzial dargestellt (d. h. zu jenen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer Fachrichtung grundsätzlich für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung in Betracht kämen⁴⁶). Andererseits enthält die Karte Informationen zur Verteilung jener Ärztinnen und Ärzte, die sowohl zur Einstellung als auch zur Weiterbehandlung qualifiziert sind (bzw. nur zur Weiterbehandlung). Karte 5.2 stellt die Anzahl der versorgungswirksamen⁴⁷ Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2012 dar, bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren.

45

Im Rahmen einer Anwenderbeobachtung wurde über einen Erhebungszeitraum von 1,5 Jahren für 109 Personen ein Anamnesefragebogen ausgefüllt, davon haben 41 Personen an insgesamt vier Quartalsbefragungen sowie der Abschlussbefragung teilgenommen. Einschlusskriterien waren u. a. die Diagnose Opiatabhängigkeit und Erhaltungstherapie seit mindestens sechs Monaten, die Diagnose Benzodiazepinabhängigkeit, Zusatzkonsum von Benzodiazepinen zur Erhaltungstherapie, Einverständniserklärung sowie ausreichende klinische und psychische Stabilität.

46

Für die vorliegende Abbildung wurden jene Personen ausgewählt, die laut Österreichischer Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer entweder Allgemeinmediziner /innen sind oder einen Facharzttitel Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Additivfach Neuropädiatrie) haben. Es wurden die Angaben aus dem Jahr 2012 zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren erste Ordinationsadresse verwendet. Die Angaben der substitutionsberechtigten Ärztinnen und Ärzte stammen aus der beim BMG geführten Liste (LISA).

47

Ärztinnen und Ärzte können Abhängige auch über Bundeslandgrenzen hinaus behandeln. Das führt dazu, dass in manchen Bundesländern mehr Ärztinnen und Ärzte versorgungswirksam als in der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte registriert sind. Umgekehrt sind in anderen Bundesländern wiederum weniger Ärztinnen und Ärzte versorgungswirksam als laut LISA dazu berechtigt.

Einen Überblick über spezialisierte Einrichtungen des Suchthilfesystems (ausgenommen jener, die ausschließlich auf Alkoholabhängigkeit ausgerichtet sind) geben die Karten 5.2 und 5.3. Das Erfassen einzelner Einrichtungen ist, wie auch Eisenbach-Stangl et al. 2009 am Beispiel Wiens feststellen, aufgrund der vielfältigen Organisationsformen nicht einfach. Manche Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes (SDHN) befinden sich sogar außerhalb Wiens. Zusätzlich muss berücksichtigt werden, dass Drogenabhängige auch in nichtspezialisierten Einrichtungen behandelt und betreut werden (in psychiatrischen oder sozialen Diensten und Einrichtungen, aber auch in Obdachlosen-, Alten- und Pflegeheimen). Die Karten stellen einen Versuch dar, die regionale Verfügbarkeit von Suchtberatung und -behandlung sichtbar zu machen und gleichzeitig die Übersichtlichkeit zu wahren. Die ausgewählten drogenspezifischen Angebote sind nach Gemeinden aufgeschlüsselt. Grundsätzlich ist eine wohnortnahe Versorgung wünschenswert, um den Zugang zu Suchtberatung und -behandlung möglichst allen Personen, die sie benötigen, zu ermöglichen. Da dies auch eine der Leitlinien der steirischen Suchtpolitik ist, wurden vom Verein b.a.s. über ein Jahr lang in vier Pilotgemeinden Zweigstellen mit Minimalbesetzung eingerichtet und evaluiert (b.a.s. 2013). Das Ergebnis zeigt, dass alle befragten Klientinnen und Klienten auch weiter entfernte, bereits existierende Beratungsstellen in Anspruch nehmen würden. Es wird daraus geschlossen, dass bezüglich Regionalisierung von ambulanten Beratungsstellen ein Mittelweg zu finden ist. Gleichzeitig wird jedoch festgestellt, dass ein massiver Bedarf an mobiler Betreuung bei älteren Betroffenen besteht.

Die **Kapazitäten** des österreichischen Suchthilfesystems werden laufend ausgebaut, dennoch berichten Einrichtungen immer wieder von Wartelisten und Wartezeiten. Aus dem stationären Bereich berichtet z. B. die Therapiestation Carina von mehrmonatigen Wartezeiten, während die Wartezeit für Entgiftungen an der Therapiestation Lukasfeld durch den Ausbau von Betten auf ca. eine Woche reduziert werden konnte (Stiftung Maria Ebene 2013). Diese Wartezeiten hängen jedoch von vielen Faktoren (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) ab und zeigen zum Teil beträchtliche Schwankungen. Abgesehen von Wartezeiten berichten Einrichtungen aus dem ambulanten Bereich von weiteren Folgen knapper bzw. unzureichender Kapazitäten. So sind z. B. im Jahr 2012 an der Drogenberatung für Jugendliche und junge Erwachsene im Zentrum für Jugendarbeit Z6 in Innsbruck längerfristige Begleitungen stark angestiegen, was wiederum zu Betreuungslücken für kurzfristige Kontakte geführt hat (Z6 2013). Von b.a.s. konnten aufgrund stagnierender Finanzierung im Jahr 2012 weniger Personen betreut werden als 2011 (b.a.s. 2013).

Es gibt aber auch andere Entwicklungen zu berichten. In Tirol konnten durch zusätzliche Ressourcen die Angebote der Fachstation B3 des Psychiatrischen Krankenhauses Hall in Tirol, der Suchtberatung und der Drogenambulanz in Innsbruck ausgeweitet werden (Gstrein, p. M.). Dadurch soll die medizinische Behandlung besser mit psychosozialer Unterstützung verschränkt werden. An der Fachstation B3 in Hall in Tirol werden die zusätzlichen Ressourcen v. a. für die mit der stationären Behandlung verknüpften Vor- und Nachbetreuung in Form einer Drogen-sprechstunde genutzt. Zusätzlich wurden die Zielgruppen der beiden abstinentenorientierten Einrichtungen Haus am Seespitz und Emmaus erweitert, so dass in diesen Häusern nun Personen sowohl mit Alkohol- als auch mit Opioidabhängigkeit behandelt werden können.

Von den Beratungsstellen Clean in Vorarlberg wird berichtet, dass im Vergleich zum Vorjahr die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen stark gestiegen ist (um 50 %), was auf die Übernahme von Personen im Substitutionsprogramm erklärt wird (Stiftung Maria Ebene 2013).

Hinsichtlich **spezifischer Zielgruppen** kann auf die neuen Leitlinien zur Kooperation hingewiesen werden, die von der Arbeitsgruppe „Kinder aus suchtbelasteten Familien“ in Wien erarbeitet wurden und die Zusammenarbeit des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerks mit medizinischen Einrichtungen und dem Amt für Jugend und Familie anleiten (ENCARE Austria 2012). Sie beziehen sich auf die Zeit von der Schwangerschaft über die Geburt bis nach der Entlassung. Als besonders wichtig für den Erfolg werden eine transparente Kommunikation mit den betroffenen Familien, Helferinnen und Helfern, Fallverlaufskonferenzen sowie persönliche Kontakte und Telefonate zur Abklärung von Vorgehensweise und Arbeitsteilung erachtet (Schmidhofer et al. 2013). Auch ein Prozedere für ein Konfliktmanagement – sollte kein Konsens gefunden werden – ist enthalten. Diese Kooperationsvereinbarung ermöglicht es allen Beteiligten, ein Verständnis für die jeweilige andere Arbeitssituation zu entwickeln. Um dies zu verstärken, soll es auch jährliche Informationsveranstaltungen geben. Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich die Zusammenarbeit deutlich verbessert hat und Missverständnisse schneller aufgeklärt werden konnten. Im Zeitraum Oktober bis Dezember 2012 hat in 27 Fällen ein fallübergreifendes Coaching bzw. Informationsaustausch stattgefunden und wurden neun Konferenzen der Helfer/innen einberufen.

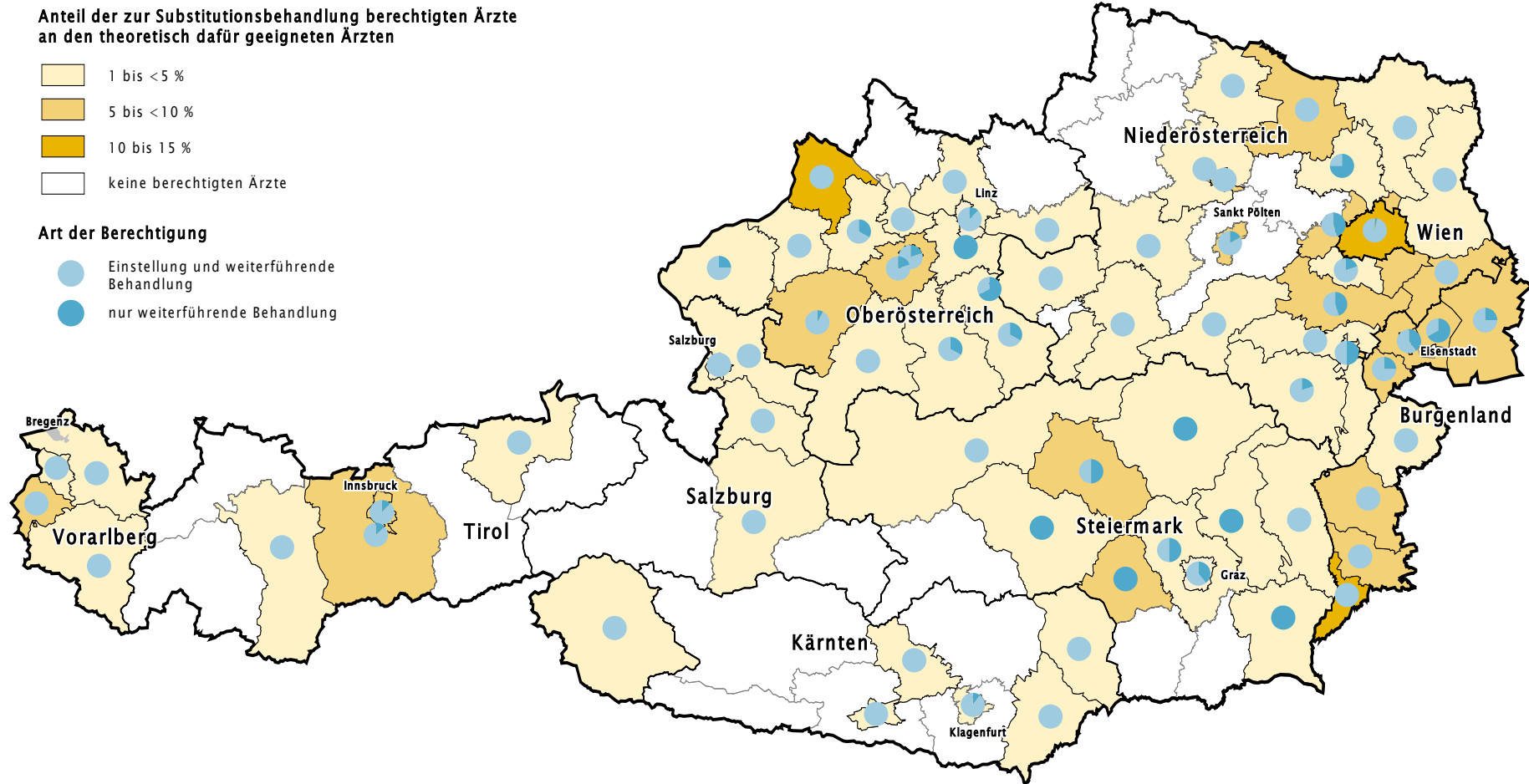
Das Projekt *DESK* für eine verbesserte Betreuung von abhängigen Schwangeren in NÖ (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) wurde im Jahr 2013 auf die Bezirke Wiener Neustadt und Neunkirchen ausgeweitet (Hörhan, p. M.). Wichtige Bestandteile dieses Projektes sind der Workshop „Schwangerschaft und Drogen“ und die *movin'*-Fortbildung, die regelmäßig für die relevanten Berufsgruppen angeboten werden. In Zusammenarbeit mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) wurde im Berichtszeitraum die Broschüre „Schwangerschaft und Drogen – professionell“ für Fachleute erstellt⁴⁸. Weitere Bestandteile des Projektes sind regionale Arbeitsgruppen, die für ein bis zwei Bezirke in NÖ zuständig sind und somit auf die spezifischen Gegebenheiten eingehen können, sowie ein „Sozialer Mutter-Kind-Pass“, der die betroffenen Mütter bei der Geburtsvorbereitung und der ersten Zeit danach unterstützen soll (Bublik 2013).

48

Mehr dazu unter <http://drogenhilfe.at/5421/broschurenreihe-zum-thema-sucht-und-schwangerschaft/> (11. 6. 2013).

Karte 5.1:

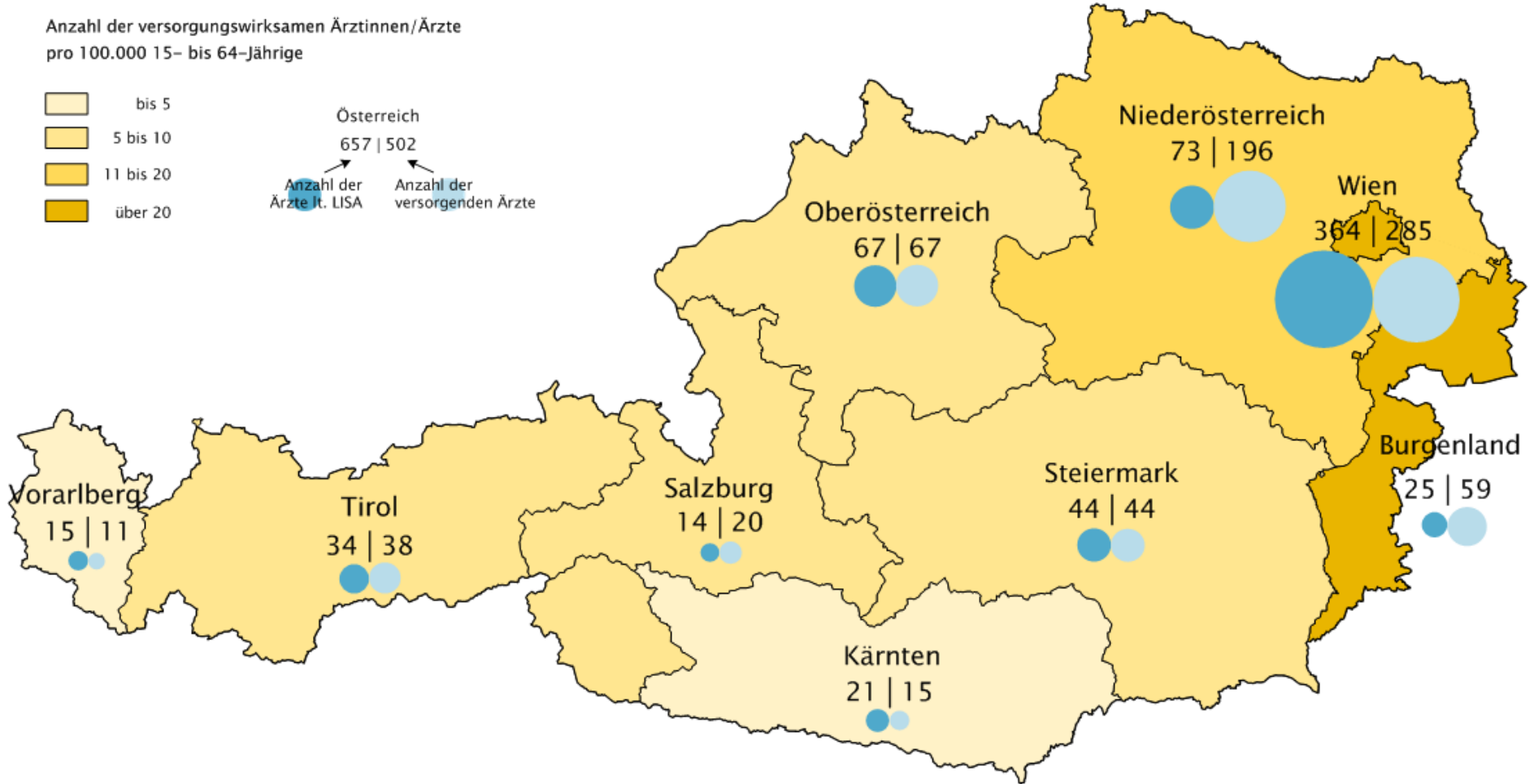
Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juni 2013



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

Karte 5.2:

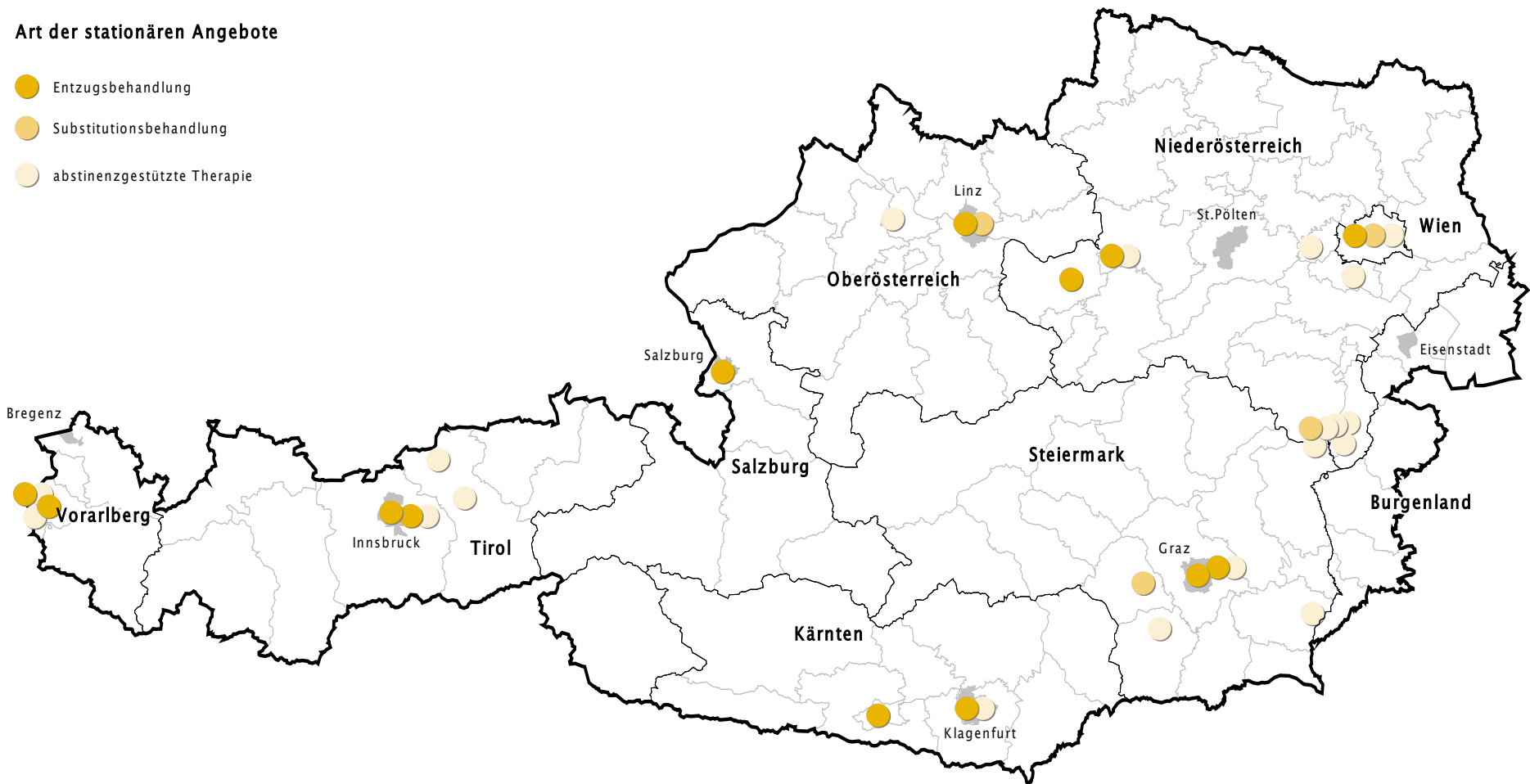
Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juni 2012



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

Karte 5.3:

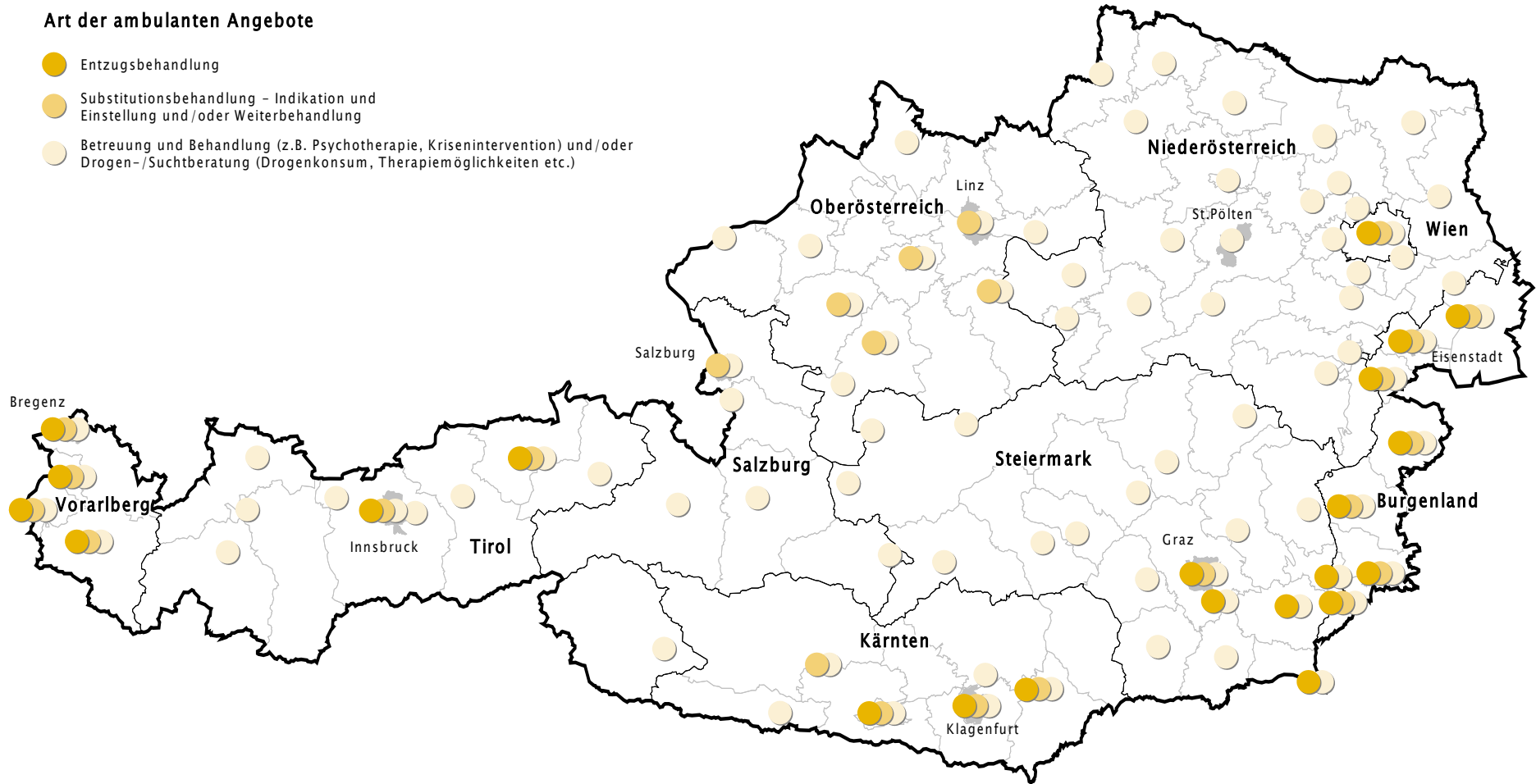
Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2013



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

Karte 5.4:

Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2013



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

Movin'-Fortbildungen werden von den Suchtpräventionsstellen in den meisten Bundesländern angeboten (vgl. auch Tab. A33), wobei der Schwerpunkt auf Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Bereich der Jugendarbeit liegt. Im Zuge einer Recherche des REITOX Focal Points Anfang des Jahres berichteten einige Fachstellen über Schwierigkeiten, Ärztinnen und Ärzte für eine Teilnahme an diesen Kursen zu motivieren. Verschiedene Strategien wurden ausprobiert, um deren Bereitschaft zu erhöhen. Am erfolgreichsten scheint die Umsetzung durch andere Ärztinnen und Ärzte in Kombination mit Weiterbildungspunkten oder finanziellen Anreizen zu sein. Diese Erfahrungen wurden bei einem Meeting zu Kurzinterventionen und motivierender Gesprächsführung im Januar 2013 in Lissabon bestätigt. Aus Kärnten hingegen wurde berichtet, dass Mitarbeiter/innen aus sozialpädagogischen Jugendeinrichtungen *movin'*-Schulungen für den Umgang mit psychoaktive Substanzen konsumierenden Jugendlichen als sehr hilfreich empfinden.

Zu opioidabhängigen Schwangeren bzw. deren Neugeborenen wurden im Berichtszeitraum einige Ergebnisse der MOTHER-Studie (vgl. Jones et al. 2012) publiziert, an der die Medizinische Universität Wien mitgewirkt hat. Bei den im Folgenden erwähnten Sekundäranalysen ist zu berücksichtigen, dass Daten ausgewertet wurden, die mit einem anderen Fokus gesammelt wurden. Die Ergebnisse wären daher in weiteren gezielten Studien zu überprüfen. Im Rahmen der MOTHER-Studie wurde ein Review⁴⁹ durchgeführt, der den Einsatz von Buprenorphin als effektive Behandlung für opioidabhängige Frauen während der Schwangerschaft bestätigte (Jones et al. 2012). Dies wurde sowohl anhand der Wirkung auf die Mütter als auch anhand der Wirkung auf die Föten bzw. Neugeborenen untersucht. Es wird dennoch darauf hingewiesen, dass verschiedene Behandlungsmöglichkeiten (inklusive verschiedener Substitutionsmittel) zur Verfügung stehen sollten, damit im individuellen Fall die jeweils geeignetste Form angewendet werden kann. Ein Vergleich⁵⁰ der europäischen Pilotstudie (Winklbaur-Hausknost et al. 2013) mit dem europäischen Teil der MOTHER-Studie führte zu weiteren Empfehlungen; diese beinhalten einen frühzeitigen Behandlungsbeginn bei den Müttern mit einer anhand von objektiven Informationen (Harntest) bestimmten Dosierung zur Reduktion des Beikonsums sowie eine Behandlung des neonatalen Abstinenzsyndroms (NAS) bei den Neugeborenen mit einer aufgrund von Gewicht und Entzugerscheinungen erfolgenden Dosierung (Winklbaur-Hausknost et al. 2013).

49

Berücksichtigt wurden drei randomized clinical trials und 44 Non-randomized-Studien (z. B. prospektive Studien, Fallbeschreibungen).

50

Für die Pilotstudie wurden zwischen 2000 und 2002 18 opioidabhängige Schwangere, für den europäischen Teil der MOTHER-Studie zwischen 2005 und 2009 41 untersucht. In beiden Fällen haben jeweils vier Frauen die Studie vorzeitig abgebrochen.

Eine Teilstudie⁵¹ zur Schmerzbehandlung während bzw. kurz nach der Geburt zeigt, dass opioidabhängige Frauen in Substitutionsbehandlung wesentlich geringere Mengen an schmerzstillenden Opioiden erhalten als nicht abhängige Frauen (Höflich et al. 2012). Gleichzeitig werden bei ihnen häufiger nicht-steroidale Entzündungshemmer (NSAID) verabreicht. Das Ergebnis widerspricht damit früheren Studien, laut denen zumeist eine höhere Dosierung notwendig wäre, als vorhandene Protokolle vorsehen. Die Gründe für diese Abweichungen in der Praxis konnten im Rahmen der Studie nicht geklärt werden, vermutet werden u. a. Befürchtungen bzw. Unsicherheiten bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Es wird aber darauf hingewiesen, dass eine Untermedikation vermieden werden sollte.

Jugendliche sind nach wie vor eine wichtige Zielgruppe, die besonderer Aufmerksamkeit und spezifischer Angebote bedarf. Im Rahmen einer Fokusgruppe an der GÖG im März 2013 (vgl. auch Kap. 7.2) wurden verschiedene Aktivitäten aus mehreren Bundesländern vorgestellt und diskutiert, die darauf abzielen, einerseits Jugendliche mit riskantem Drogenkonsum und Behandlungsbedarf zu identifizieren und andererseits ein entsprechendes Betreuungsnetz aufzubauen. In diesem Zusammenhang soll auf die Kärntner Bestrebungen hingewiesen werden, suchtspezifische Gesundheitsversorgung zukünftig soweit wie möglich im Rahmen der Jugendhilfe zu leisten (Drogenkoordination des Landes Kärnten 2012). Sozialpädagogische Einrichtungen sollen demnach suchtspezifische und auf den individuellen Bedarf abgestimmte Behandlungs- und Betreuungspakete umfassen, gleichzeitig soll das Programm zur multidimensionalen Familientherapie (MDFT) implementiert werden. Darüber hinaus wurde festgestellt, dass suchtspezifische Betreuungskapazitäten an der Abteilung für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters im Klinikum Klagenfurt in ausreichendem Ausmaß vorhanden und Jugendpsychiater/innen in den Ambulatorien in Klagenfurt und Villach sowie in Spittal und Völkermarkt beschäftigt sind.

Angehörigenarbeit wird in NÖ nicht nur von den Suchtberatungen, sondern auch von dem *Verein Angehörige Drogenkranker* in Form von moderierten Selbsthilfegruppen angeboten (Hörhan, p. M.). Von der bundesländerübergreifenden Arbeitsgruppe ANS-Ost (Burgenland, NÖ, Wien) wurde ein Positionspapier für die Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung erarbeitet, die Fertigstellung und Präsentation ist für Herbst 2013 geplant. Damit sollte ein gemeinsamer Konsens, v. a. hinsichtlich der Grundhaltungen und Ziele, ermöglicht und eine Leitlinie zur Unterstützung der Umsetzung von Angehörigenbetreuung geschaffen werden.

Aufgrund einer Literaturrecherche zu altersbezogenen Aspekten von Abhängigkeit empfehlen Köchl et al. (2012), alters- und geschlechtsbezogene Aspekte in der klinischen Praxis durch passende Bedarfserhebung und Behandlung zu berücksichtigen – wenn möglich durch interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem multiprofessionellen Team. Um falsche Diagnosen und

51

40 Schwangerschaften von 37 opioidabhängigen Müttern wurden in die Studie eingeschlossen, wovon 37 Geburten Teil der MOTHER-Studie waren. Als Vergleichsgruppe wurden 80 nicht abhängige Frauen herangezogen, deren Geburten kurz vor oder nach einer Geburt aus der Versuchsgruppe stattfanden und ein ähnliches Alter sowie dieselbe Art der Entbindung hatten.

Übermedikation von älteren Abhängigen zu vermeiden, sollten entsprechende Fortbildungen für Therapeutinnen/Therapeuten angeboten und Psychoedukationsmaßnahmen an die Bedürfnisse dieser Personengruppe adaptiert werden.

Hinsichtlich der **Weiterentwicklung der bestehenden Angebote** kann berichtet werden, dass mittlerweile gute Erfahrungen mit dem tagesklinischen Angebot der *Therapiestation Carina* (Schwerpunkt psychosozialer Stabilisierung und Tagesstrukturierung) gemacht wurden, das als Überbrückungshilfe in Hinblick auf eine Arbeitsintegration dient (Stiftung Maria Ebene 2013). Krisenintervention ist nun auch an der *Therapiestation Lukasfeld* möglich, nachdem aufgrund der neuen Entgiftungsstation die Bettenzahl, aber auch die personellen Kapazitäten ausgebaut wurden.

Der *Grüne Kreis* hat im Berichtszeitraum sein Eltern-Kind-Angebot im Marienhof auch auf Eltern in Substitutionsbehandlung ausgeweitet (Agostini 2013), da diese – wie andere suchtkranke Eltern auch – häufig nicht über die nötigen Erziehungskompetenzen verfügen und daher verstärkte therapeutische Unterstützung benötigen.

Hinsichtlich der Weiterentwicklung des Behandlungssystems kann auch auf ein paar **aktuelle Studien** verwiesen werden, die unter anderem Empfehlungen enthalten. Köchl und Fischer (2012) stellen fest, dass auf Basis von wissenschaftlichen Erkenntnissen und wegen ihrer Wirtschaftlichkeit ambulante Behandlungen den „Grundpfeiler der Intervention in der psychiatrischen Erkrankung der Substanzabhängigkeit“ darstellen sollten. Sie ermöglichen des Weiteren eine Auseinandersetzung mit Alltagsherausforderungen und soziale Reintegration. Einschränkend wird darauf hingewiesen, dass bei multipler Belastung multiprofessionelle und interdisziplinäre Einrichtungen notwendig sind. Hinsichtlich der Einbettung von Suchtkranken in die allgemeine medizinische Versorgung wird niedergelassenen (Haus-)Ärztinnen und Ärzten große Bedeutung eingeräumt. Empfohlen wird aber die Anstellung z. B. von klinischen Psychologinnen und Psychologen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern in deren Praxen, um eine qualitativ hochwertige Behandlung sicherzustellen.

Eine Dissertation⁵² zu Indikatoren für einen vorzeitigen Therapieabbruch an der Therapiestation für Drogenkranke *Walkabout* (Steiermark) ergab, dass folgende Punkte auf einen Abbruch hindeuten können: Doppeldiagnosen, verstärkte Tendenz zu Bagatellisierung und Wunschkdenken zu Beginn der Therapie, erhöhter Substanzkonsum zur Stressregulation sowie erhöhtes Verlangen nach psychotropen Substanzen zur Halbzeit bzw. zu Ende der Therapie. Aufgrund der Ergebnisse empfohlen werden geschlechtsspezifische Behandlungsmethoden, ambulante Vor- und Nachbetreuung als gleichwertiger und fester Bestandteil der abstinenzgestützten Therapie, Tages- und Nachtkliniken sowie die Arbeit mit Angehörigen während und nach dem

52

Zwischen Juni 2010 und August 2012 wurden insgesamt 118 polytoxikoman konsumierende Personen (86 Männer, 32 Frauen) im Alter von 16 bis 59 Jahren während ihrer zwölfwöchigen Drogenentwöhntherapie an der Therapiestation *Walkabout* untersucht. Zu vier Messzeitpunkten (2., 6., 10. Woche und nach 6 Monaten) wurden Persönlichkeit, Copingverhalten, Krankheitsverarbeitung, Temptation-Coping sowie das Verlangen nach psychotropen Substanzen untersucht.

stationären Aufenthalt. Komorbide Störungen sollten durch ein multiprofessionelles Team im ambulanten Setting langfristig behandelt werden, aber auch Unterstützung bei der (Re-)Integration ist hier wichtig. Durch das Angebot von Tages- und Nachtkliniken könnte sich die Behandlungsbereitschaft erhöhen und könnten weitere Gruppen von Substanzabhängigen erreicht werden. (Schnalzer 2012)

In einer weiteren Dissertation⁵³ wurden die Zusammenhänge von Sozialkapital⁵⁴ und gelingender Reintegration untersucht (vgl. auch Kap. 8.3), wobei auch hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Langzeittherapie Schlüsse gezogen wurden. So sollte während des Therapieprozesses verstärkt auf den Nutzen von Sozialkapital, das innerhalb von Beziehungen zwischen den Behandelten aufgebaut wird, geachtet werden. Aber auch die Beziehungen zu Familienangehörigen sollten in die Therapie einbezogen und besser genutzt werden. Um dies zu ermöglichen, wäre eine ausführliche Sozialanamnese zu Beginn der Therapie hilfreich, die die vorhandenen Ressourcen aufzeigen kann. (Just 2012)

Zur **Qualitätssicherung** in der Suchtbehandlung ist von verschiedensten Aktivitäten zu berichten. 2012 wurde die Ausweitung des Prinzips der „2nd Opinion“⁵⁵ (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) auf den ambulanten Therapiebereich getestet. Seit Anfang 2013 werden auch ambulante Angebote im Rahmen der 2nd Opinion in unterschiedlichen Einrichtungen gefördert (SDW 2013). Im Zusammenhang mit der *Neuordnung der Leistungserbringung zwischen SDHN und KAV* wurde auch eine „mobile 2nd Opinion“ installiert, die es ermöglicht, Maßnahmenpläne für die betroffenen Klientinnen und Klienten vor Ort in den Einrichtungen des KAV zu erstellen.

Vom *Verein Dialog* wurde im Berichtszeitraum in einem partizipativen Prozess (Einbindung aller Mitarbeiter/innen) ein Behandlungskonzept formuliert und diskutiert, das die wesentlichen Grundhaltungen bzw. ein Grundverständnis von Sucht, Zielgruppen, Ziele und Angebote etc. definiert und nach außen transportieren soll (Zedrosser, p. M.). Es wird z. B. festgehalten, dass für Entscheidungen über individuelle Beratung, Betreuung oder Behandlung sowohl das „Modell der 5 Säulen“ von Petzold als auch die Zielpyramide nach Meili verwendet und Zielvereinbarungen regelmäßig überprüft und – wenn nötig – adaptiert werden (Verein Dialog 2013). Als wesentliche Elemente der Arbeit des Vereins werden genannt ein multiprofessioneller Ansatz und – entsprechend einem ganzheitlichen Grundverständnis von Sucht – Kooperation und Vernetzung mit vielen Einrichtungen und Behörden aus Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus den Bereichen Ausbildung und Arbeit.

53

Die Studie basiert auf einer Literaturrecherche sowie auf qualitativen Interviews mit Fachleuten und problemzentrierten Interviews mit ehemals drogenabhängigen Personen, die eine Langzeittherapie absolviert haben.

54

Konzept von Bourdieu. Unter Sozialkapital werden die Ressourcen (bzw. Vorteile) verstanden, die durch ein Netzwerk an zwischenmenschlichen Beziehungen entstehen.

55

Vor der Inanspruchnahme einer von der SDW geförderten Therapie muss eine zweite Meinung eingeholt werden, die die Indikation überprüft und bestätigt.

Der im Jahr 2011 gegründete *Verein Suchtberatung Tirol* hat 2012 ein Leitbild entwickelt, das für die landesweit arbeitende ambulante Drogenberatung eine wertschätzende, akzeptierende und verständnisvolle Haltung sowie das Verständnis von Sucht als riskanten Lösungsversuch als Grundlage festlegt (Verein Suchtberatung Tirol 2013).

Im Berichtszeitraum wurde wieder eine Reihe von **Veranstaltungen** organisiert, die die fachliche Auseinandersetzung mit bestimmten Themen bzw. den Austausch unter Fachleuten fördern sollen, hier aber nicht vollständig aufgelistet werden können. Die Substitutionsbehandlung war Schwerpunktthema vieler Veranstaltungen, wie beispielsweise der von ÖGABS, ÖVDF und Medizinischer Universität Wien unter dem Titel „35 Jahre arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken in Österreich: Rückblick und Perspektiven“ im November 2012 organisierten, aber auch des bereits etablierten „Substitutionsforum“ in Mondsee im April 2013 und des interdisziplinären „Symposiums zur Suchterkrankung“ in Grundlsee im März 2013. Die „3. Studientage Komplexe Suchtarbeit“ der *Caritas Akademie* in Graz beschäftigten sich mit dem Thema „Im Rausch der Bewegung“⁵⁶, womit nicht nur die Bewegung als Therapieform, sondern auch im Sinne von Ursachen (Phänomenologie) oder Veränderung (der Drogenpolitik) verstanden und aufgegriffen wurde. „Sucht & Spiritualität“ war Thema eines interkulturellen Dialogs anlässlich des 30-Jahre-Jubiläums des *Vereins Grüner Kreis*. Die Jahrestagung des *Anton Proksch Instituts* im Januar 2013 legte den Fokus auf „Psychische Erkrankungen von Suchtkranken“.

5.3 Zugang zum Behandlungssystem

5.3.1 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Betreuungsjahrgang 2012 sind zum siebenten Mal Daten des österreichweiten „Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI verfügbar⁵⁷ (vgl. auch Tab. A23 – A28). Da sich die Variablenstruktur im Vergleich zu den Vorjahren auf-

56

Mehr dazu unter www.streetwork.caritas-steiermark.at/studientage-komplexe-suchtarbeit/ (11. 6. 2013).

57

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten auf Einrichtungsebene zwar ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2012 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit der Ausnahme Wien) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht zu entnehmen, da in diesem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden können. Im Jahr 2010 wurden rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2011b). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ausfällt.

grund einer Überarbeitung des Dokumentationssystems verändert hat und durch die Änderung des Wiener Dokumentationssystems (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) eine Verzerrung durch Doppelzählungen bei Behandlung in mehreren Wiener Einrichtungen praktisch ausgeschlossen wurde, sind die Daten mit den Vorjahren nur eingeschränkt vergleichbar.

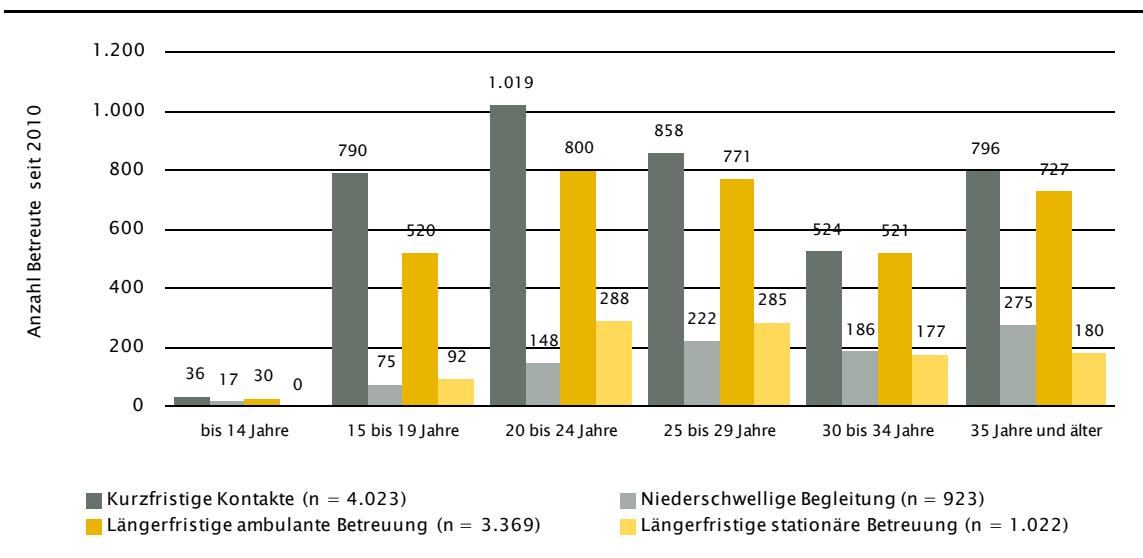
Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.369 Personen vor, die im Jahr 2012 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.429 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 1.022 begonnen, bei 289 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen in drogenspezifischer Behandlung im klassischen Sinn befindlichen Personen wurden im DOKLI 923 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 4.023 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben.

16 Prozent der längerfristig ambulant und 9 Prozent der stationär betreuten Personen sind unter 20 Jahre alt (niederschwellige Begleitung: 10 %, kurzfristige Kontakte 21 %). Zwischen 40 (niederschwellige Begleitung) und 56 Prozent (langfristige stationäre Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abb. 5.4, Tab. A23).

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen zwischen 23 und 29 Prozent.

Abbildung 5.4:

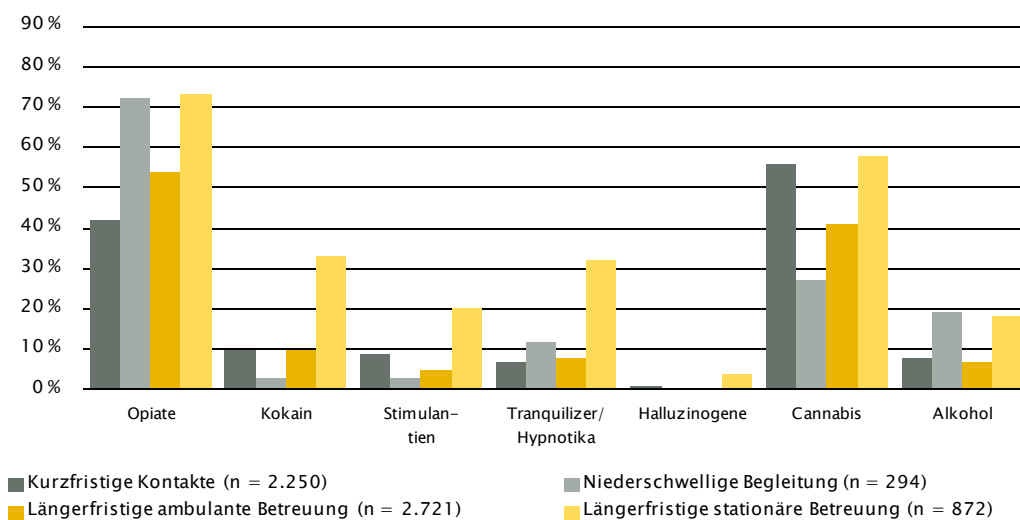
Anzahl der Personen, die 2012 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge⁵⁸. Kokain als Leitdroge hat nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 5.5 und Tab. A27). Es zeigt sich damit, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen anderen EU-Ländern Opiate die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EBDD 2012).

Abbildung 5.5:
Leitdroge(n) der Personen, die 2012 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, in Prozent, nach Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

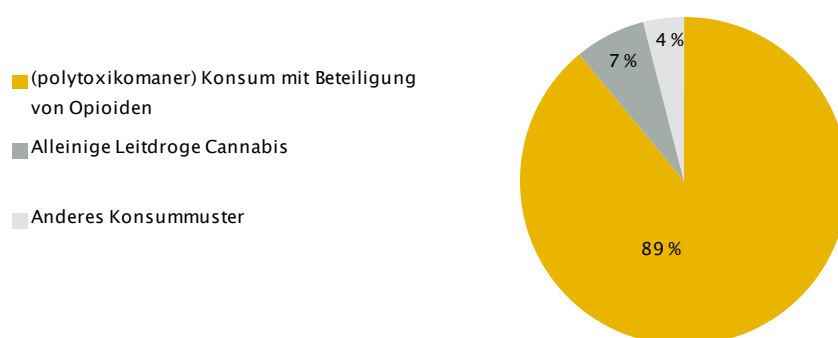
Der Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 27 und 58 Prozent. Dies ist allerdings zum Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Anteil von Personen mit Therapieaufgabe in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist (siehe auch GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

58

Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition - angelehnt an ICD-10 - auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden. Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, welche die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Ausschließlich rechtliche Problematik ist anzukreuzen, wenn kein behandlungsrelevanter Konsum vorliegt, aber eine rechtliche Weisung besteht (GÖG/ÖBIG 2013b).

Möchte man basierend auf den DOKLI-Daten Rückschlüsse auf die Konsummuster von Personen in einer drogenspezifischen Betreuung insgesamt ziehen, so muss beachtet werden, dass im DOKLI-System nur ein kleiner Teil der Personen in Substitutionsbehandlung erfasst wird. Im „Epidemiologiebericht 2012/2013“ wurde unter Berücksichtigung von Überschneidungen von Substitutionsregister und DOKLI, von Doppelzählungen in DOKLI und der Coverage von DOKLI hochgerechnet, dass sich 2011 insgesamt etwa 19.000 Personen in drogenspezifischer Betreuung befanden. Bei 89 Prozent dieser Klientinnen und Klienten liegt eine (polytoxikomane) Drogenproblematik mit Beteiligung von Opioiden vor (vgl. Abb. 5.6; GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

Abbildung 5.6:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung) 2012



Quellen: GÖG/ÖBIG-DOKLI, eSuchtmittel; Darstellung: GÖG/ÖBIG

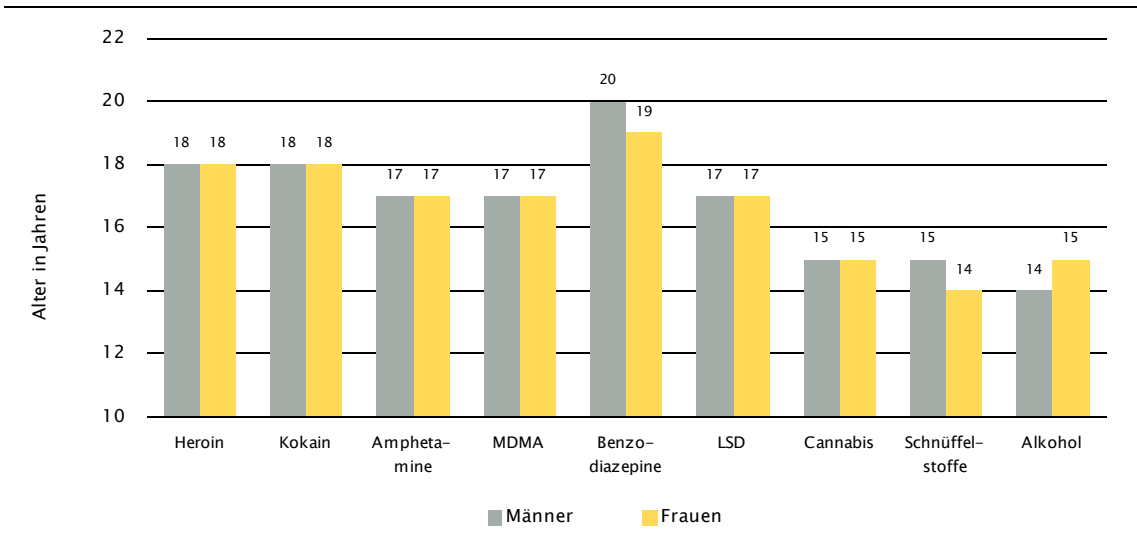
Weiterführende Informationen zum Alter beim Erstkonsum und zur vorwiegenden Einnahmeform liegen nur für längerfristige ambulante und stationäre Betreuungen vor. Hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsum zeigt sich, dass dieser bei den meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren liegt (vgl. Abb. 5.7). Nur bei Cannabis, Schnüffelstoffen und Alkohol lässt sich ein geringeres Alter beim Erstkonsum feststellen.

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

Bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben im ambulanten Bereich 42 Prozent und im stationären Bereich 67 Prozent der in DOKLI dokumentierten Klientel. Der Anteil von Personen mit intravenösen Konsumerfahrungen ist über die Jahre relativ konstant bzw. leicht rückläufig und bei Personen, die erstmals im Leben eine längerfristige drogenspezifische Betreuung in Anspruch nehmen, deutlich geringer (vgl. GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Die große Bedeutung des Sniffens beim Heroin- bzw. Opiatkonsum bestätigt sich auch bei den DOKLI-Daten 2012 (vgl. Busch und Eggerth 2010 bzw. GÖG/ÖBIG 2008a).

Abbildung 5.7:

Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2012 in Österreich eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht

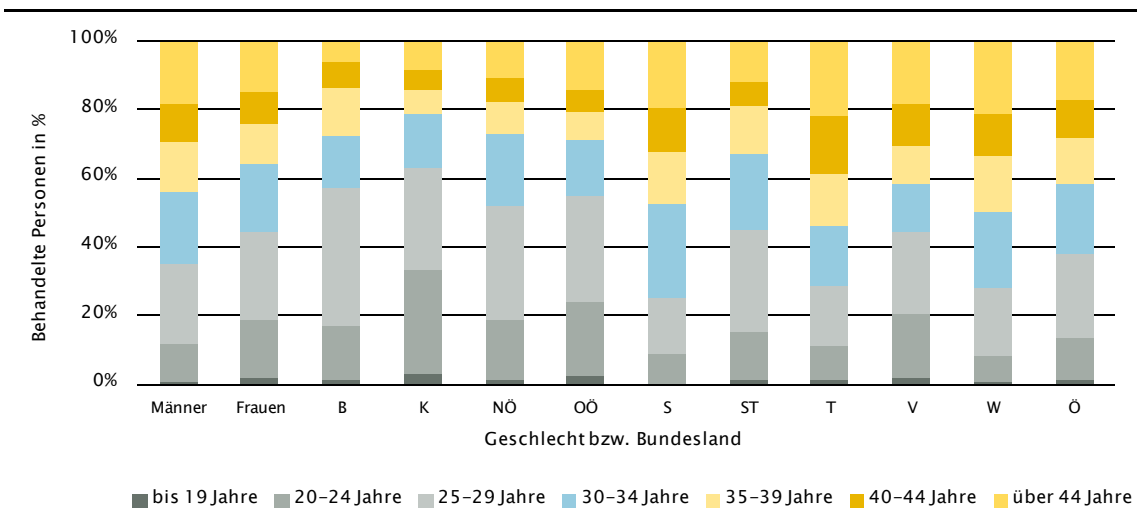


Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Von den 16.892 insgesamt im Jahr 2012 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 73 Prozent männlich und 27 Prozent weiblich. Die Verteilung nach Geschlechtern bei den 1.207 im Jahr 2012 erstmals in Substitutionsbehandlung Gemeldeten ist nahezu ident (74 % Männer, 26 % Frauen).

Abbildung 5.8:

Altersstruktur 2012 der in Österreich in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland



Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.8 zeigt die Altersstruktur der 2012 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind 14 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt, 24 Prozent liegen in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre, 34 Prozent befinden sich im Alter von 30 bis 39 Jahren, und 28 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen. Während beispielsweise im Burgenland, in Kärnten, Niederösterreich und Oberösterreich über die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt sind, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol und Wien weniger als ein Drittel.

5.3.2 Trends und Anzahl der betreuten Personen

Da DOKLI erst seit 2006 existiert, lassen sich über langfristige Trends nur wenige Aussagen machen (vgl. Kap. 5.3.1). Eine weit zurückreichende Zeitreihe liegt bezüglich des Monitorings der Substitutionsbehandlungen vor (vgl. auch ST TDI und ST24)⁵⁹.

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (Abb. 5.9). Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zur geschätzten Prävalenz, so zeigt sich, dass sich die In-Treatment-Rate über die Jahre massiv erhöht hat. Während sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Drogenproblemen (Opioide) seit 1999 lediglich um 50 Prozent erhöht hat, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht (vgl. Abb. 5.10). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

Insgesamt befinden sich derzeit etwa 50 bis 56 Prozent der geschätzten Anzahl von Personen mit problematischem Opioidkonsum in Substitutionsbehandlung bzw. 56 bis 63 Prozent in einer drogenspezifischen Behandlung (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

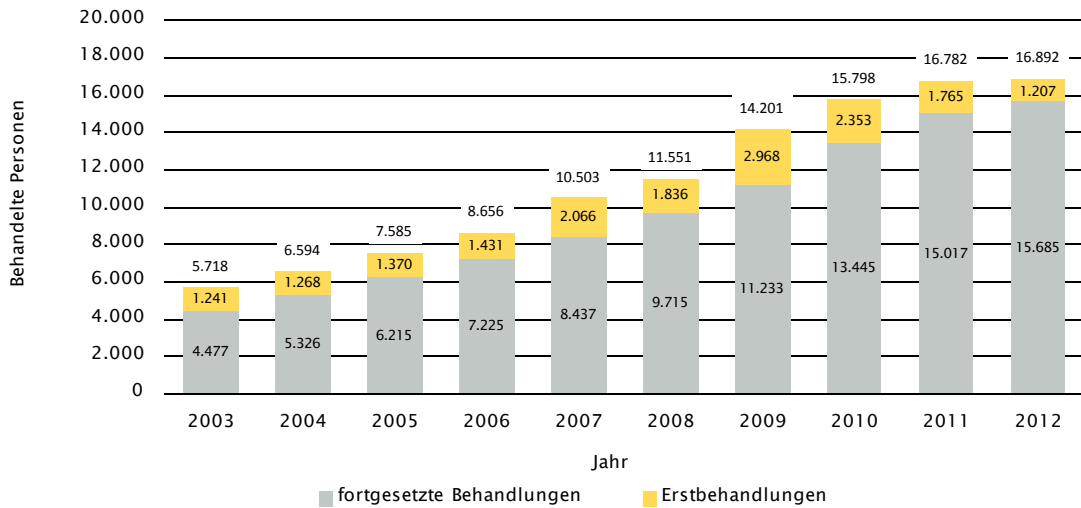
Eine Aufschlüsselung der Personen in Substitutionsbehandlung nach Alter, Geschlecht und Region findet sich in Kap. 5.3.1, eine Darstellung der gemeldeten Behandlungen nach Bundesland in Tab. A22.

59

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMG wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und erfolgten oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010c). Dieses Manko konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Zeitreihe – insbesondere was die letzten Jahre betrifft – wesentlich verbessert werden (Eliminierung des „Ghost-Case“-Fehlers; vgl. Kap. 4.1). Lediglich ein Teil der Behandlungen, die vor 2011 abgeschlossen und im alten System nicht gemeldet wurden, konnte rückwirkend nicht nachgetragen werden. Dieser Fehler dürfte aber in erster Linie Behandlungen aus den Jahren vor 2007 betreffen, da sich bereits 2007 die Meldepraxis entscheidend verbessert hat (vgl. GÖG/ÖBIG 2011b). Dennoch ist die Anzahl der Erstbehandlungen insbesondere 2008 und 2009 möglicherweise durch Nachmeldungen verfälscht (Nachmeldung bereits in Behandlung befindlicher Personen, die fälschlicherweise als Erstbehandlungen aufscheinen). Bezüglich der ab 2011 angegebenen Zahlen ist davon auszugehen, dass sie der Realität entsprechen.

Abbildung 5.9:

Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2003–2012

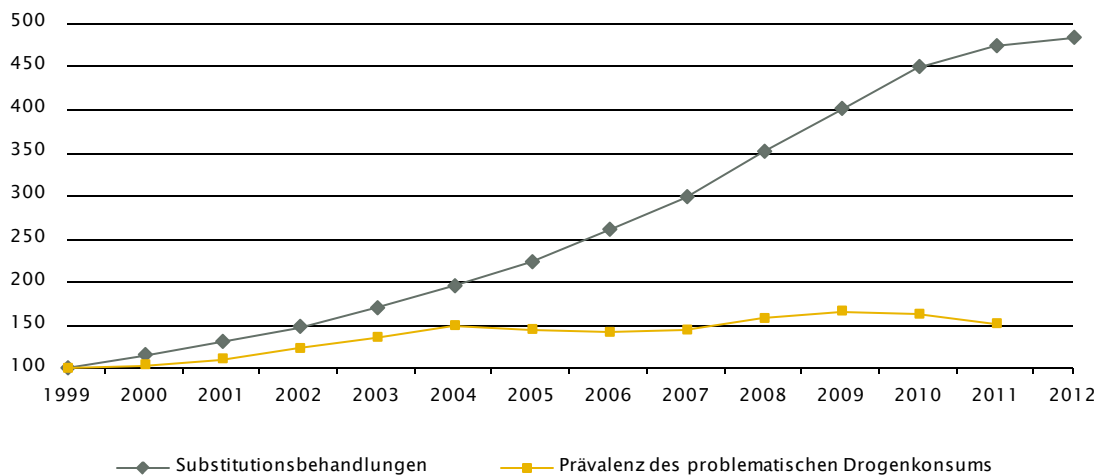


Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung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

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.10:

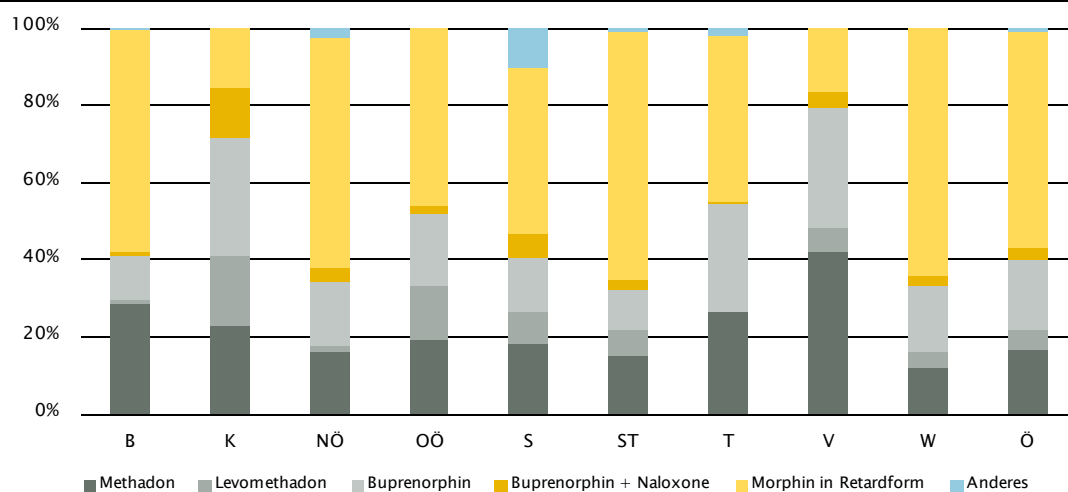
Entwicklung der Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl von Personen mit problematischem Drogenkonsum (Index - 1999 = 100 %)



Quellen: DOKLI, eSuchtmittel; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene Substitutionsmittel dar, gefolgt von Buprenorphin (18 %) und Methadon (16 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Während beispielsweise in Kärnten und Vorarlberg bei unter einem Fünftel der Behandelten Morphin in Retardform zum Einsatz kommt, ist dies in Wien und der Steiermark bei über zwei Dritteln der Behandelten der Fall (vgl. Abb. 5.12). Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen (vgl. Abb. 5.12). Die Tendenz geht dahin, dass bei älteren Klientinnen und Klienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird.

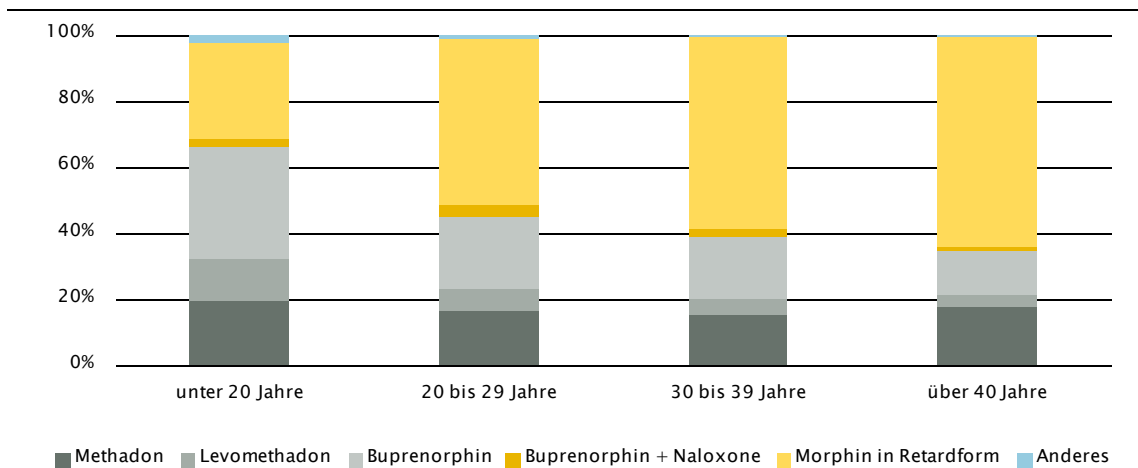
Abbildung 5.11:
Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland 2012



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.642 der insgesamt 16.892 Personen, da bei 250 Personen (2 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.12:
 Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel
 und Alter



Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.642 der insgesamt 16.892 Personen, da bei 250 Personen (2 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

6.1 Einleitung

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

Ein Überwachungssystem (Meldepflicht, Surveillance) besteht lediglich für Hepatitis C, wobei jedoch von einer Unvollständigkeit der Meldungen ausgegangen werden kann und die Daten daher kaum Aussagekraft besitzen (ÖBIG 2006). Daten zum Impfschutz hinsichtlich Hepatitis A und B können dem „Gesundheitsbericht Österreich 2009“ (GÖG/ÖBIG 2009c) entnommen werden. Auswertungen bezüglich der speziellen Gruppe der i. v. Konsumierenden, basierend auf den genannten Datenquellen, sind nicht möglich, da diese Gruppe nicht gesondert ausgewiesen ist. Für HIV-Infektionen gibt es lediglich ein Labormeldesystem, in dem die Zahl der Neuinfektionen erfasst wird. Eine Zuordnung zu Alters- oder Risikogruppen ist darin nicht möglich. Aids-Erkrankungen sind hingegen meldepflichtig. Die anonymisierte Aids-Meldung lässt auch Rückschlüsse auf Übertragungswege, Alter, Geschlecht und andere demografische Parameter zu. Seit Einführung der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) hat die Statistik der anonymisierten Aids-Meldungen an Bedeutung verloren, da nur mehr wenige Aids-Fälle gemeldet werden (in erster Linie Endstadien, Personen, die nicht auf die Therapie ansprechen und sehr spät diagnostizierte Fälle; Klein, p. M.). Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemie in Österreich kommen heute aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von sieben Behandlungszentren ein. Bis Anfang 2013 wurden 7.584 Patientinnen und Patienten erfasst. Es wird davon ausgegangen, dass in der Kohorte etwa zwei Drittel aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen und 85 Prozent der HIV-Positiven in antiretroviraler Therapie (ART) erfasst werden (AHIVCOS 2013⁶⁰).

Die Datenlage zu Infektionskrankheiten bei Personen mit i. v. Konsum kann als sehr schlecht und nicht repräsentativ bezeichnet werden (vgl. ST9). Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung vor. Die beiden wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und die im Rahmen des freiwilligen Testangebots der Wiener niederschweligen Einrichtung Ambulatorium Suchthilfe Wien (vormals Daten *ganslwirt*)⁶¹ erfassten Daten dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken,

60

Der Bericht ist als eBook erhältlich: http://issuu.com/agesnews/docs/ages_hiv-bericht_2013_ebook (11. 6. 2013).

61

Mitte 2012 wurde die niederschwellige Einrichtung *ganslwirt* an andere Stelle als *jedmayer* verlegt (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Die Daten zu den Infektionskrankheiten 2012 wurden zur Hälfte im *ganslwirt* erhoben und zur Hälfte im *jedmayer* bzw. im ebenfalls an den neuen Standort verlegten *Ambulatorium für Suchtkranke*.

dass nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist (z. B. wird sich eine Person, die bereits über eine HIV-Infektion Bescheid weiß, nicht erneut testen lassen). Dieser Bias liegt zwar bei den drogenbezogenen Todesfällen nicht vor, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich Hepatitis C und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems zu drogenassoziierten Infektionskrankheiten stellt ein großes Manko dar und macht Trendaussagen sehr unsicher.

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

Seit 1989 werden in Österreich vom BMG Daten zu drogenbezogenen Todesfällen gesammelt. Bei direkt drogengiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden, die Personen verstarben an einer akuten Intoxikation (Überdosierung). Daten zu drogenbezogenen Todesfällen finden sich in ST5 und ST6.

6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

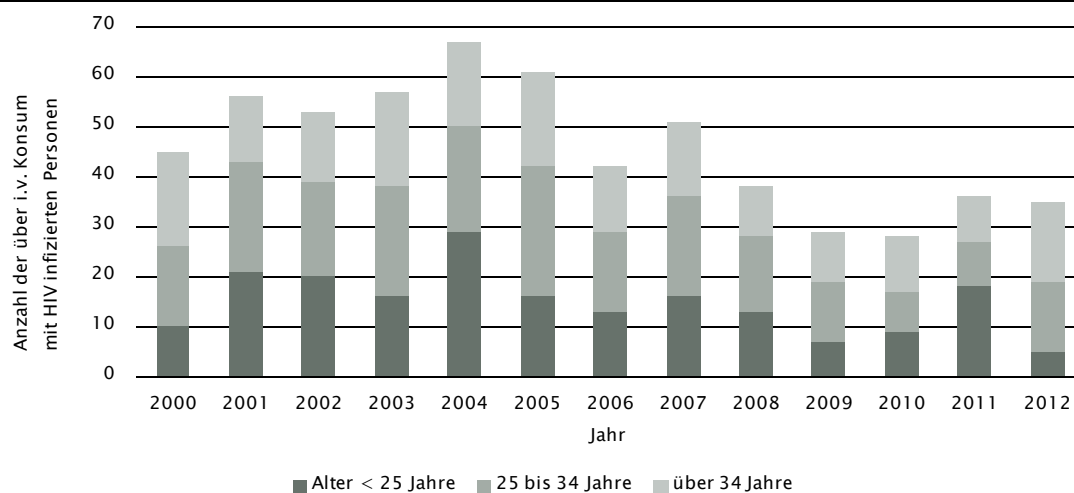
Lag die HIV-Prävalenzrate in der Gruppe der Personen mit i. v. Konsum Anfang der 1990er Jahre noch bei zirka 20 Prozent, bewegt sie sich seither auf niedrigerem Niveau (2012: 0 % bis 12 %; vgl. Tab. 6.1), wobei die höchsten Werte bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden wurden. Hier wurden auch in der näheren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. 2009: 5 % bis 12 %; vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Abbildung 6.1 zeigt, dass die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie⁶² aufgenommen wurden, in den letzten Jahren rückläufig war. 2011 zeigte sich jedoch seit 2007 erstmals wieder ein Anstieg, insbesondere in der Gruppe der Personen unter 25 Jahren. 2012 sind die Werte aber nicht weiter angestiegen.

62

Die österreichische HIV-Kohorten-Studie (AHIVCOS) startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Otto-Wagner-Spital Wien, AKH Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 1. 2013 wurden insgesamt 7.584 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass in etwa 85 Prozent aller in ART-Behandlung befindlichen HIV-positiven Personen und etwa die Hälfte aller diagnostizierten HIV-positiven Personen ohne antiretrovirale Therapie in der Kohorte erfasst sind. Bei einer Schätzung von etwa 1.800 bis 2.800 undiagnostizierten HIV-positiven Personen sind in der Kohorte somit etwa die Hälfte bis zwei Drittel aller HIV-positiven Personen in Österreich erfasst. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2012).

Abbildung 6.1:

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



Quellen: AHIVCOS 2013 und Zangerle, p. M.; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Prävalenzrate für Hepatitis B streut in den verfügbaren Datenquellen im Berichtsjahr von 2 Prozent bis 23 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Fußnoten zu Tabelle 6.1).

Die Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-Ab-)Prävalenz hatte sich in den letzten Jahren bei rund 50 Prozent eingependelt. 2011 lag sie bei 34 bis 70 Prozent und 2012 bei 20 bis 69 Prozent. Rezent gibt es bei der Betrachtung der beiden wichtigsten Datenquellen (DOKLI und Ambulatorium Suchthilfe Wien, vormals Daten *ganslwirt*) Anzeichen für einen Anstieg bzw. eine Stabilisierung auf sehr hohem Niveau (vgl. Tab. 6.1 und Abb. 6.2). Allerdings kann aufgrund der Datenqualität bzw. des Erhebungssettings nicht verifiziert werden, ob es sich um einen verallgemeinerbaren Trend handelt. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen tätigen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich (z. B. in Form einer repräsentativen Seroprävalenzstudie).

In der AHIVCOS werden auch Daten zu Ko-Infektionen mit Hepatitis B und Hepatitis C erfasst. Während in der gesamten aktuellen Kohorte (Stand: 1. 1. 2013; vgl. AHIVCOS 2013) die Ko-Infektionsrate mit chronischer Hepatitis B⁶³ 4 Prozent und mit chronischer Hepatitis C⁶⁴

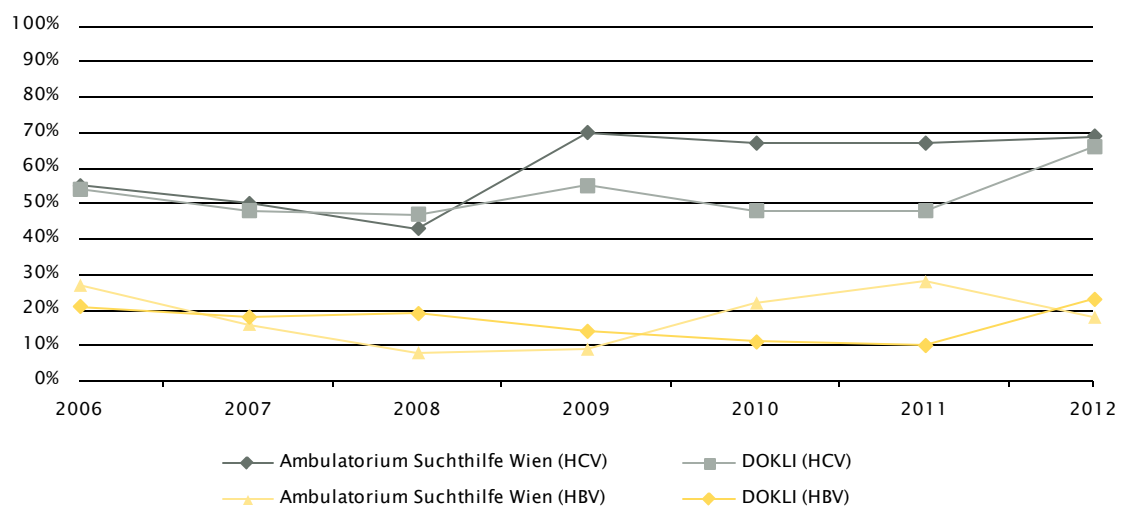
63
HBsAG positiv oder positives HBV-DNA-Testergebnis

64
HCV-AB positiv und HCV-RNA positiv oder HCV-AB negativ, aber HCV-RNA positiv oder HCV-AB positiv und kein HCV-RNA-Testergebnis verfügbar

16 Prozent beträgt, machen die entsprechenden Raten bei Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum 6 Prozent bzw. 61 Prozent aus. Insgesamt weisen 95 Prozent der Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum und verfügbarem HCV-Status (n= 890) entweder einen positiven HCV-AB-Test oder einen positiven HCV-RNA-Test aus oder befinden sich in HCV-Behandlung und haben sich daher gesichert mit HCV infiziert. Ko-Infektionen insbesondere mit Hepatitis C stellen demnach bei HIV-positiven Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum ein großes Problem dar.

Abbildung 6.2:

HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und Ambulatorium Suchthilfe Wien
(vormals Daten *ganslwirt*, 2006–2012)



Anmerkung: Legende zu den Datenquellen siehe Tabelle 6.1

Quelle: ST 9; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt. Es besteht jedoch auch hier eine große Streubreite der HCV-RNA-Prävalenz (z. B. Marienambulanz: 41 %, Ambulatorium Suchthilfe Wien: 72 %).

Bezüglich der HCV-Genotypisierung liegen Daten aus AHIVCOS vor. Bei 518 HIV-positiven Personen (Ansteckungsweg i. v. Drogenkonsum) mit HCV-Ko-Infektion⁶⁵ wurde zu 62 Prozent Genotyp 1, zu 28 Prozent Genotyp 3, zu 6 Prozent Genotyp 4 und zu 5 Prozent Genotyp 2 festgestellt (AHIVCOS 2013; Zangerle, p. M.).

65

Die Daten beziehen sich auf HIV-positiven Personen mit HCV-Ko-Infektion, die seit 2005 mindestens einen Kontakt mit den in AHIVCOS inkludierten Behandlungseinrichtungen hatten, ihre HIV-Infektion über intravenösen Drogenkonsum erworben hatten und bei denen der Genotyp der HCV-Infektion bekannt ist.

Tabelle 6.1 :

Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei i. v. Drogenkonsumenten in Österreich, 2012

Datenquelle	HBV-Rate	HCV–Ab–Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	2 % (1/59) ¹	41 % (24/59)	0 % (0/59)
Ambulatorium Suchthilfe Wien	18 % (24/132) ²	69 % (104/150)	5 % (7/142)
Caritas Marienambulanz	13 % (13/100) ³	66 % (66/100)	0 % (0/100)
DOKLI	23 % (38/166)	66 % (116/175)	1 % (3/204)
Drogenbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2012	nicht erfasst	20 % (27/135) ⁴ 44 % (27/61) ⁴	5 % (7/135) ⁴ 12 % (7/60) ⁴

- 1 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die laut Anamnese nicht gegen Hepatitis B geimpft waren.
- 2 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, die gesichert Kontakt mit Hepatitis B hatten.
- 3 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen sowohl HBVc- als auch HBVs-Antikörper nachgewiesen wurden. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer alleinigen antiHBVs-Positivität, da diese auf eine HBV-Impfung zurückzuführen ist.
- 4 Nur in 60 bzw. 61 von 135 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV–Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV–Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anamnestisch erhobene Daten zu den drogenbezogenen Infektionskrankheiten finden sich für Wien in der Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Probleme im BADO–Bericht für den Erhebungsjahrgang 2011 (vgl. Tab. A30, IFES 2012a). Die Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten der *Wiener BADO* weist auf eine Prävalenz chronischer HCV von 26 Prozent hin und auf eine Prävalenz chronischer HBV von 2 Prozent. Diese Raten entsprechen in etwa den Vorjahren. Auch die HIV–Prävalenz liegt laut Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten weitgehend stabil bei 4 Prozent, ist jedoch deutlich höher als bei den meisten in Tabelle 6.1 aufgelisteten Datenquellen (IFES 2012). Die Betroffenheit der Klientinnen und Klienten mit einer Hepatitis–C–Erkrankung steigt nahezu linear mit dem Alter an: Beträgt die Prävalenz bei den unter 21–Jährigen noch 10 Prozent, so steigt sie bei den über 40–Jährigen auf 37 Prozent an. Eine Unterscheidung zwischen einem positiven HCV–Antikörpernachweis und einem positiven HCV–RNA–Status ist aufgrund der Erhebungsart (Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten) nicht möglich. Auch die in der EQUATOR–Studie (vgl. Kap. 5.2) an Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung anamnestisch erhobenen Daten zur Infektionsprävalenz zeigen eine hohe Infektionsrate für Hepatitis C (42 %). 12 Prozent geben einen positiven HBV–Status an und 3 Prozent eine HIV–Infektion (Stöver 2012a).

Die Meldungen der kontinuierlichen nationalen Statistik der Aids–Erkrankungsfälle zeigen, dass i. v. Konsum mit 14 Nennungen (21 %) als Risikosituation an letzter Stelle nach heterosexuellen Kontakten (n = 22) und homosexuellen Kontakten (n = 18) steht. 12 Fälle werden 2012 unter „Anderer/unbekannter Ansteckungsweg“ gemeldet (BMG 2013; vgl. Tab A8).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich der Tuberkulose (Tbc) vor. Von 118 Tbc–Angaben im DOKLI–Datensatz (vgl. Kap. 5.3) ist lediglich eine Person Tbc–positiv diagnostiziert worden. Diese Zahlen belegen, dass Tbc bei den vom Drogensystem erfassten Personen weiterhin kein Problem darstellt. Die Tbc–Impfrate basiert auf den Daten von

349 Personen. Auch die diesjährigen Daten bestätigen die geringe Durchimpfungsrate bei Tbc (2 Prozent) (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 399 Personen, zum Hepatitis-B-Impfstatus von 508 Personen vor. Die **Durchimpfungsrate** von 19 Prozent bei Hepatitis A bzw. von 24 Prozent bei Hepatitis B ist als niedrig zu bezeichnen. Es lässt sich aber erkennen, dass bei Personen unter zwanzig Jahren eine etwas höhere Impfquote besteht als in den anderen Altersgruppen (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger etwas über einen tatsächlich bestehenden Impfschutz als vielmehr lediglich über eine vorangegangene Impfung aussagen.

6.3 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

In der Statistik der *Wiener BADO* (Erhebungsjahrgang 2011) geben 66 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an⁶⁶. Neben chronischer Hepatitis C (26 %) nennen die Klientinnen und Klienten der Wiener Drogeneinrichtungen Zahnprobleme (21 %) am häufigsten. Diesem Anteil folgen Angaben über Magen- bzw. Darmprobleme (14 %) und psychiatrische Probleme (16 %), Haut- bzw. Venenprobleme und Krampfanfälle epileptischer Art geben 8 bzw. 6 Prozent an. 12 Prozent der weiblichen Klientel haben gynäkologische Probleme (IFES 2012a). Hinsichtlich der Häufigkeit der Angaben zu den einzelnen gesundheitlichen Problemen hat sich, wie in Tab. A30 ersichtlich ist, in den vergangenen fünf Jahren kaum etwas verändert.

Die Statistik der Themen, die in den Beratungsgesprächen des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien* angesprochen werden, zeigt, dass bei 18 Prozent der 3.245 Gespräche psychische Gesundheitsprobleme und bei 20 Prozent physische Probleme thematisiert werden (SHW 2013b; vgl. Kap. 8.3). Bei *streetwork* in Wien wurde die psychische bzw. physische Gesundheit in jeweils etwas weniger als der einem Drittel der durchgeführten Beratungs- und Betreuungsgespräche thematisiert (SHW 2013c).

Eine Studie des Departments für Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien untersucht die Auswirkungen von chronischer Opiatabhängigkeit auf Myokardfibrose (Seltenhammer et al. 2013).⁶⁷ In der Studie konnte nachgewiesen werden, dass chronische Opiatabhängigkeit zu Myokardfibrosen führt. Aufgrund der atemdepressiven Wirkung von Opiaten wird das Herz nicht ausreichend mit Sauerstoff versorgt, was langfristig zu fibrotischen Veränderungen im Herz

66

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

67

Dazu wurden retrospektiv 76 drogenbezogene Todesfälle aus den Jahren 1993 und 1994 mit 23 Verstorbenen im gleichen Alter an der Gerichtsmedizin der Medizinischen Universität Wien verglichen. Die Jahre 1993 und 1994 wurden gewählt, da in diesen Jahren ein relativ niedriger Beikonsum von Kokain beobachtet wurde. Bei zwei Dritteln der drogenbezogenen Todesfälle wurden mehrere Suchtgifte festgestellt und bei ebenso vielen Fällen Heroin nachgewiesen.

führt. Dies kann dazu führen, dass bei chronisch Opiatkonsumierenden bereits niedrigere Dosierungen zu (letalen) Überdosierungen führen können.

Die in der EQUATOR-Studie (vgl. Kap. 5.2) befragten österreichischen Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung geben zu 61 Prozent an, bereits an einer Depression gelitten zu haben, und zu 41 Prozent an einer Angststörung. Eine nicht tödlich verlaufene Überdosierung geben 18 Prozent der Studienteilnehmer an (Stöver 2012a).

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

Jährlich analysiert wird die körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen), basierend auf den Befunden (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) der gerichtsmedizinischen Gutachten zu direkt drogenbezogenen Todesfällen. Diese zeigen wie in den Vorjahren eine ausgeprägte körperliche Organschädigung der Suchtgiftkonsumierenden (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

Bei den meisten indirekt drogenbezogenen Todesfällen⁶⁸ erlagen die Opfer (28 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose (größtenteils bedingt durch Hepatitis C) oder Krebs. Drei Personen verstarben an Aids; vier Personen kamen bei einem Unfall ums Leben; zwei Personen begingen Suizid (nicht durch eine Suchtgiftvergiftung), und drei starben aus anderen Gründen (z. B. Mord) (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

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

6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz) versterben. In die jährliche Statistik ebenfalls einbezogen, jedoch gesondert ausgewiesen, werden die zu verzeichnenden tödlichen Überdosierungen nach Konsum *neuer psychoaktiver Substanzen*.

68

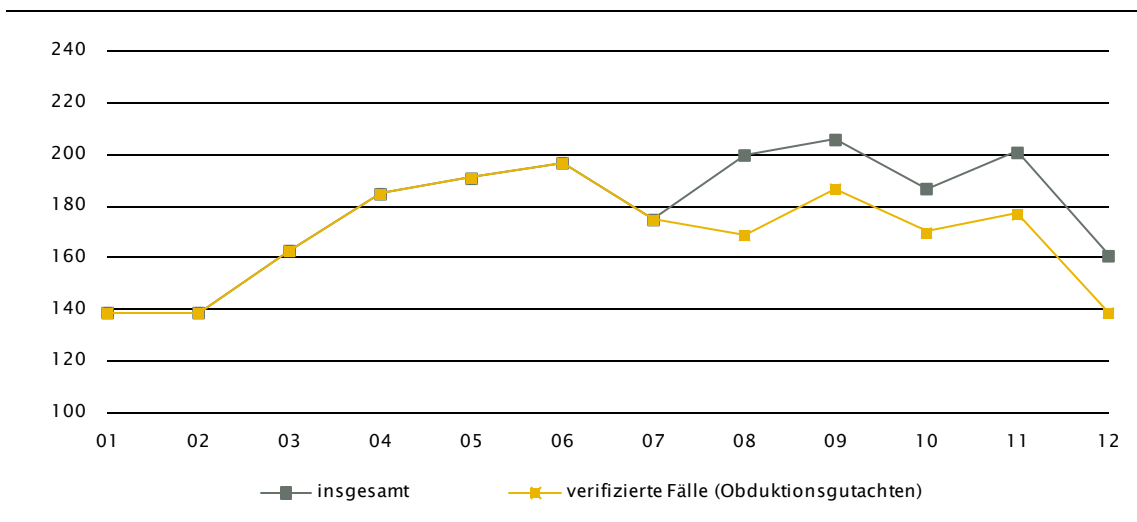
Bei indirekt drogenbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit Beteiligung einer Droge. Aufgrund einer drogenbezogenen Vorgeschichte ist aber eine Beziehung zwischen Tod und Drogenkonsum denkbar. Da eine Klassifizierung nur möglich ist, wenn ein entsprechender Verdacht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

Die Klassifizierung der Todesfälle basiert auf den Ergebnissen einer (gerichtsmedizinischen) Obduktion einschließlich chemisch-toxikologischer Analyse. Bei Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, wurden eine Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfall vermerkten Fälle sowie die amtlichen Totenbeschauscheine herangezogen.

Insgesamt wurden für das Jahr 2012 auf Basis von Obduktionsbefunden 139 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 22 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)⁶⁹. In Summe wird daher für das Jahr 2012 von 161 direkt auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen ausgegangen. Eine Aussage zu kurzfristigen Trends ist nicht möglich, da die Anzahl jährlichen Schwankungen unterliegt (vgl. Abb. 6.3). Es scheint aber, dass nach einem erkennbaren Anstieg zwischen 2003 und 2006 die Anzahl der tödlichen Überdosierungen langsam zurückgeht (vgl. Abb. 6.3). Eine endgültige Trendaussage ist erst mit Vorliegen der Zahlen der nächsten Jahre möglich. Die Zahlen nach Bundesländern und Altersgruppen finden sich in den Tabellen A3 bis A7 im Anhang.

Abbildung 6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich: mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2001–2012



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

69

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

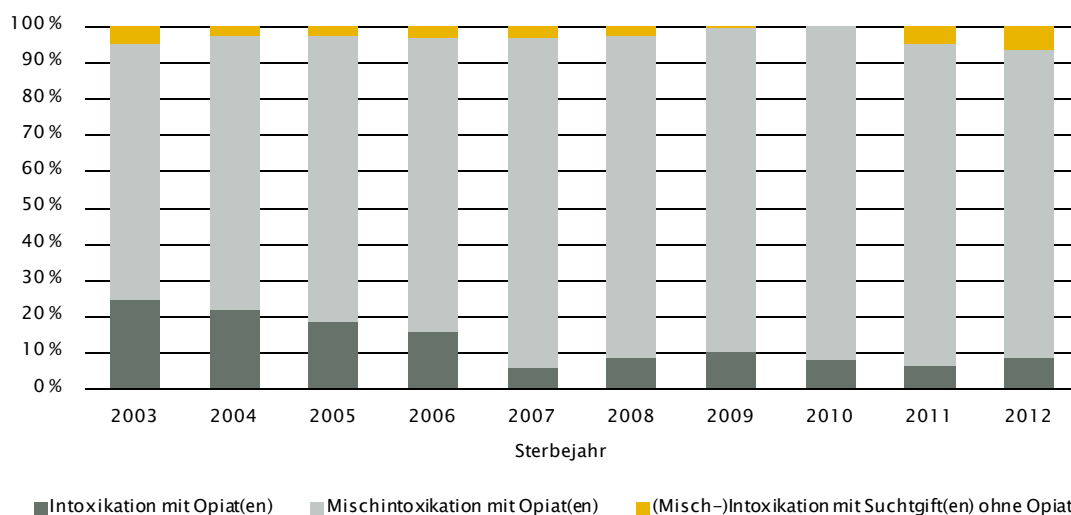
Bei 15 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie wurden ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden bei 47 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka, bei 12 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 26 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka. Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (vgl. Abb. 6.4). Polytoxikomane Konsummuster unter Beteiligung von Opiaten, bei denen die sich teilweise potenzierende Wirkung unterschiedlicher Substanzen schwer kontrollierbar ist, sind nach wie vor stark verbreitet und stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar.

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 der typische Marker von 6-MAM im Falle eines Heroinkonsums 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 durchgeführt wurde. Mit sechs Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl der Verstorbenen mit Beteiligung von Heroin. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den hundert Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich neun auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Zwei Personen verstarben 2012 an *neuen psychoaktiven Substanzen* (GÖG/ÖBIG 2012) ohne Beteiligung von Suchtgiften: In einem Fall wurde eine „designeramphetaminartige Struktur“ gefunden, und im anderen Fall lag eine Monointoxikation mit Methoxetamin (einem Ketamin-derivat) vor. In weiteren vier Fällen wurden *neue psychoaktive Substanzen* in Kombination mit Suchtgiften (Opiate oder Kokain) nachgewiesen. Festgestellt wurden dabei 4-MEC, eine cathinonartige Substanz, MDPV und mcPP. (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung)

2012 verstarb eine Oberösterreicherin, die nach eigenen Angaben „Badesalz“ konsumiert hatte, was üblicherweise mit *neuen psychoaktiven Substanzen* in Verbindung gebracht wird. Bei der gerichtsmedizinischen Untersuchung wurde das Lokalanästhetikum Bupivacain in toxischer Konzentration nachgewiesen, Suchtgifte oder *neue psychoaktive Substanzen* konnten jedoch nicht identifiziert werden.

Abbildung 6.4:
 Prozentanteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache,
 2003–2012



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

Der gruppierte Median⁷⁰ des Sterbealters betrug im Jahre 2012 30 Jahre. Somit liegt der Median im Schwankungsbereich der Jahre zuvor (2009: 29; 2010: 29; 2011: 30). Der Anteil der Gruppe der Personen unter zwanzig Jahren entspricht mit 7 Prozent⁷¹ dem Anteil in den letzten zehn Jahren (2009: 10 %; 2010: 7 %; 2011: 13 %; vgl. Abb. 6.5 und Tabellen A5 im Anhang). Der Anteil der Frauen an den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 20 Prozent der verifizierten direkten drogenbezogenen Todesfälle⁷² dem langjährigen Durchschnitt.

70

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

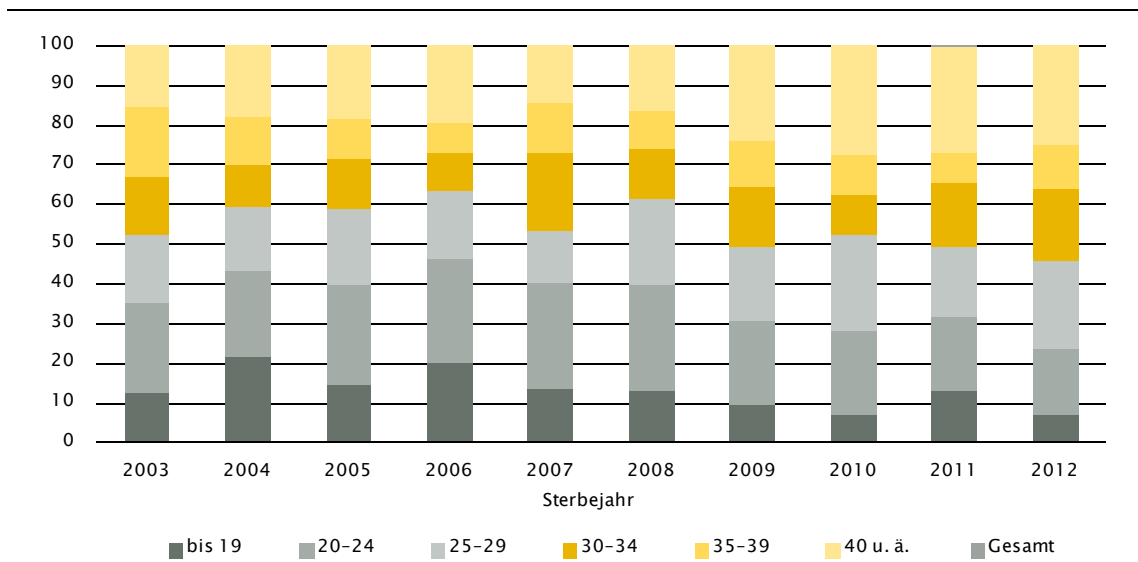
71

Der Anteil beträgt 9 Prozent bei Berücksichtigung der nicht obduzierten drogenbezogenen Todesfälle.

72

Der Anteil beträgt 19 Prozent bei Berücksichtigung der nicht obduzierten drogenbezogenen Todesfälle.

Abbildung 6.5:
 Altersverteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich,
 in Prozent, 2003–2012



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

7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

7.1 Einleitung

Unter Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen wird eine Vielfalt von Interventionen gefasst. Diesbezügliche Angebote liegen in Österreich schwerpunktmäßig im Bereich von drogenrelevanten Infektionskrankheiten und bieten vorwiegend niederschwellige Unterstützung im Sinne von Schadensminimierung an. Spritzentausch, Hepatitis-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sind gängige Angebote von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten (Streetwork). Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Die vorliegenden Informationen und Daten stammen vorwiegend aus Jahresberichten einzelner Einrichtungen bzw. von den Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder (siehe auch SQ 23/29).

7.2 Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen

Auf Bundesebene stellen Maßnahmen zur Reduzierung von drogenbezogenen Todesfällen und Schadensminimierung nach wie vor ein wichtiges Thema dar und werden auch in die nationale Suchtstrategie (vgl. Kap. 1.3) einfließen. Die dafür vom BMG initiierte „Delphi-Studie“ (vgl. Kap. 1.3) unterstreicht im „Interventionsfeld Suchthilfe“ die Relevanz von Überlebenshilfe und Schadensminimierung. Ausgehend von einer akzeptanzorientierten Grundhaltung, wird darin generell die Notwendigkeit beschrieben von kostenlosen niederschweligen Angeboten, aufsuchender sozialer Arbeit, Aufklärung hinsichtlich Verständigung der Rettung bei Alkohol- oder Drogenintoxikation wie auch einer flächendeckenden Spritzenabgabe und Spritzentausch zur Infektionsprophylaxe. Drug-Checking-Programme wiederum werden als Ansatzpunkt für Beratung und zur Förderung von Risikokompetenz erwähnt (Uhl et al. 2013a).

Konkrete Initiativen zu drogenbezogenen Notfällen bzw. Todesfällen bestehen vor allem im niederschweligen Bereich der Drogenhilfe auf Einrichtungsebene bzw. vereinzelt auch auf Länderebene. Informations- und Beratungsleistungen wird hierbei ein großer Stellenwert zugeschrieben. Eine zentrale Rolle spielt jedoch auch die Notfallhilfe, z. B. Kriseninterventionen und Observationen (SHW 2013c, SHW 2013g, Caritas Vorarlberg 2013). Spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Konsumierende bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in niederschweligen Einrichtungen weiterhin angeboten (Ex und Hopp 2013).

Risikant konsumierende Jugendliche rücken zunehmend in den Fokus der Einrichtungen bzw. der Fachleute. Im Frühjahr 2013 veranstaltete der REITOX Focal Point eine Fokusgruppe mit österrei-

chischen Expertinnen und Experten aus der Praxis zu diesem Thema (vgl. Kap. 5.2). In Hinblick auf das Vermeiden von Notfällen und Überdosierungen ist bei dieser Zielgruppe eine Kontinuität in der Behandlung und Betreuung zentral.

Drug Checking, wie von *checkit!* in Wien angeboten, ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting. Von allen 2012 analysierten Proben enthielten 17 Prozent zwar den erwarteten Inhaltsstoff, allerdings musste wegen der hohen Dosierung gewarnt werden, und bei 28 Prozent der Proben musste aufgrund gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe gewarnt werden. Die Ergebnisse werden auch an das *Early Warning System* (EWS) der EBDD gemeldet. Bei der Eventbetreuung steht das Konsumverhalten inklusive Überdosierung thematisch im Vordergrund (SHW 2013d).

Drogenkonsumräume bzw. Gesundheitsräume werden in Österreich weiterhin auf fachlicher und medialer Ebene diskutiert⁷³. Im Bericht der vom BMG initiierten „Delphi-Studie“ zur Vorbereitung einer nationalen Suchtpräventionsstrategie finden Konsumräume – unter der Voraussetzung eines breiten politischen Konsenses und einer entsprechenden Rechtsgrundlage (Rechtssicherheit) – im „Interventionsfeld Suchthilfe“ Erwähnung (Uhl et al. 2013a). Zum Thema „Harm Reduction – Drogenkonsumräume in Österreich“ wurde 2012 eine Diplomarbeit eingereicht, die auf Basis von Expertinnen- und Experteninterviews die Vor- und Nachteile von Konsumräumen erarbeitet bzw. diese im Kontext von gesundheitsbezogenen, sozialbezogenen, ökonomischen, rechtlichen bzw. moralisch-ethischen Argumentationslinien diskutiert (Summer 2012).

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

7.3 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

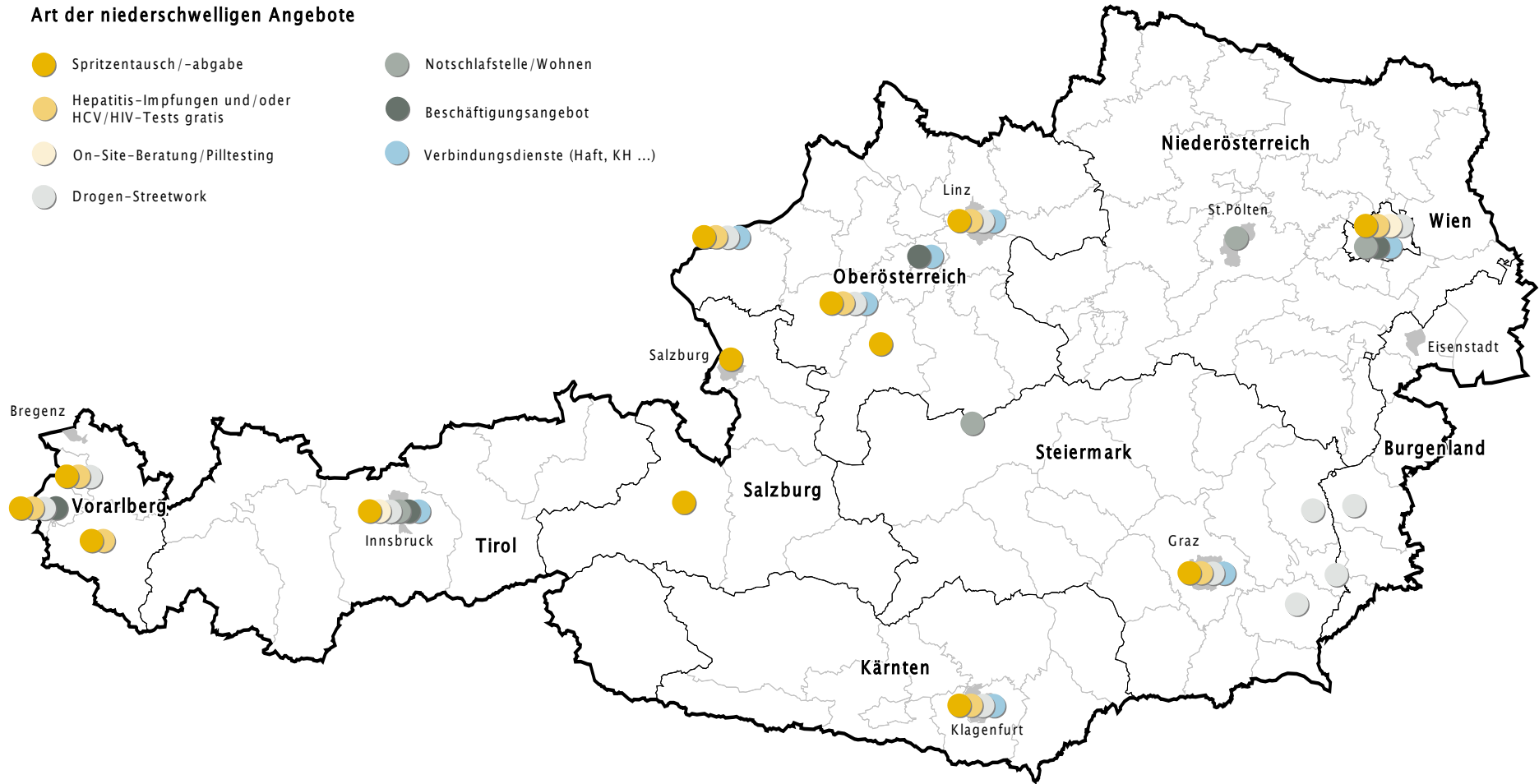
Die Infektionsprophylaxe ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen befindet sich in den meisten Einrichtungen mit über 97 Prozent auf sehr hohem Niveau (SHW 2013a, Caritas Vorarlberg 2013). Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf gibt es in Österreich die Möglichkeit, Spritzen und Nadeln in Apotheken und bei Automaten zu erwerben. Spritzenautomaten sind in fünf Bundesländern im Einsatz (vgl. Tab. A29, GÖG/ÖBIG 2011a).

73

Z. B.: <http://i-dk.org/> (2. 7. 2013)

Karte 7.1:

Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2013



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

Im Vergleich zum letzten Berichtsjahr hat sich die Zahl der Spritzenaustausch-Angebote leicht verändert: In Wörgl (Tirol) wird seit Dezember 2012 ein Spritzenautomat betrieben (Gstrein, p. M.). Kärnten berichtet von zwei neuen Streetwork-Angeboten mit Spritzenabgabe, was sich auch in der Anzahl der abgegebenen Spritzen widerspiegelt (vgl. Tab. A29). In Wien gibt es durch die Eröffnung der neuen niederschweligen sozialmedizinischen Einrichtung *jedmayer* als Nachfolgeeinrichtung von *ganslwirt* und *TabeNo-Süd* nun die Möglichkeit, an zwei fixen Standorten Spritzen zu tauschen, wobei *Streetwork* am Stützpunkt Karlsplatz ausschließlich Notfallspritzensets abgibt. 2012 wurden am Stützpunkt Karlsplatz im Tagesschnitt 54 Sets und im Rahmen der Straßensozialarbeit im Tagesschnitt 10 Sets abgegeben (SHW 2013a, SHW 2013c). In Steyr (OÖ) wurden 2013 im Rahmen des Projekts *Flow Akut* ein Spritzenautomat und fünf öffentliche Entsorgungsboxen aufgestellt (Institut Suchtprävention 2013). In Salzburg wurde das Konzept für ein niederschwelliges Angebot mit Spritzenaustausch fertiggestellt, die Umsetzung aber aus budgetären Gründen ausgesetzt (GÖG/ÖBIG 2012, Suchtkoordination des Landes Salzburg 2013). Das niederschwellige Betreuungszentrum I.K.A in Graz hat aufgrund der Nachfrage seine Öffnungszeiten auf fünfzig Stunden pro Woche erweitert (Ederer, p. M.).

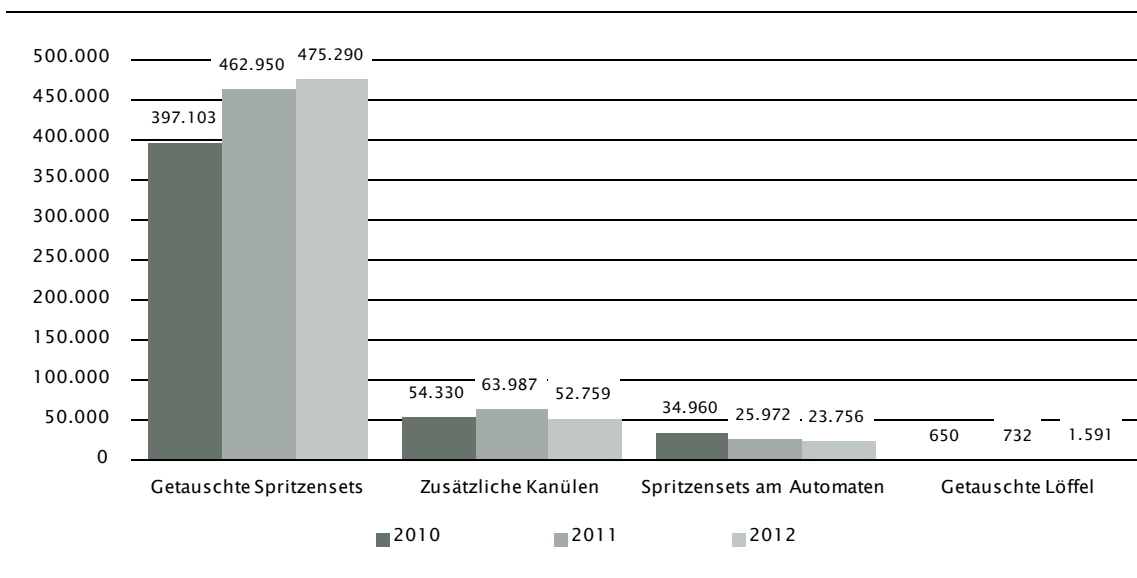
In den Bundesländern ist die Zahl der abgegebenen bzw. verkauften Spritzen leicht angestiegen. 2012 wurden österreichweit (ohne Vorarlberg⁷⁴) 4.297.664 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben (vgl. Tab. A29; ST10). zeigt, dass in Graz 2012 eine Zunahme an getauschten Spritzensets bzw. Löffeln verzeichnet wurde. Die Zahl der gekauften Sets an den Spritzenautomaten ist hingegen leicht rückläufig (vgl. ST10, Tab. A29). Der Spritzenverkauf an Drogenkonsumierende in Apotheken wird nicht systematisch erhoben, es liegen daher keine vergleichbaren Zahlen vor.

Safer Use und **Safer Sex** sind Themen in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden, die vor allem im niederschweligen Setting Relevanz haben. *Ex und Hopp* (Vorarlberg) veranstaltet seit November 2012 ein umfangreiches Schwerpunktprojekt zum Thema Safer Use. Zielgruppe sind neben i. v. bzw. risikoreich Konsumierenden auch Mitglieder des Selbsthilfvereins *Starke Süchtige* bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung. Das Projekt umfasst themenspezifische Film- bzw. Diskussionsnachmittage, Beratungsgespräche, Safer-Use-Schulungen, Erste-Hilfe-Kurse und anonyme HIV-/Hepatitis-Statusbestimmungen. Der vorliegende Zwischenbericht zeigt, dass Safer-Use-Regeln seit Projektbeginn zunehmend im offenen Betrieb diskutiert werden. Das Angebot der Safer-Use-Projektwochen wird mittlerweile von anderen niederschweligen Einrichtungen in Vorarlberg in Anspruch genommen (Ex und Hopp 2013). Die niederschwellige Grazer Einrichtung *Kontaktladen* verzeichnete 2012 einen großen Anstieg der Safer-Use-Beratungsgespräche (2011: 46; 2012:147). Safer Use ist zudem ein wichtiger Inhalt der Kontaktladenzeitung *Harlekin* (Caritas Diözese Graz-Seckau 2012a, 2012b, 2013a). Auch im Rahmen von Therapieangeboten sind Safer Use, Safer Sex, Infektionsprophylaxe, Wege aus dem i. v. Konsum und Erste Hilfe Themen der Vorbetreuung wie auch der Entlassungsvorbereitung (vgl. Preinsperger, p. M.).

74

Von Vorarlberg liegen für 2012 keine Zahlen vor. Eine Abbildung der österreichischen Gesamtzahlen (GÖG/ÖBIG 2012) ist daher nicht möglich.

Abbildung 7.1:
Abgabe von Spritzen und Paraphernalia in Graz, 2010–2012



Quelle: Caritas Diözese Graz–Seckau 2013a; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Medizinische Universität Wien veranstaltete im Frühjahr 2013 das Abschlussmeeting zum EU-Projekt *REDUCE* („Reducing Hepatitis C Risk Behaviours among Female Drug Users“). Die Ergebnisse des Projekts, nämlich ein Toolkit zur Messung von HCV-Risikoverhalten, ein Handbuch zur Gruppenintervention zur Reduktion des Risikoverhaltens und ein dazugehöriges Video stehen online zur Verfügung⁷⁵.

Eine weitere wesentliche Maßnahme im Bereich Prävention und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten stellen **Hepatitis-Impfprojekte** dar, die jedoch nur in einigen Einrichtungen der Drogenhilfe angeboten werden. Das Impfangebot ist in den meisten Fällen an eine kostenlose Statusbestimmung hinsichtlich HIV und Virushepatitis geknüpft (Caritas Diözese Graz–Seckau 2013a, SHW 2013a).

Die **Behandlung von Hepatitisinfektionen** bei Drogenkonsumierenden ist in Wien in sämtlichen gastroenterologischen Ambulanzen der Wiener Krankenanstalten Routine (vgl. GÖG/ÖBIG 2012).

75

<http://www.thereduceproject.imim.es/manual.html> (9. 7. 2013)

7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (vgl. GÖG/ÖBIG 2011b und 2012). Psychiatrische Komorbidität war auch Thema der von der GÖG organisierten Fokusgruppe zu riskant konsumierenden Jugendlichen. Der *Verein Dialog* (Wien) berichtet von einer Zunahme von Jugendlichen mit massiven psychischen Belastungen und weniger problematischem Konsum. Um den Anforderungen dieser Gruppe gerecht zu werden, wurde das Angebot adaptiert bzw. die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen intensiviert. Dank eigenem Personal mit kinder- und jugendpsychiatrischer Ausbildung sowie Kooperationen mit anderen Einrichtungen gelingt dies bzw. die Weitervermittlung gut (Zedrosser, p. M.).

Interventionen und Maßnahmen, die auf allgemeine **gesundheitliche Aspekte** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Vor allem im niederschweligen Bereich sind psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrale Themen der Beratungsgespräche (SHW 2013c, Verein Substanz 2013; vgl. Kap. 6.3). Im Juli 2012 erfolgte die Eröffnung der sozialmedizinischen Einrichtungen *jedmayer* und *ambulatorium suchthilfe wien*. In weiterer Folge wurde mit Dezember 2012 die Wochenend- und Feiertagsversorgung von Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung, die zuvor vom Pavillon W des Otto-Wagner-Spitals durchgeführt worden war, dem *ambulatorium suchthilfe wien* übertragen. All jene, die im Rahmen ihrer Substitutionsbehandlung in einen Versorgungsengpass geraten, werden im Ambulatorium erstbehandelt, und im Bedarfsfall wird die Versorgungslücke medikamentös überbrückt. Die medizinische Behandlung von Patientinnen, die sich nicht in Substitutionsbehandlung befinden und Patienten am Wochenende und am Feiertag, die schon bisher zum Aufgabengebiet des Ambulatoriums zählte, wird beibehalten. Zudem bietet sich das Ambulatorium als Anlaufstelle für externe Experten mit suchtmmedizinischen Fragestellungen an (SHW 2013g).

Aufgrund des steigenden Bedarfs von Personen mit Suchtproblematiken nach **mobiler Betreuung** hat der *Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen* (2012) in Kooperation mit relevanten Fachleuten aus dem Sozial-, Gesundheits- bzw. Drogenbereich eine evidenzbasierte Handlungsleitlinie entwickelt. Diese Handlungsleitlinie ist Teil eines Gesamtpakets von Handlungsleitlinien für mobile Dienste und soll diese sensibilisieren sowie beim Erkennen von Abhängigkeitserkrankungen und der täglichen Pflege und Betreuung abhängiger Personen unterstützen. Klargestellt wird aber auch, dass die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten zu akzeptieren ist und dass Entwöhnung bzw. Entzug nur unter ärztlicher Aufsicht bzw. mit professioneller Hilfe durchzuführen sind, wobei Mitarbeiter/innen der mobilen Dienste hier unterstützend tätig sein können.

Im Rahmen einer Diplomarbeit an der Universität Wien wurden die **Rollen und Handlungskonzepte professionell Pflegender in der niederschweligen Drogenarbeit** mittels semistrukturierter Interviews näher beleuchtet. Die Datenanalyse unterstreicht die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit und der externen Vernetzungsarbeit. Professionell Pflegende in diesem Setting

nehmen eine wesentliche Rolle bei der medizinischen Grundversorgung bzw. der Präventionsberatung ein. (Karanitsch 2012)

Hinsichtlich der **Betreuung von Suchtkranken im Krankenhaus** wurden im Berichtszeitraum in Wien im Zuge des Abschlusses eines neuen Vertrages mit dem AKH die Angebote der Drogensozialarbeit im AKH (DSA im AKH) in den Spitalsverbindungsdienst *CONTACT* integriert. *CONTACT* ist zudem für das Nahtstellenmanagement zwischen den psychiatrischen Abteilungen des Wiener Krankenanstaltenverbund (KAV) und den Einrichtungen des Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes zuständig (SDW 2013).

Die niederschwellige Drogenhilfe bietet spezifische Angebote für Frauen an, die meist in einem klar abgegrenzten Setting stattfinden – darunter fallen Beratungen zu **frauenspezifischen Themen** (z. B. Beschaffungsprostitution, Gewalterfahrungen, Essstörungen) wie auch gynäkologische Behandlungen.

8 Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration

8.1 Einleitung

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

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

Maßnahmen zur sozialen (Re-)Integration von (ehemals) Drogenabhängigen wenden sich sowohl an Klientinnen und Klienten nach einer Abstinenztherapie als auch an Personen mit bestehendem Drogenkonsum. In Österreich kommt Maßnahmen dieser Art traditionell große Bedeutung zu, besonders im Hinblick auf die Bereiche Wohnen, Arbeit und (Aus-)Bildung. Diese Maßnahmen erfolgen teilweise im Rahmen der Behandlungskette innerhalb einzelner Behandlungsmodule. Die unterschiedlichen (auch niederschweligen) Angebote stehen nach einer Therapie oder suchtbegleitend zur Verfügung. Suchtkranke können auch an ausgewählten anderen Maßnahmen im Bereich Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Freizeitgestaltung teilnehmen.

8.2 Soziale Problemlagen und Drogengebrauch

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

Von Arbeitslosigkeit betroffen waren im Jahresdurchschnitt 2012 nach Angaben der Statistik Austria⁷⁶ etwa 189.000 Personen (internationale Definition), was einem Anstieg von 10.000 Personen im Vergleich zum Vorjahr und einer Arbeitslosenquote von 4,9 Prozent entspricht.

76

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitssuchende/index.html (18. 7. 2013)

Besonders betroffen waren Langzeitarbeitslose, Ausländer/innen, Behinderte und Alte; die Hälfte der neu vorgemerkten Arbeitslosen verfügt über keinen formalen Schulabschluss⁷⁷. Auch das Wirtschaftsforschungsinstitut betont, dass fehlende Bildung das größte Risiko für Arbeitslosigkeit ist, wobei einerseits Mangel an Fachkräften und Hochqualifizierten besteht und andererseits Unqualifizierte keine Arbeit finden⁷⁸.

Von den im Rahmen der EQUATOR-Studie (Goulão und Stöver 2012; vgl. Kap. 4.3) befragten österreichischen Drogenabhängigen gab etwa die Hälfte an, eine Berufsausbildung abgeschlossen zu haben. Betrachtet man den DOKLI-Klientinnen- und Klientenjahrgang 2012 (vgl. Kap. 5.3), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich (6 %) weiterhin am geringsten ist. Besonders im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung sind immer noch deutlich weniger Frauen (28 %) als Männer (34 %) erwerbstätig (vgl. Tab. A24). Zusätzlich gaben im Klientenjahrgang 2012 50 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen geben dagegen weiterhin etwa 90 Prozent eine gesicherte Wohnsituation an (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung und Tab. A26).

In Österreich waren nach einer im Jahr 2006 stattgefundenen Erhebung⁷⁹ (BAWO 2009) bei Betreuungseinrichtungen insgesamt etwa 37.000 Personen wohnungslos (Doppelzählungen möglich). Dabei handelte es sich um etwa 31.000 Erwachsene und etwa 6.000 Minderjährige, die von den entsprechenden Einrichtungen im Rahmen von Delogierungsprävention, ambulanten Hilfen und (teil-)stationärer Wohnbetreuung betreut wurden. Aktuellere Zahlen liegen lediglich aus der Stadt Salzburg vor, wo 2012 wieder eine Wohnungslosenenerhebung stattgefunden hat (Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg o. J.)⁸⁰. Die Erhebung ergab, dass im Jahr 2012 945 Personen (Oktober 2011: 847) von sozialen Einrichtungen in der Stadt als wohnungslos registriert waren.

Soziodemografische Daten aus Tirol liefert der Jahresbericht des Vereins Suchtberatung Tirol (SbTirol 2013). Im Jahr 2012 wurden dort 572 Klientinnen/Klienten zwischen 14 und 65 Jahren betreut, die zu fast 80 Prozent in einer gesicherten Wohnsituation lebten. Etwa 45 Prozent gaben

77

<http://www.salzburg.com/nachrichten/oesterreich/wirtschaft/sn/artikel/314407-im-juni-auf-jobsuche-64888/>
(18. 7. 2013)

78

http://science.apa.at/site/politik_und_wirtschaft/detail.html?key=SCI_20130628_SCI40111351013448696 (18. 7. 2013)

79

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

80

In der Stadt Salzburg hatten mit 1. Jänner 2013 etwa 150.000 Personen ihren Hauptwohnsitz.

http://www.stadt-salzburg.at/inter net/politik_verwaltung/salzburg_in_zahlen/einwohner_321402/einwohnerzahlen_1_1_2013_375125.htm (18. 7. 2013)

an, regelmäßig zu arbeiten, etwas mehr als 20 Prozent waren arbeitslos. Jeweils zwischen 25 und 30 Prozent der Betreuten waren Facharbeiter/innen bzw. ungelernte Arbeiter/innen.

In Rahmen ihrer Diplomarbeit (vgl. Kap. 4.3) hat Nagel (2012) u. a. soziodemografische Daten von Drogenabhängigen ebenfalls in Tirol untersucht. Die Datenauswertung ergab, dass 84 Prozent der Studienteilnehmer/innen in gesicherten Wohnverhältnissen wohnen und 15 Prozent obdachlos sind. In Hinblick auf die Geschlechterverteilung zeigt sich, dass weibliche Drogenkonsumierende stärker von unsicherer Wohnsituation bzw. Obdachlosigkeit betroffen sind. Eine nähere Befragung der Personen mit ungesicherter Wohnsituation ergab, dass Herbergen ausschließlich von den männlichen Teilnehmern bewohnt wurden, während Frauen bei der Frage nach der Unterkunftsform hauptsächlich „Sonstige“ wählten. Die Autorin vermutet, dass es sich dabei um kurzfristige Wohnmöglichkeiten als Austausch gegen sexuelle Gefälligkeiten handelt. Bis auf einen Studienteilnehmer bestand bei allen untersuchten Personen ein aufrechter Krankenversicherungsstatus.

Großen Einfluss auf die finanzielle Situation der Bezieher/innen hatte im Bereich der Sozialhilfe die Umstellung auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung (BMS; vgl. GÖG/ÖBIG 2012), die auch für Suchtgiftabhängige relevant sein könnte und zu der ein erster Bericht des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz vorliegt (BMASK 2012b). Der Spielraum, der den Bundesländern bei der konkreten Ausgestaltung ihrer Mindestsicherungsgesetze zusteht, wurde weitgehend im positiven Sinn genutzt. So bestehen z. B. höhere Mindeststandards für Kinder etwa in Niederösterreich, Vorarlberg und Wien, Sonderzahlungen z. B. in Tirol, großzügigere Bestimmungen zu anrechenfreien Einkünften z. B. in Oberösterreich und Salzburg sowie eine Abdeckung der tatsächlich angemessenen Wohnkosten insbesondere in Vorarlberg und Tirol. Im Burgenland können Leistungen der BMS auch vorbeugend gewährt werden, um einer drohenden Notlage entgegenwirken zu können. Diese Leistungen sind auch von Amts wegen ohne Antrag anzubieten, wenn Umstände bekannt werden, die eine Leistung erforderlich machen (BMASK 2012b).

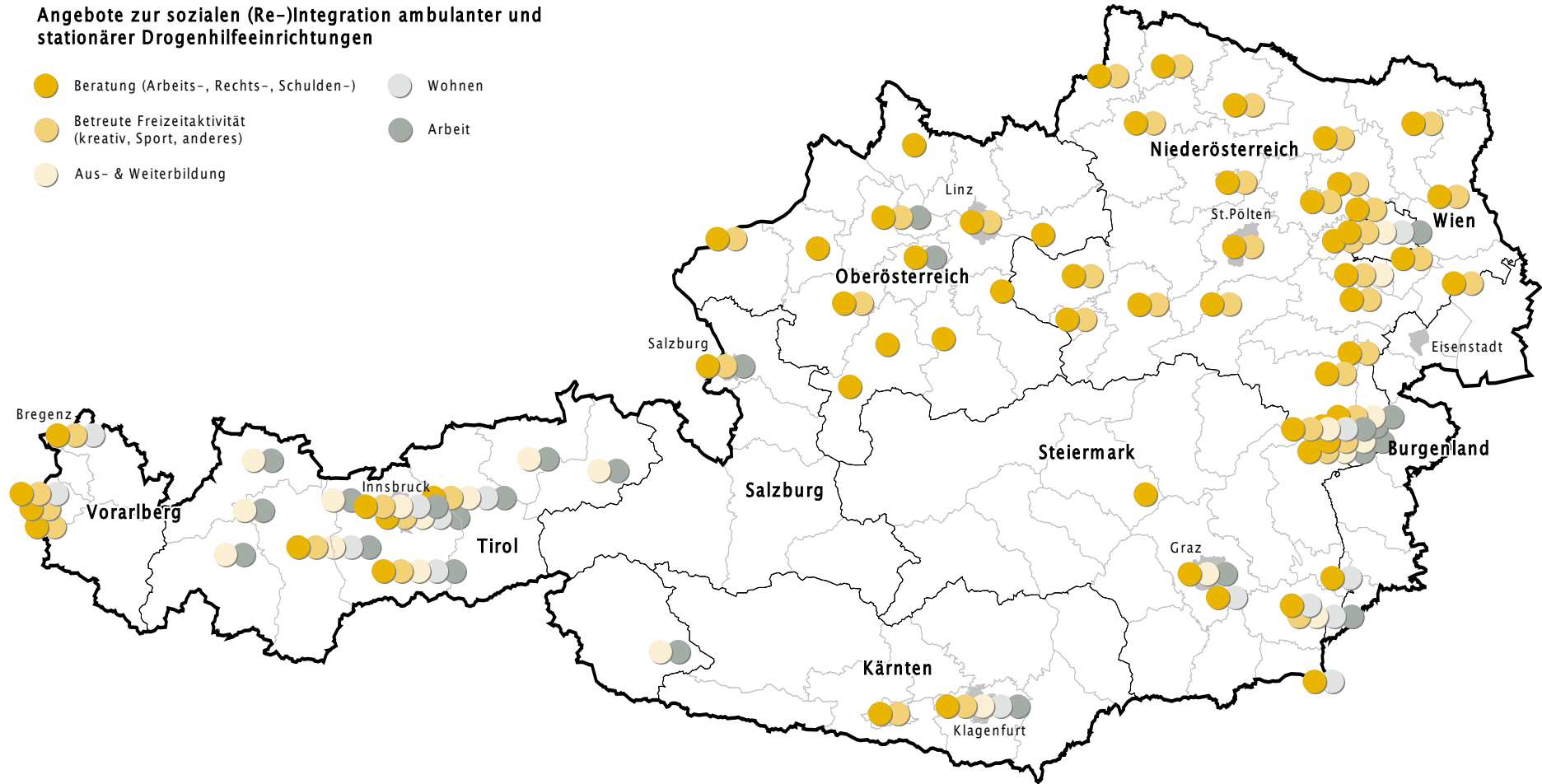
Derzeit beziehen in Österreich etwa 193.000 Personen die Mindestsicherung (2011: ca. 180.000 Personen), wobei ein Vergleich der beiden Zahlen aufgrund einer Systemumstellung in einigen Bundesländern nur bedingt zulässig ist (BMASK 2012b).

8.3 Soziale (Re-)Integration

Maßnahmen im Zusammenhang mit sozialer (Re-)Integration sind in den Bereichen Arbeit und Ausbildung, Wohnen und Freizeit angesiedelt (vgl. auch Karte 8.1). Bezüglich **Arbeit** stehen diese Aktivitäten in Form von niederschwellig zugänglicher, tageweiser Beschäftigung, aber auch als über einen längeren Zeitraum mögliche Tätigkeiten zur Verfügung. Aus dem Ausbildungsbereich liegen im Wesentlichen Informationen über neue Angebote für Fachleute, jedoch nicht für Klientinnen/Klienten vor. Viele der in den Vorjahresberichten (GÖG/ÖBIG 2010a, GÖG/ÖBIG 2011b, GÖG/ÖBIG 2012) präsentierten Angebote zur sozialen (Re-)Integration wurden weitergeführt bzw. durch Folgeprojekte abgelöst (z. B. *Standfest II*). Informationen, die über zusätzliche bzw. neue Maßnahmen im Bereich vorliegen, werden im Folgenden dargestellt.

Karte 8.1:

Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2013



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

Um einerseits eine verbesserte Zusammenarbeit aller Institutionen, die mit suchtkranken Menschen arbeiten, zu erreichen und andererseits intensiven Austausch über die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und gesetzlichen Bestimmungen im Hinblick auf die Begrifflichkeiten Arbeits- und Erwerbsfähigkeit zu fördern, wurde im Auftrag des Burgenländischen Beschäftigungspakts / Wirtschaftsservice Burgenland AG (WiBAG) das Projekt Suchterkrankung und Arbeitsfähigkeit entwickelt. Ziel des Projekts war die Schulung der Berater/innen des Arbeitsmarktservice (AMS) im Burgenland, um diesen den professionellen Umgang mit Klientinnen/Klienten mit problematischem Suchtmittelkonsum aufzuzeigen und die Sichtweise der jeweiligen Institution zu den Themen Arbeits(un)fähigkeit, Arbeits(un)willigkeit, Krankheit/Gesundheit zu vermitteln. Am zweitägigen Seminar nahmen über sechzig AMS-Berater/innen teil (Hausleitner, p. M.)

Ähnliche Fortbildungsveranstaltungen wurden auch in Niederösterreich angeboten. So fand im Sommer 2012 erstmals die Fortbildung „PUMAS: Professionalisierung im Umgang mit Abhängigkeit in sozialintegrativen Einrichtungen“ statt. Sie vermittelt Basiswissen über Suchtmittel, Abhängigkeitserkrankungen sowie Präventions- und Therapiemöglichkeiten. Darüber hinaus werden die Mitarbeiter/innen der teilnehmenden Vereine dabei unterstützt, einen professionellen Umgang mit (ehemals) suchtkranken Personen zu entwickeln und die Arbeitsweise ihrer Einrichtungen auf die Potenziale und Bedürfnisse dieser Zielgruppe abzustimmen. Derzeit laufen Planungen für einen weiteren PUMAS-Durchgang, der im Herbst 2013 stattfinden wird und sich insbesondere an Mitglieder von sozialökonomischen Betrieben (SÖB; sozialintegrative Vereine) sowie an Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe in Niederösterreich richtet. Im Jahr 2012 nahmen rund 20 Mitarbeiter/innen von insgesamt vier niederösterreichischen SÖBs an einer PUMAS Fortbildung teil. (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2013)

Bei der *Therapiestation Carina* in Vorarlberg erfolgt die Integration der Patientinnen und Patienten ins Berufsleben während der stationären Therapie durch ein Einzelcoaching, bei dem Interessenfelder abgeklärt, Bewerbungsunterlagen zusammengestellt, Vernetzungen hergestellt sowie Vorbereitungen für den Arbeitsprozess getroffen werden. Im Jahr 2012 wurde dieses Angebot durch die Einführung einer „Berufsgruppe“ ergänzt, die neben der Vorbereitung auf den Bewerbungsprozess dem aktiven Austausch im Patientinnen-/Patientenkreis in einer schwierigen Lebenssituation dient. Auch Patientinnen/Patienten der Tagesklinik nutzen das Angebot der Berufsintegration. (Stiftung Maria Ebene 2013)

Von der Caritas der Diözese Feldkirch wird das Tagwerk Arbeitsprojekt Wald betrieben. Es stellt eine Säule der neu eröffneten Kontakt- und Anlaufstelle Caritas Café dar und arbeitet eng mit der Caritas-Suchtfachstelle Feldkirch zusammen. Das Projekt richtet sich an eingeschränkt arbeitsmarktfähige Personen mit einer aktuellen substanzgebundenen Suchterkrankung und kann seit 2012 sowohl von Abhängigen legaler als auch illegaler Suchtmittel in Anspruch genommen werden. An fünf Tagen pro Woche stehen maximal zwölf Arbeitsplätze (Waldarbeit, Textilverwertung, Kochprojekt im Caritas Café, Gartenprojekt) zur Verfügung und bieten Tagesstruktur und Beschäftigungsmöglichkeit für drei Stunden pro Tag. Im Jahr 2012 haben insgesamt 57 Personen (illegale Leitdroge: 61 %; legale Leitdroge: 39 %) am Projekt teilgenommen; elf

Personen konnten sogar eine Arbeitsstelle am ersten Arbeitsmarkt⁸¹ finden. (Caritas der Diözese Feldkirch 2013)

Für jene Personen, deren Integration in den ersten Arbeitsmarkt nicht oder noch nicht möglich ist, wird in Wien durch die sozialökonomischen Betriebe *fix und fertig* (Träger: Suchthilfe Wien gGmbH) und *gabara* *upcycling design* (Träger: social-design-business – Verein zur Förderung der Sozial und Kreativwirtschaft) der Zugang zur Arbeit ermöglicht. Die beiden sozialökonomischen Betriebe bieten sowohl Transit- als auch Tagesarbeitsplätze an. Zur Förderung einer zielgruppenspezifischen und effizienten Auslastung dieser Betriebe ist die *Wiener Berufsbörse* für das Matching mit der entsprechenden Klientel zuständig. Das Kriterium „arbeitsmarktfern“ des *AMS Wien* hat die Teilnahme vieler Personen aus der Zielgruppe der Suchtkranken erschwert. Für 2013 konnte beim *AMS Wien* ein Aussetzen dieses Kriteriums bewirkt werden, sodass für 2013 mit einer verbesserten Auslastung der Betriebe zu rechnen ist (SDW 2013, vgl. auch ÖBIG 2005). Von *fix und fertig* wurden im Jahr 2012 an 287 Personen 7.392 Tagesarbeitsplätze vergeben, das sind im Schnitt pro Arbeitstag fast 30 Arbeitsplätze. Im Durchschnitt mussten pro Tag 23 Prozent der Bewerber/innen abgewiesen werden. Das Durchschnittsalter ist weiter auf nunmehr 38 Jahre gestiegen, wobei das Angebot besonders von den über 45-Jährigen stark angenommen wird. (SHW 2013f)

Seit dem Frühjahr 2012 sind *gabara* und *fix und fertig* gemeinsame Projektträger des mit Mitteln des Europäischen Sozialfonds (ESF) mitfinanzierten Modellprojekts *A.I.Q* (Arbeitsintegration mit integrierter Qualifizierung) mit dem Ziel der arbeitsmarktpolitischen Integration besonders arbeitsmarktferner Personen mit Suchterkrankung. Das Modellprojekt ist an der Schnittstelle zwischen klassischer Beschäftigungstherapie und Sozialökonomie angesiedelt. Zum einen sollen in regelmäßigen Workshops und Trainings in Form einer fall- und stundenweisen Beschäftigung arbeitsmarktrelevante handwerkliche Fähigkeiten sowie „Soft Skills“ erlernt werden (formelle Qualifizierung); zum anderen sollen „ältere“, erfahrenere Personen aus der Zielgruppe einen soziokulturellen Austausch auf Augenhöhe ermöglichen (informelle Qualifizierung). Letzteres stellt einen in diesem Bereich neuen Peer-Ansatz dar. Das mittelfristige Ziel ist die Integration in den – zumindest – zweiten Arbeitsmarkt. Die Workshops werden von einem/einer Projektbetreuer/in gemeinsam mit lebenserfahrenen Peer-Klientinnen/–Klienten angeleitet. Im Jahr 2012 konnten im Projekt *A.I.Q* 25 Tagesarbeitsplätze vergeben werden, wovon zwei Personen unmittelbar in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt wurden und fünf Personen eine Fort- bzw. Ausbildung begannen. (SDW 2013, SHW 2013f)

81

Bezeichnung für den „normalen“ Arbeitsmarkt, auf dem Arbeits- und Beschäftigungsverhältnisse bestehen, die im Unterschied zum zweiten Arbeitsmarkt ohne Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik zustande gekommen sind (Duden 2013).

In ihrer Dissertation⁸² untersucht Just (2012) den Einfluss des Sozialkapitals auf die soziale Integration von Patientinnen/Patienten in der Drogenlangzeittherapie (vgl. auch Kap. 5.2.2). Just berichtet, dass die Ziele der Reintegration innerhalb der diversen Betreuungskonzepte sehr allgemein und oberflächlich formuliert werden. Dabei wird auf die Unterstützung bei Arbeitssuche, Ausbildung, Wohnsituation, finanzieller Lage und Freizeitgestaltung hingewiesen. Wie es aber gelingen kann, ehemals Drogenabhängige in einer Art und Weise zu integrieren, in der sie dauerhaft drogenfrei bleiben können, bleibt ungeklärt. Allgemein wird angenommen, dass sich ein ehemals drogenabhängiger Mensch im Arbeitsumfeld sowie bezüglich Wohn- und Freizeitverhalten an der Gesellschaft orientieren und daraus Reintegration entstehen kann – was allerdings auch voraussetzen würde, dass zu irgendeinem Zeitpunkt vor der Drogenkarriere Integration bestanden hat. Für viele Drogenabhängige stellt sich die Integration in das gesellschaftliche Leben jedoch gegensätzlich dar, denn sie müssen im Prozess der Eingliederung neue Verhaltensweisen lernen und alte hinter sich lassen. Dabei ist Reintegration für ehemals drogenabhängige Menschen mit Voraussetzungen verbunden, die hohe Kompetenz erfordern, und so entsteht die Vermutung, dass eine Wiedereingliederung nicht erfüllbar ist. So ist es z. B. schwierig, das Ziel eines drogenfreien Lebens zu erreichen, wenn die Beziehungen zu drogenkonsumierenden Menschen weiter bestehen. Es ist aber unmöglich, innerhalb eines halben oder ganzen Jahres das Milieu zu wechseln und sich anderen Lebensbereichen wie Arbeit, Freizeitverhalten oder Wohnen zu widmen. (Just 2012)

Die Interviews zeigten, dass z. B. Kontakte im Arbeitsbereich aufgrund von Scham und Minderwertigkeitsgefühlen eine überdurchschnittlich große Herausforderung für ehemals drogenabhängige Menschen darstellen. Damit sind gerade Beziehungsstrukturen mit Arbeitskolleginnen/-kollegen für Patientinnen/Patienten einer Langzeittherapie keine Träger von sozialem Kapital. Gespräche mit den Kolleginnen/Kollegen werden oft gemieden, und Kontakten wird mit Misstrauen begegnet. Daraus kann gefolgert werden, dass gerade der Arbeitsbereich mehr Zeit benötigt und einem längeren Sozialisations- und Integrationsprozess unterliegt. (Just 2012)

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

Bei der *Therapiestation Carina* in Vorarlberg konnten bei Therapieende alle 61 Patientinnen/Patienten in eine gesicherte Wohnsituation entlassen werden, wobei mehr als drei Viertel davon eigenständig wohnen (Stiftung Maria Ebene 2013).

82

Die Studie basiert auf einer Literaturrecherche sowie 15 qualitativen Interviews mit Fachleuten und 25 problemzentrierten Interviews (13 Frauen, 12 Männer) mit ehemals drogenabhängigen Personen, die eine Langzeittherapie absolviert haben. Alle Interviews fanden von April bis Dezember 2010 statt, die Interviews mit den Fachleuten wurden in drei Einrichtungen mit Drogenlangzeittherapie (Grüner Kreis, Erlenhof, Pavillon 1 des Otto-Wagner-Spitals) und in Einrichtungen des Drogenhilfenetzwerks in Wien geführt.

Die 15 Wohnplätze, die im Rahmen des betreuten Wohnens von der *Suchthilfe Wien gGmbH* angeboten werden, waren 2012 durchgängig belegt. Zehn Betreuungen wurden beendet, sechs davon planmäßig, das heißt mit Vermittlung in eine Gemeindewohnung. Die regulären Betreuungen dauern im Schnitt 24 Monate. (SHW 2013b)

Im Rahmen der Fortbildungsreihe „Werkstatt Gesundheit und Wohnen“, die von der *Wiener Plattform Gesundheit und Wohnungslosigkeit*⁸³ organisiert wird, finden regelmäßig Veranstaltungen zum Thema statt. So werden z. B. Führungen durch ein Übergangswohnhaus abgehalten, oder es wird über Gesundheitsförderung in der Wohnungslosenhilfe berichtet. Auch Konzepte und Erfahrungen im Umgang mit Drogen in Einrichtungen und mit Problemstellungen an der Nahtstelle Wohnungslosigkeit und Drogenarbeit werden präsentiert. Die Wiener Plattform bildet ein offenes Forum für Expertinnen/Experten der Wohnungslosenhilfe und der Gesundheitsversorgung sowie für von Wohnungslosigkeit selbst betroffene Menschen. Ziel der Plattform ist es, Öffentlichkeit für Fragen der Gesundheitsförderung und -versorgung wohnungsloser Menschen zu schaffen, Nahtstellen zwischen Gesundheitssystem und Wohnungslosenhilfe sichtbar zu machen und die vielfältigen Kompetenzen und Erfahrungen der Teilnehmer/innen im Sinne einer gemeinsamen Strategie zu nützen. Dabei ist es z. B. möglich, einen Kurzlehrgang zur/ zum Nahtstellenbeauftragten Gesundheit und Wohnen zu besuchen oder einzelne Veranstaltungen als Fortbildung anrechnen zu lassen.

Viele der bereits genannten Einrichtungen haben zusätzlich Angebote im **Freizeitbereich**, die niederschwellig und einmalig stattfinden, aber auch Aktivitäten sein können, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und teilweise An- bzw. Abmeldung durch die Teilnehmer/innen erfordern. Die Angebote sind in den Bereichen Sport, Kunst/Kultur/Kreativität und gemeinsames Erleben angesiedelt, wobei sich der Stellenwert von Kunst, Kultur und zunehmend auch jener von kreativen Tätigkeiten vergrößert hat. Die meisten der angebotenen Maßnahmen stehen jedoch nicht allen Interessierten, sondern nur den Klientinnen und Klienten der jeweiligen Einrichtungen – teilweise im Rahmen einer Therapie – zur Verfügung. Bestehende Angebote werden weitergeführt (vgl. z. B. GÖG/ÖBIG 2010a). Integraler Bestandteil der Therapiekonzepte sind unterschiedlichste Freizeitaktivitäten. So war *Walk about* wesentlicher Bestandteil des Programms des *Jugendzentrums Z6*. Diese erlebnispädagogische Gruppenarbeit ist ein von der Drogenberatungsstelle konzipiertes und durchgeführtes Angebot; die Freizeitaktivitäten finden teilweise im Jugendzentrum, zumeist jedoch im Freien statt (z. B. Skifahren, Tanzen, Reiten etc.; Z6 2013). Seit November 2012 werden auch im *jedmayer* – der neuen sozialmedizinischen Drogenberatungsstelle der *Suchthilfe Wien gGmbH* – tagesstrukturierende Freizeitaktionen sowie gesundheitsbezogene Workshops durchgeführt (SHW 2013b).

Die Kreativangebote des *Vereins Grüner Kreis* wurden ausgebaut und fanden etwa im Rahmen der Wiener Festwochen 2012 oder einer Ausstellung im Universitätszentrum Theologie in Graz große Beachtung (Neuhold 2013a, 2013b).

83

www.gesundheit-wohnungslosigkeit.at (22. 7. 2013)

9 Prävention von Drogendelikten, Straftaten und Haft

9.1 Einleitung

Datenquellen für das vorliegende Kapitel lieferten die Bundesministerien für Gesundheit, für Inneres und für Justiz sowie die Gerichtliche Kriminalstatistik bei der Statistik Austria. Weitere Informationen entstammen der Literatur, wissenschaftlichen Publikationen und Jahresberichten der Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Angaben der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder. Diese Informationen finden sich auch in ST11 und SQ31. Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden (vgl. dazu auch Kapitel 11 aus GÖG/ÖBIG 2011b) stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar, in dem zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen unterschieden wird. Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Ebenfalls dort erwähnte Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet werden, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

Eine ausführliche Darstellung der am 1. Jänner 2008 in Kraft getretenen Novellierung des Suchtmittelgesetzes und der damit verbundenen Änderungen kann dem Bericht von 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c) entnommen werden. Hinsichtlich Verstößen gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* liegen für 2012 erste Zahlen vor.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom BMI betont (BMI 2013a), entspricht die Anzeigenstatistik in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden.

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz ist 2012 im Vergleich zum Vorjahr gesunken und befindet sich auf dem Niveau von 2010. Bei den SMG-spezifischen Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28) setzt sich der vorjährige Anstieg der Zahlen fort, während die Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27) zurückgehen. Dabei ist allerdings zu beachten, dass aufgrund eines Zeitreihenbruchs⁸⁴ nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich ist.

84

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

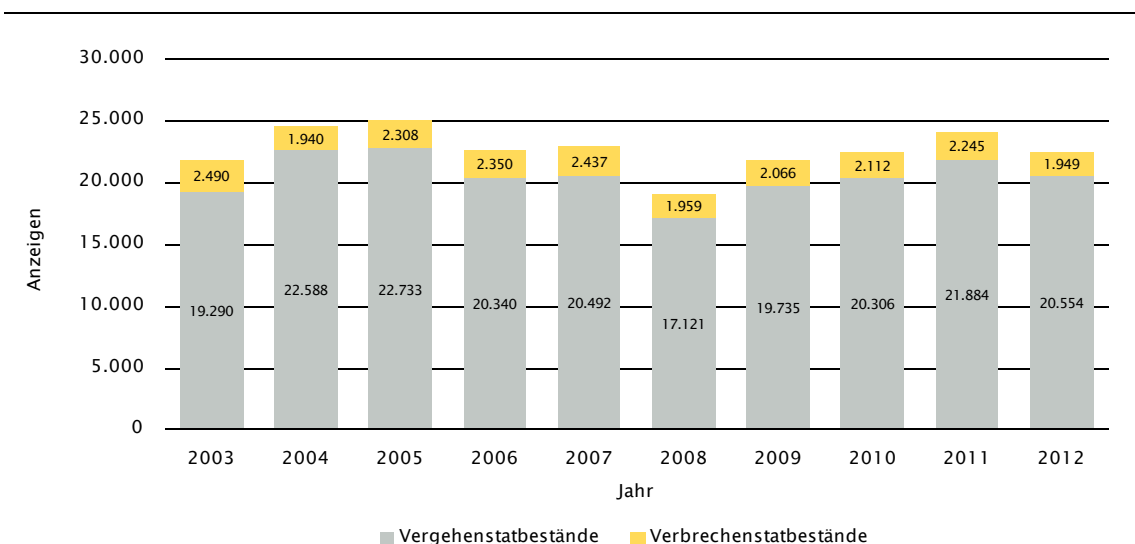
9.2 Straftaten wegen Drogendelikten

Unter **drogenbezogenen Delikten** werden im vorliegenden Bericht Vergehen oder Verbrechen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (SMG) dargestellt. So ist die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) im Jahr 2012 (23.797) im Vergleich zu 2011 (25.892) gesunken (vgl. auch Tab. A9 und A10) und liegt etwa auf dem Niveau von 2010.

Insgesamt 22.503 Anzeigen (2011: 24.129) bezogen sich auf Suchtgifte. Von den übrigen 1.294 betrafen die meisten psychotrope Stoffe und acht Drogenausgangsstoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abb. 9.1), so kam es 2012 zu einem Rückgang sowohl bei den Verbrechenstatbeständen (-13 %; Vorbereitung von Suchtgifthandel – § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel – § 28a SMG) als auch bei den Vergehenstatbeständen (-6 %; unerlaubter Umgang mit Suchtgift – § 27 SMG).

Abbildung 9.1:

Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2003–2012

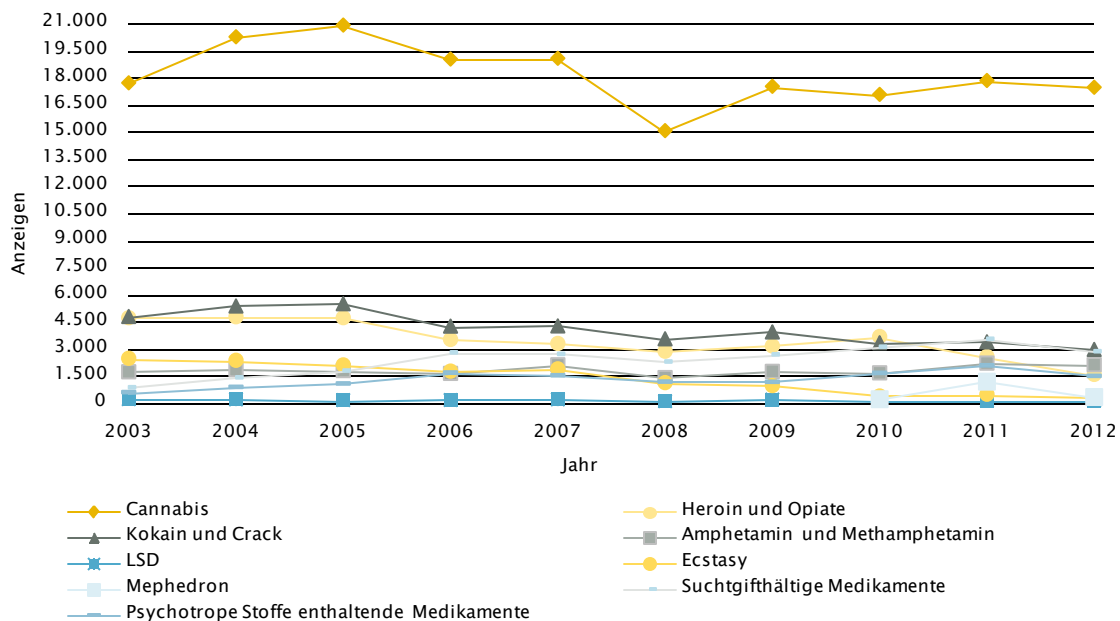


Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Unterscheidet man bei den Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tab. A11, Abb. 9.2), so finden sich im Vergleich zum Vorjahr Rückgänge bei allen Substanzen (bei Mephedron sogar um 72 %) außer bei den Drogenausgangsstoffen. Auch auf Bundesländerebene ist die Zahl der Anzeigen nach involvierten Substanzen im Wesentlichen gesunken bzw. gleich geblieben; das gilt auch für Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten sowie für Mephedron. Lediglich für Cannabis und Amphetamin sowie Methamphetamin zeigten sich in einigen wenigen Bundesländern geringe Steigerungen der Anzeigenzahlen (vgl. Tab. A12). Für das Jahr 2012 liegen erstmals Daten zu den Anzeigen im Zusammenhang mit Substitutionsmitteln vor. Ihre Gesamtanzahl betrug 2.558, davon entfielen 2.108 auf morphinhaltige Substitutionsmittel (BMI 2013b).

Abbildung 9.2:

Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2003–2012



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

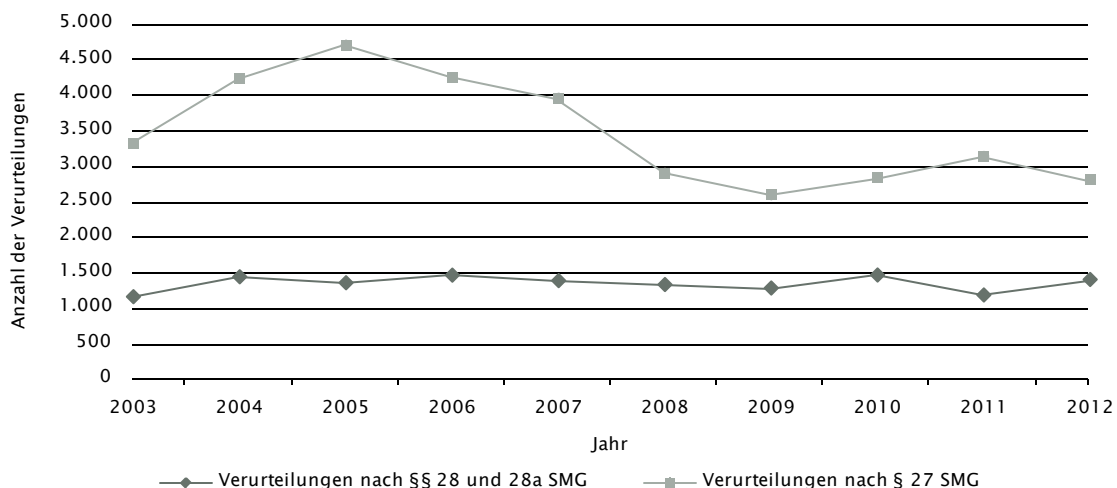
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Den 23.797 Gesamtanzeigen standen im Jahr 2012 insgesamt 1.569 (2011: 1.697) Festnahmen im Zusammenhang mit Suchtmittelerhebungen gegenüber, wobei es zu Letzteren allerdings keine genaueren Aufschlüsselungen gibt (Arten der Vergehen, Substanzen etc.).

Nachfolgende Abb. 9.3 aus der Gerichtlichen Kriminalstatistik zeigt die Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen nach § 27 und § 28 SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Im Vergleich zu den Jahren 2006 bis 2009, in denen die Anzahl der Verurteilungen nach dem SMG kontinuierlich gesunken ist, zeigte sich ab 2010 (n = 4.363) eine Steigerung, die sich auch 2011 (n = 4.444) fortsetzte. Die Daten aus 2012 sind aufgrund des erwähnten Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt mit den Daten aus den Jahren davor vergleichbar. Aber wie bereits in den Vorjahren bestand auch im Jahr 2012 mit 2.810 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen im Zusammenhang mit Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.403 Fällen. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2012 12,0 Prozent (vgl. auch Tab. A13).

Abbildung 9.3:

Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in Österreich, 2003–2012*



Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)

§ 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008: § 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

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

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

Ab 2012 stehen erstmals die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegender Delikte⁸⁵ zur Verfügung. Im Jahr 2012 waren bei den Verurteilungen von 4.261 Personen durch die österreichischen Gerichte 7.457 Suchtmitteldelikte strafsatzbestimmend. Die Zahl der gerichtlichen Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren, erreichte 2011 mit 117 Verurteilungen einen Höhepunkt und ging 2012 auf 47 Verurteilungen zurück. Insgesamt wurden jedoch 195-mal Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (mit-)verurteilt (BMJ 2013).

In Tabelle 9.1 werden rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte dargestellt unter Berücksichtigung der Häufigkeit, mit der wegen eines SMG-Delikts verurteilt wurde. Dabei zeigt sich, dass diese Werte zum Teil um bis zu 100 Prozent über jenen aus Tab. A14 liegen, in der rechtskräftig nach dem SMG Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe gezeigt werden.

85

Seit dem Berichtsjahr 2012 können **alle** rechtskräftig verurteilten Delikte eines Berichtsjahrs in der Statistik ausgewiesen werden.

In Tabelle 9.1 werden rechtskräftige Verurteilungen dargestellt, denen Delikte nach dem SMG zugrunde lagen. Die erstmals für 2012 zur Verfügung stehenden Zahlen sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte zeigen, dass viel öfter wegen Delikten nach den §§ 27 und 28 SMG verurteilt wurde, als diese Delikte strafsatzbestimmend waren. Dies ist bei Delikten mit relativ geringen Strafdrohungen besonders schwerwiegend, da bislang bei einer Verurteilung wegen mehrerer strafbarer Handlungen die Verurteilung in der Statistik dem Delikt mit dem höchsten Strafraum zugeordnet wurde. Die erstmals zur Verfügung stehenden Zahlen zeigen, dass die tatsächliche Anzahl der den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte zum Teil um bis zu 100 Prozent über jener Zahl liegt, die bislang ausgewiesen werden konnte (Tab. A14).

Tabelle 9.1:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte unter Berücksichtigung der Häufigkeit, mit der wegen eines SMG-Delikts verurteilt wurde, nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2012*

Verurteilungsgrund		14-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	809	2.148	1.424	999	1.366	6.746
	weiblich	78	230	168	91	144	711
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	114	460	355	337	505	1.771
	weiblich	12	61	44	29	53	199
§ 27 SMG	männlich	695	1.657	1.038	628	793	4.811
	weiblich	65	161	113	58	81	478

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Im Jahr 2012 erhielten etwas mehr als 70 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen wie bisher etwas mehr als 40 Prozent betrug. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, lag bei 2,4 Prozent; zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 1,9 Prozent verurteilt (vgl. Tab. A15).

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

Angaben über **andere Formen von drogenbezogener Kriminalität** – im konkreten Fall Beschaffungs- und Begleitkriminalität – liefert Schumann (2012). In seinem Artikel zu Kriminalstatistik und Haftdaten stellt der Autor u. a. dar, welche Deliktgruppen den Schwerpunkt der Wiederverurteilungen bilden. Dabei zeigt sich, dass dieser auf typische Formen der Begleit- und Beschaffungskriminalität fällt. So werden 16 Prozent der wegen eines SMG-Verstoßes Verurteilten oder Entlassenen im Beobachtungszeitraum (2010) wegen einer strafbaren Handlung gegen fremdes

Vermögen wieder verurteilt, 10 Prozent aufgrund einer strafbaren Handlung gegen Leib und Leben. Bei einer Ausgangsverurteilung wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gem. § 27 SMG umfasst erstere Gruppe 18 Prozent, letztere 11 Prozent (Schumann 2012). Verwiesen sei zusätzlich auf Jagsch (2012) in Kap. 9.4.

9.3 Prävention von Straftaten wegen Drogendelikten

Präventive Einzelinitiativen auf Länder- und Einrichtungsebene beziehen sich im Wesentlichen auf Maßnahmen zur Erhöhung von Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden im öffentlichen Raum.

Laut SHW 2013c kommt es in ganz Wien nicht mehr zu einem längeren Aufenthalt von Drogenkonsumierenden im öffentlichen Raum (im Sinne einer „Aufenthaltsszene“). Auf der Suche nach Substanzen, sozialen Kontakten oder Schlafquartieren frequentieren Drogenkonsumentinnen/-konsumenten den öffentlichen Raum und sind dabei ständig in Bewegung. Gleichzeitig hat eine Integration in das Tageszentrum des *jedmayer* stattgefunden. Um den Kontaktaufbau im Zuge der Straßensozialarbeit zu fördern und bestehende Betreuungsbeziehungen zu erhalten, führt *streetwork* gemeinsam mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern des *jedmayer* tagesstrukturierende und freizeitpädagogische Workshops durch und bietet darüber hinaus Outdoor-Freizeitaktivitäten an (SHW 2013c; vgl. auch Kap. 8.3).

Im Rahmen der gemeinwesenorientierten Straßensozialarbeit werden Parks und Straßen rund um das *jedmayer* täglich aufgesucht. Ziel ist, die Akzeptanz der Einrichtung zu erhöhen, suchtkranke Menschen in der Umgebung zu erreichen und in das Sozial- und Gesundheitssystem der Stadt Wien zu integrieren sowie potenzielle Probleme oder Konflikte im Umfeld des *jedmayer* schnell und pragmatisch zu lösen. Aufenthalts- oder Drogenhandelsszenen konnten dabei nicht festgestellt werden. Vereinzelt Beschwerden über den Fund von Konsumutensilien wurde sofort nachgegangen. Zu Anrainerinnen/Anrainern und Geschäftsleuten in der Umgebung konnte ein guter Kontakt aufgebaut werden (SHW 2013b).

Vor dem Hintergrund der auf den Winter befristeten Öffnung des Wiener Wohnungslosenhilfsystems für nicht anspruchsberechtigte⁸⁶ Menschen waren *help-U*-Mitarbeiter/-innen gemeinsam mit Kolleginnen und Kollegen von *sam* ab Ende November zusätzlich in der Nacht unterwegs und brachten aufgrund der lebens- und gesundheitsbedrohlichen Witterung Obdachlose in entsprechende Notquartiere, um deren Überleben zu sichern (SHW 2013h).

Auf Grundlage einer Evaluierung im Jahr 2011 (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) und in Absprache mit der Bezirksvorstehung wurde das Einsatzgebiet von *sam 9* auf zusätzliche Orte im neunten Bezirk ausgeweitet. Dies betrifft vor allem die Areale um die U-Bahn-Stationen Roßauer Lände, Frie-

86

So sind z. B. Bürger/-innen der „neuen EU-Staaten“ im Wohnungslosenhilfsystem normalerweise nicht anspruchsberechtigt und können lediglich karitative Notquartiere, die jedoch oft ausgelastet sind, in Anspruch nehmen (SHW 2013e).

densbrücke und Spittelau sowie den Motiv- und den Arne-Carlsson-Park. *Sam 9* war darüber informiert worden, dass sich hier vermehrt Personen mit Alkohol- und/oder Unterkunftsproblematik aufhalten und der Konsum von illegalen Substanzen bzw. die Müllbelastung (v. a. Medikamenten- und Spritzenverpackungen) zunehmen würden (SHW 2013e).

Im Rahmen der Erstellung der „Wiener Charta“⁸⁷ organisierte *help U* im September 2012 im Resselpark eine Gesprächsrunde zum Thema „Öffentlicher Raum – Lebensraum für uns alle“. Die Veranstaltung wurde von allen Dialoggruppen besucht, wobei es besonderes Interesse von Seiten suchtkranker Personen gab. Die Diskussion und die Darstellung der verschiedenen Lebenswelten förderten das gegenseitige Verständnis der anwesenden Gruppen von Nutzerinnen und Nutzern und stellten einen wichtigen Input für die Wiener Charta dar (SHW 2013h).

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, die FH St. Pölten und der FH Campus Wien führen derzeit gemeinsam das Projekt „AGORA – Wie lässt sich die Öffentlichkeit für Jugendliche und Erwachsene gesundheitsförderlich gestalten?“ durch⁸⁸. Gegenstand des praxis- und settingorientierten Projekts ist das Zusammenwirken jener Berufsgruppen, die den öffentlichen Raum in Hinblick auf ausgewählte gesundheitlich riskante Handlungen gestalten: Sicherheitsexekutive, (mobile) Sozialarbeit, Medien und Gastronomie. Es ist geplant, typische Interaktionsmuster zu erfassen, mit den Betroffenen an der Steigerung der Kooperation unter gesundheitsfördernden Gesichtspunkten zu arbeiten und zur strukturellen Verankerung dieser Kooperationsmuster beizutragen. Bei den ausgewählten gesundheitlich riskanten Handlungen handelt es sich um den Konsum psychoaktiver Substanzen (Alkohol, illegale Drogen und Tabak) und um dessen Folgen wie um Gewalttätigkeiten in der Öffentlichkeit. Ziel des Projekts, das von FGÖ, Wiener Gesundheitsförderung (WiG) und Land Niederösterreich gefördert wird, ist es, die Kommunikation und Kooperation zwischen Polizei und Sozialarbeit zu verbessern, um im Falle von öffentlichem Substanzkonsum den Betroffenen deeskalierend begegnen zu können. Leitlinien für Gastronomie, Handel und Medien bezüglich des Umgangs mit Konsumentinnen/Konsumenten legaler und illegaler Suchtmittel werden ausgearbeitet. Es soll auch ein gemeinsames Curriculum für Polizei und Sozialarbeit zur Problematik der öffentlichen Berausung installiert werden. Übergeordnetes Ziel ist es, den Konsum illegaler, aber auch legaler Substanzen zu reduzieren.

Im Zuge der Diskussionen um Haaranalysen (vgl. Kap. 1.3) wurde vom BMI auf Erfahrungen eines seit 2010 in Wien laufenden Pilotprojektes hingewiesen. Das Pilotprojekt der Polizei Wien basiert auf dem Führerscheingesetz und dient der Überprüfung eines definierten drogenfreien Zeit-

87

Die Wiener Charta wurde unter umfangreicher Beteiligung der Bevölkerung erarbeitet und soll das Miteinander in der Stadt regeln. Dabei wird u. a. das Verhalten im Straßenverkehr ebenso thematisiert wie Sauberkeit und öffentlicher Raum.

<http://charta.wien.gv.at/start/charta> (15. 7. 2013)

88

<http://www.wig.or.at/AGORA.343.0.html> (15. 6. 2013)

<http://inclusion.fhstp.ac.at/index.php/projektstartseite/245-agera> (15. 7. 2013)

<http://www.euro.centre.org/agora/index.php> (15. 7. 2013)

raums durch Amtsärztin oder Amtsarzt als Voraussetzung für die Wiedererteilung einer Lenkerberechtigung (Stadler, p. M.). Die Überprüfung wird mittels Harntests oder Haaranalyse durchgeführt. Kritisiert wird an Haartests, dass sie aufgrund von genetischen Unterschieden in Wachstum, Beschaffenheit, Farbe und Exposition des Haares systematische Fehlerquellen aufweisen (Schmid 2013).

9.4 Interventionen im System der Strafjustiz

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“⁸⁹ – gesetzlich vorgesehen. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Ergänzend zu den Verurteilungen (vgl. dazu Kap. 9.3) werden in Abb. 9.4 und in Tab. A16 die Daten bezüglich des vorläufigen Rücktritts von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschubs des Strafvollzugs (§ 39 SMG) dargestellt.

Anhand der Daten von zwei vergleichbaren Teilpopulationen⁹⁰ bzw. von deren Untergruppen untersuchte Jagsch (2012) u. a. juristische und soziodemografische Unterschiede auch dahingehend, dass die eine Gruppe eine gesundheitsbezogene Maßnahme (GBM)⁹¹ zugesprochen bekommen hatte und die andere (Haftpopulation) nicht (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2012). Bezüglich der Aufteilung der Personen aus den beiden Stichproben (Haft vs. GBM) auf die rechtlichen Kategorien konnte beobachtet werden, dass Personen aus der GBM-Gruppe überproportional in den Kategorien Besitz oder Handel sowie Besitz und Handel gemeinsam vertreten waren, während sich Personen aus der Haft-Gruppe in jenen Kategorien fanden, die eine Kombination mit Vermögens- und/oder Gewaltdelikten aufwiesen. Die Frage nach einer früheren Haft wegen eines SMG-Delikts wurde von 84 Prozent der GBM- und 94 Prozent der Haft-Gruppe bejaht (Jagsch 2012).

Die Teilpopulation GBM konnte in drei Untergruppen (THC-, Opioid-, Kokaingruppe) unterteilt werden, wobei z. B. die Frage nach einem anderen Delikt, das unter Beschaffungskriminalität

89

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

90

Zur Verfügung standen eine epidemiologische Datei aller zum Stichtag 1. 4. 2011 in Österreich wegen eines SMG-Delikts einsitzenden Häftlinge (2.044 Personen) und eine Datei mit Fragebogendaten von 140 volljährigen Personen, die im Rahmen von Face-to-face-Interviews in verschiedenen Einrichtungen in Wien, die gesundheitsbezogene Maßnahmen anbieten, von März 2010 bis Mai 2011 befragt worden waren.

91

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

zusammengefasst werden kann, von keiner einzigen Person der THC-Gruppe bejaht wurde, während 44 Prozent der Kokain- und mehr als die Hälfte der Opioid-Gruppe dies taten. Auch die Frage nach der Anzahl der bisherigen Verurteilungen erbrachte ein signifikantes Ergebnis: 85 Prozent der THC-Gruppe waren bisher noch nie und 15 Prozent nur einmal verurteilt worden, während ca. 25 Prozent der Kokain- und ca. 40 Prozent der Opioid-Gruppe mehr als einmal einschlägig verurteilt worden waren. Dabei zeigte sich, dass die aktuelle GBM den bislang unbescholtenen Personen von Polizei oder Staatsanwalt bzw. vom Gericht ohne Verurteilung ausgesprochen wurde und den Betroffenen damit der volle Prozessdurchlauf erspart blieb (Jagsch 2012).

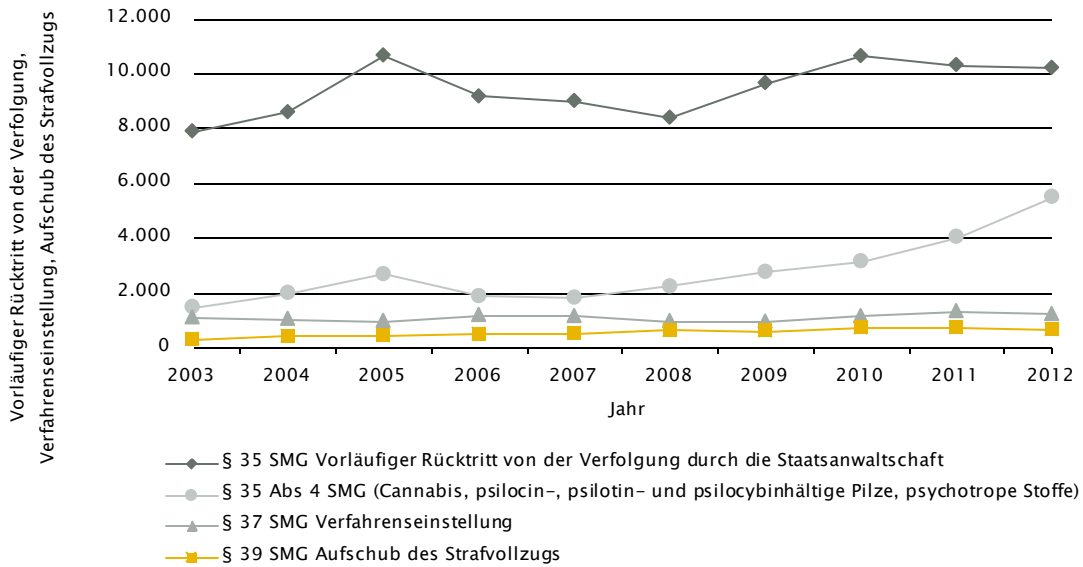
Unterscheidet man in der GBM-Gruppe nach ambulanter (75 %) und stationärer (25 %) Behandlung, zeigte sich zusätzliche Beschaffungskriminalität ausgeprägter in der stationären (55 %) als in der ambulanten (39 %) Gruppe. Mehr als 25 Vorverurteilungen wegen eines SMG-Delikts wurden von 16 Prozent der stationären Gruppe berichtet, maximal eine Verurteilung von 32 Prozent, während dies für 83 Prozent der ambulanten Gruppe galt (Jagsch 2012).

Aus Abbildung 9.4 ist ersichtlich, dass 2011 beim vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft insgesamt ein leichter Rückgang, bezüglich Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltiger Pilze und psychotroper Stoffe allerdings ein erheblicher Anstieg stattgefunden hat. Diese Entwicklung setzte sich 2012 fort. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen für 2012 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tab. A14 entnommen werden.

Zum Aufschub des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) zeigen Abb. 9.4 und Tabelle A16, dass die Anzahl der entsprechenden Fälle bis 2011 von Jahr zu Jahr kontinuierlich ansteigt und erst 2012 leicht zurückgeht. Dieser Anstieg ist einer der Gründe, weshalb die Kosten der medizinischen und therapeutischen Behandlung von suchtmittelabhängigen Personen bis 2011 stetig angestiegen sind und 2012 – vermutlich durch die eingeschränkte Kostentragung des BMJ (die gemäß § 41 SMG für gesundheitsbezogene Maßnahmen erfolgt) – erstmals einen rückläufigen Wert zeigen (vgl. Tab. 9.2 und GÖG/ÖBIG 2012).

Wie bereits in GÖG/ÖBIG 2012 berichtet, wurde 2011 erstmals eine Zeitbeschränkung für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ und eine generelle Einschränkung des Zugangs zu „Therapie statt Strafe“ für Wiederholungstäter/innen eingeführt. Expertinnen und Experten halten diese Entwicklung weiterhin für kontraproduktiv, da die auf sechs Monate gekürzte stationäre Therapie für viele Klientinnen und Klienten nicht ausreicht. Vor allem schwer belasteten Suchtkranken ohne Ausbildung und soziales Umfeld wird allein die Organisation ihres Lebens nicht möglich sein; noch weniger die psychische Auseinandersetzung mit ihrer Suchtproblematik. Laut Muhr (2013) gibt es derzeit allerdings Bundesländer, die längere Therapien für „Therapie statt Strafe“-Klientinnen/Klienten finanzieren.

Abbildung 9.4:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen
zur Bestrafung in Österreich, 2003–2012



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

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle 9.2:
Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz
für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ 2003 bis 2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aufwand in Millionen Euro	2,77	3,20	4,61	4,85	5,86	6,48	7,03	8,54	8,77	8,46

Quelle: BMJ 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Einer der Ankerpunkte von „Therapie statt Strafe“ ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Für die Staatsanwaltschaft besteht unter gewissen Voraussetzungen die Verpflichtung, vorläufig von der Verfolgung zurückzutreten, wenn die/der Betroffene einer gesundheitsbezogenen Maßnahme zustimmt. Der endgültige Rücktritt von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit. In etwa 40 Prozent der Fälle auf Basis einer Anzeige nach dem SMG kommt es zu einer diversionellen Erledigung (Rast 2013).

Die Zahl der Diversionsangebote (2012: 12.538) nach den §§ 35 (vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung) und 37 (vorläufige Einstellung durch das Gericht) SMG sind 2012 im Vergleich zum Vorjahr um 3,5 Prozent zurückgegangen. Der Großteil davon wurde mit fast 84 Prozent von den Staatsanwaltschaften angeboten, wobei hier die Diversion nach § 35 SMG bei Jugendlichen und

jungen Erwachsenen (37,5 % bzw. 34,5 % aller diversionellen Erledigungen) die größte Rolle spielte. Insgesamt wurden 80 Prozent der Diversionsverfahren erfolgreich mit einem endgültigen Rücktritt von der Verfolgung beendet. Im Bereich der §§ 35 und 37 SMG liegt dieser Wert bei 74 Prozent (Frauen: 79 %, Männer 73 %, Jugendliche: 77 %, junge Erwachsene: 71 %; BMJ 2013).

In ihrer Diplomarbeit beleuchtet Leeb (2011) die Behandlungsmotivation von abhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe“ im Vergleich zur Motivation von Klientinnen/Klienten ohne richterliche Weisung⁹². Sie kommt zu dem Ergebnis, dass sich die beiden Gruppen nicht signifikant unterscheiden. Klinisch bedeutend sind die Ergebnisse dahingehend, dass es nicht zulässig ist, bei abhängigen Klientinnen/Klienten mit richterlicher Weisung von einer geringeren Therapiemotivation auszugehen als bei Klientinnen/Klienten ohne richterliche Weisung.

Aufbauend auf Leeb (2011) untersucht Zwettler (2012) in ihrer Diplomarbeit, ob zwischen substanzabhängigen Klientinnen/Klienten mit richterlicher Weisung (im Programm „Therapie statt Strafe“) und substanzabhängigen Klientinnen/Klienten, die aus anderen Motiven eine ambulante Suchttherapie absolvieren, nach einem Katamnesezeitraum⁹³ von sechs Monaten ein signifikanter Unterschied in der Therapiemotivation besteht. Die Autorin greift im Rahmen ihrer Panelstudie⁹⁴ auf Personen zu, die bereits in der Arbeit von Leeb (2011) behandelt wurden. Auch nach sechs Monaten konnten Unterschiede in der Therapiemotivation der beiden Gruppen nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse zur emotionalen Befindlichkeit zeigten, dass Klientinnen/Klienten ohne Weisung ursprünglich signifikant mehr belastet waren als solche mit Therapieauf-
lage. Nach sechs Monaten konnten diesbezüglich jedoch keine Niveauunterschiede mehr festgestellt werden.

Burtscher (2012) führte im Rahmen ihrer Diplomarbeit eine quasiexperimentelle Querschnittstudie⁹⁵ durch, die sich u. a. mit den wesentlichen Charakteristika und der Behandlungsmotivation von Personen beschäftigt, die in der Wiener Behandlungseinrichtung *Schweizer Haus Hadersdorf*

92

In einer quasiexperimentellen Querschnittstudie wurden im Erhebungszeitraum Juli 2010 bis März 2011 61 Klientinnen und Klienten des Vereins P.A.S.S. ausgewählt. 32 Personen davon bildeten die Versuchsgruppe mit richterlicher Weisung, 29 Personen die Kontrollgruppe ohne Weisung.

93

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

94

Dabei bestand die abhängige Stichprobe aus den Klientinnen/Klienten aus der Diplomarbeit von Leeb 2011, die sich nach sechs Monaten noch in Therapie befanden. Es handelt sich dabei um Klientinnen/Klienten der ambulanten Suchtberatungs-einrichtung P.A.S.S. in Wien; der Umfang der Stichprobe betrug letztendlich 43 Personen, wobei 23 davon aufgrund einer richterlichen Weisung und 20 aus anderen Motiven eine Drogentherapie absolvierten.

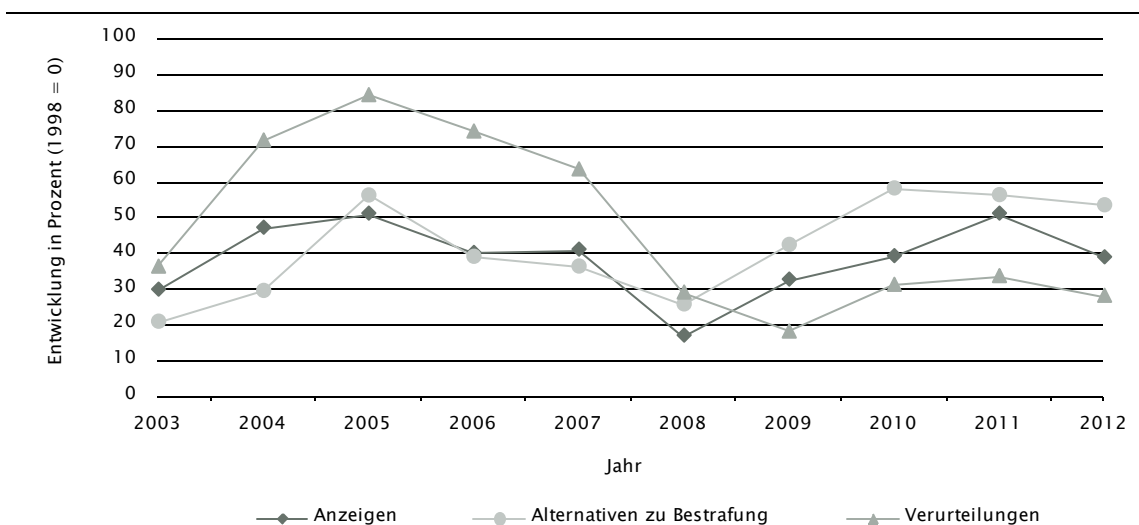
95

In einem Erhebungszeitraum von zehn Monaten konnte über die Vorbetreuungsstelle des Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) eine Stichprobe, bestehend aus 34 Männern (81 %) und acht Frauen (19 %), mit richterlicher Weisung zu einer stationären Therapie gewonnen werden.

(SHH) aufgrund einer richterlichen Weisung eine stationäre Therapie absolvierten (vgl. auch Kap 5.2.1.) Fast die Hälfte der Männer und drei Viertel der Frauen gaben an, dass sich innerhalb der zugehörigen Familien mindestens ein/e Angehörige/r findet, die/der ebenfalls von einer Abhängigkeitsproblematik betroffen ist; bei einem Drittel handelte es sich dabei um einen Elternteil. Eine (weibliche) Person aus der Stichprobe gab an, keine Vorstrafen zu haben, der Rest der Frauen und alle Männer verfügten bereits über Vorstrafen. An erster Stelle standen dabei Delikte in Zusammenhang mit Substanzabhängigkeit (95 % der Teilnehmer/innen). Die Hälfte der Personen wurde schon mindestens einmal aufgrund eines Eigentumsdelikts verurteilt. An dritter Stelle stehen Gewaltdelikte, die bei 48 Prozent der Stichprobe zu einer Vorstrafe geführt haben. Weitere Resultate der Studien weisen darauf hin, dass sich Klientinnen/Klienten mit richterlicher Weisung bezüglich der Veränderungsbereitschaft zu Beginn der Behandlung hauptsächlich in den Stadien der Absichtsbildung und der Handlung befanden und damit kein Unterschied zu den Stadien bestand, in denen Klientinnen/Klienten ohne gerichtliche Therapieaufgabe eine Behandlung begonnen hatten.

Abbildung 9.5:

Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2003–2012*



Anmerkung: Als Basis der Berechnung wurde das Jahr 1998 herangezogen, da in diesem Jahr das Suchtgiftgesetz vom Suchtmittelgesetz abgelöst wurde. Bei den Verurteilungen wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafrahmen nach schwerste Delikt, dargestellt. * Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der Statistik Austria, sondern vom Gericht durchgeführt.

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

Interessant ist ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der auf hundert Prozent im Jahr 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abb. 9.5, dass im Analysezeitraum 2002 bis 2005 die Verurteilungen anteilmäßig am stärksten gestiegen sind. Ab dem Jahr 2007 kommt es bei Anzeigen und Verurteilungen zu einem anteilmäßig gleichen Rückgang, der für die gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung schwächer ausfällt.

Ab 2008 steigen Anzeigen und gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig etwa gleich an, während sich die Verurteilungen erst ab 2009 diesem steigenden Trend anschließen. Anzeigen und Verurteilungen stiegen 2011 weiter an und fielen 2012 ab, wobei bei den Verurteilungen der in Kap. 9.2 beschriebene Zeitreihenbruch zu berücksichtigen ist. Bei der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung setzte sich der leichte Rückgang seit 2010 fort.

9.5 (Problematischer) Drogenkonsum in Haft

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

9.6 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

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

Seit 2012 werden in Tirol mit Häftlingen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterziehen, auf Wunsch einmal wöchentlich Informationsgespräche geführt. Des Weiteren besteht für Klientinnen und Klienten, denen gelockerter Vollzug gewährt wurde, die Möglichkeit, in den letzten sechs Monaten ihrer Haftzeit einmal wöchentlich ambulante psychosoziale Betreuung in der Beratungsstelle in Innsbruck in Anspruch zu nehmen. Dieses Angebot wurde 2012 von einigen Justizklientinnen/-klienten genutzt; die genaue Personenanzahl ist jedoch nicht verfügbar (SbTirol 2013).

In der Vollzugsdirektion läuft derzeit ein Projekt zur Entwicklung von Standards im Umgang mit suchtkranken Insassinnen/Insassen des Straf- und Maßnahmenvollzugs. Diese Standards für die Beratung, Betreuung und Behandlung der genannten Personen sollen dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung entsprechen. Aus der Grundhaltung, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren, resultiert der Anspruch der betroffenen Personen, auch innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu erhalten. Dem entsprechend werden für verschiedene Gruppen von Insassinnen/Insassen (Untersuchungshäftlinge, Strafgefangene, Jugendliche, Frauen, Mütter) und unterschiedliche Stadien der Haft (Einlieferung/Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) Leitlinien und konkrete Standards zur Umsetzung formuliert werden. Das Projektteam besteht aus vollzugsinternen Expertinnen/Experten sowie Fachleuten der Sucht- und

Drogenkoordination Wien und des Anton Proksch Instituts. Der Abschluss des Projektes ist für Anfang 2014 geplant (Fuchs, p. M.).

Zur Substitutionsbehandlung im österreichischen Strafvollzug finden sich Informationen in Kap. 11 des Berichts zur Drogensituation aus 2011 (GÖG/ÖBIG 2011b). Zum Thema gesundheitsbezogene Maßnahmen während der Haft siehe Kapitel 9.4. Weitere Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Interventionen während der Haft werden im Schwerpunkt-kapitel *Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten* (Kap. 11) des Berichts zur Drogensituation aus 2011 (GÖG/ÖBIG 2011b) ausführlich dargestellt.

9.7 Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft

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

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

10 Drogenmärkte

10.1 Einleitung

Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), die Daten zu Inhaltsstoffen, Reinheit und Preis stammen von *checkit!*⁹⁶, dem BMI/.BK (vgl. ST13, ST14, ST15 und ST16) und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)⁹⁷.

10.2 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

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

10.3 Sicherstellungen

Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine wesentliche Rolle (BMI 2012). Die Schmuggelrouten wurden im letztjährigen Drogenbericht (GÖG/ÖBIG 2012) ausführlich beschrieben, seither liegen keine neuen Informationen vor.

Bei der Zahl der Sicherstellungen zeigen sich im Vergleich zu 2011 bei Heroin, Kokain, Mephedron, suchtgifthaltigen Medikamenten und bei Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, zum Teil massive Rückgänge. Bei Cannabis, Amphetamin, LSD und Ecstasy sind Anstiege zu verzeichnen (vgl. Abb. 10.1, Tab. A17).

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

96

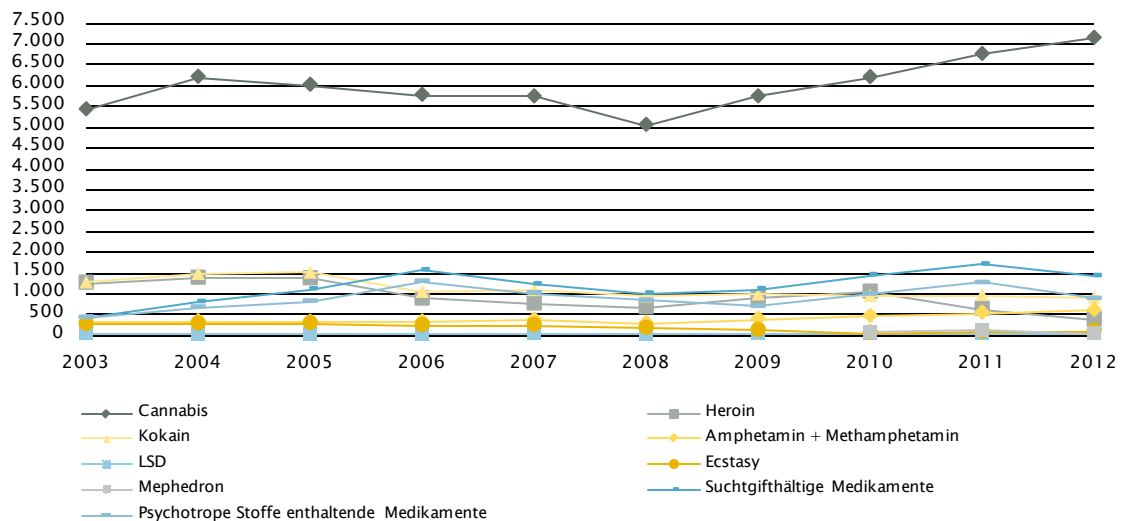
checkit! ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien gGmbH* mit dem Klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen von psychoaktiven Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals, ...) an.

97

Die österreichische *Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit* (AGES) analysierte bis zum Inkrafttreten des NPSG am 1. 1. 2012 im Auftrag des BMG u. a. regelmäßig Produkte, die in sogenannten „Head Shops“ vertrieben wurden. Seither analysiert die AGES im Bedarfsfall von Polizei und Zoll sichergestellte Substanzen.

Abbildung 10.1:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften und psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2003–2012



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

Im Zuge der medialen Auseinandersetzung um die Substitutionsbehandlung (vgl. Kapitel 1.3 und 5.2.1) wurde die Kritik am Einsatz von morphinhaltigen Arzneimitteln in der Substitutionsbehandlung insbesondere auf den Vorwurf fokussiert, sie in den Schwarzmarkt abzuzweigen. Um einen Eindruck vom Umfang des Schwarzmarkthandels mit Substitutionsmitteln zu bekommen, können die Zahlen zu sichergestellten Substitutionsmitteln aus der Anfragebeantwortung des BMI (2012: 8.636,5 Stück; 2011: 10.039,5 Stück; BMI 2013b) gegenübergestellt werden den Absatzzahlen von Tabletten und Kapseln mit Morphin in Retardform (2012: 10.214.600 Stück; 2011: 9.871.000 Stück; Schopper, p. M.). Demnach wäre ein Prozentsatz von 0,08 (2012) bzw. 0,10 (2011) der verordneten Substitutionsmittel auf den Schwarzmarkt gelangt und dort sichergestellt worden. Bei einer Interpretation ist jedoch zu berücksichtigen:

- » dass die Anzahl der Beschlagnahmen so wie auch die Anzahl der Anzeigen sehr vom Ausmaß der Aktivität der Polizei abhängen (vgl. Kap. 9.1),
- » dass die Anzahl der sichergestellten Tabletten und Kapseln sich auf alle Substitutionsmittel beziehen, nicht nur auf Morphin in Retardform,
- » dass die beschlagnahmten Mengen pro Sicherstellung mit durchschnittlich 6,8 Stück eher gering waren,
- » dass die Anzahl der Opioidabhängigen in Substitutionsbehandlung wie auch die Anzahl derjenigen, die Morphin in Retardform verschrieben bekommen haben, im gleichen Zeitraum gestiegen ist.

10.4 Reinheit und Preis

Im Kontext des *checkit!*-Projekts (vgl. Kap. 2.4) wurden im Jahr 2012 bei 13 Musikveranstaltungen der Party- und Clubszene in den Bundesländern Wien und Niederösterreich 933 Proben vermeintlich psychoaktiver Substanzen analysiert. Von allen analysierten Proben enthielten 24 Prozent den zu erwartenden Inhaltsstoff in der „erwartbaren“ Dosierung. Weitere 17 Prozent enthielten zwar den erwarteten Inhaltsstoff, allerdings musste wegen der hohen Dosierung gewarnt werden. 31 Prozent der Proben enthielten unerwartet Inhaltsstoffe, vor 28 Prozent der Proben musste aufgrund gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe gewarnt werden (SHW 2013d).

Von den 145 als Ecstasy gekauften Tabletten enthielten rund 59 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA⁹⁸ (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen, das ist der höchste Wert seit 2008 (vgl. Tabelle A19). Der durchschnittliche MDMA-Gehalt (Median) lag bei 112,5 mg und ist somit mehr als doppelt so hoch als noch vor einigen Jahren. Stark zugenommen hat die Anzahl jener Tabletten, die MDMA in hoher Dosierung enthielten: In rund einem Viertel der getesteten Tabletten wurden zwischen 100 und 200 Milligramm des zu erwartenden Inhaltsstoffes nachgewiesen (Vergleichswert 2011: 3 %). Ab Dosierungen von über 1,5 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Männern und 1,3 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Frauen treten die negativen Effekte von MDMA in den Vordergrund, und die Wahrscheinlichkeit einer neurotoxischen Wirkung steigt. Alarmierend war, dass im Jahr 2012 in insgesamt 14 der als Ecstasy gekauften Tabletten (10 % der analysierten Tabletten) die Substanzen Paramethoxyamphetamin bzw. Paramethoxymethamphetamin (PMA bzw. PMMA) identifiziert wurden. PMA bzw. das verwandte PMMA haben in der Vergangenheit immer wieder zu Todesfällen in Europa, aber auch in Österreich geführt. Die Mehrzahl der PMA/PMMA-haltigen Tabletten enthielt zusätzlich bis zu acht weitere psychoaktive Substanzen – wodurch das Risiko für gesundheitsbedrohliche Zustände noch weiter erhöht wurde. Entsprechende Warnungen wurden daher über das österreichische und das europäische Frühwarnsystem (EWS) sowie über die Medien verbreitet.

Während im Vorjahr noch über 40 Prozent der analysierten Tabletten *neue psychoaktive Substanzen*⁹⁹ (NPS) enthielten, ging dieser Wert im Jahr 2012 auf rund 14 Prozent zurück, was ein Effekt des Inkrafttretens des NPSG sein dürfte. Fast gänzlich verschwunden sind dabei vor allem Piperazine als Inhaltsstoffe von Ecstasytabletten, im Jahr 2009 enthielten rund die Hälfte der Tabletten Substanzen aus dieser Gruppe, 2012 waren es nur mehr rund 3 Prozent (vgl. Tabelle A19 und ST15).

Bei den insgesamt 222 als MDMA in Pulver-, Kristall oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben zeigt sich ein ähnliches Bild wie im Vorjahr: Bei 83 Prozent der Fälle wurde ausschließ-

98

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

99

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

lich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (vgl. Tabelle A20). Der durchschnittliche MDMA-Gehalt (Median) lag bei 760 mg pro Gramm. Wie im Vorjahr wurden bei rund 10 Prozent der als MDMA in Pulver-, Kristall- oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben Substanzen aus der Gruppe der *neuen psychoaktiven Substanzen* nachgewiesen.

Die 273 als Speed gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten nur zu 7 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente, weitere 56 Prozent enthielten neben Amphetamin auch Koffein (vgl. Tab. A21). In 19 Proben wurde neben anderen Substanzen auch 4-Methylamphetamin (4-MA) als Beimengung identifiziert. 4-MA ist mit Amphetamin eng verwandt und wurde in der Vergangenheit von der Pharmaindustrie als möglicher Appetitzügler beforscht, jedoch ohne verwertbare Ergebnisse. In jüngerer Zeit ist die Substanz in diversen europäischen Ländern als Freizeitdroge aufgetaucht. In Zusammenhang mit 4-MA ist es bereits zu Vergiftungen bzw. ungeklärten Todesfällen in mehreren europäischen Ländern gekommen. Die Anzahl der Proben, in denen *neue psychoaktive Substanzen* gefunden wurden, hat sich gegenüber 2011 von 6,4 Prozent auf 4,0 Prozent leicht verringert. Methamphetamine wurde nur in 2 Prozent der als Speed gekauften Proben detektiert. Ein Viertel der als Speed gekauften Proben wurde als „gesundheitlich besonders bedenklich“ eingestuft.

Von den 104 als Kokain gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten nur rund 13 Prozent Kokain und keine weitere pharmakologisch aktive Beimengung. In rund 66 Prozent der Kokainproben war unter anderem auch die Substanz Levamisol nachzuweisen – ein Phänomen, das auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten war. Die bedenklichste mögliche Nebenwirkung von Levamisol ist eine Veränderung des Blutbildes und eine Verringerung der Abwehrkräfte, was in weiterer Folge zu lebensbedrohlichen Infektionen führen kann. Bei 47 Prozent der Kokainproben wurde Phenacetin als Beimengung gefunden. Phenacetin wurde früher zur Schmerzbehandlung und Fiebersenkung eingesetzt, wegen seiner karzinogenen und nierenschädigenden Wirkung in Kombination mit anderen Schmerzmedikamenten wurde es aus dem Handel genommen.

Bezüglich *neuer psychoaktiver Substanzen* zeigte sich 2012 ein Rückgang. Während im Jahr 2011 noch 18 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, so waren es im Jahr 2012 nur mehr 13 Prozent. Abgenommen hat vor allem die Häufigkeit, mit der NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden. Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, ist leicht zurückgegangen (von 5 auf 4 %).

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat im Berichtszeitraum 41 durch Polizei oder Zoll wegen Verdachts auf Verstoß gegen das NPSG beschlagnahmte Proben analysiert. Dabei wurden in Kräutermischungen unterschiedlichste (synthetische) Cannabinoide entdeckt, u. a. STS-135 und AKB-48. Nur Letztere unterliegen nicht der NPSV, die Erfassung ist im BMG in Vorbereitung. In Pulvern und Tabletten wurden zahlreiche nunmehr dem NPSG unterliegenden Stoffe (zumeist aus der Gruppe der Cathinone) analysiert, lediglich die Substanz 5FUR-144 (= XLR-11) unterliegt nicht der NPSV, die Erfassung ist im BMG in Vorbereitung.

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

Tabelle 10.1:

Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2012

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- min*	„Ecstasy“**	LSD***
Reinheit	Untergrenze	0,03 %	0,9 %	0,1 %	–	0,3 %	0,4 %	13 mg	–
	Obergrenze	39,2 %	57,7 %	30,9 %	–	99 %	99,5 %	232 mg	–
	Median	9,8 %	9,4 %	5,1 %	–	31,8 %	11 %	112,5 mg	–
Preis	Untergrenze	7	5	30	–	40	10	4	4
	Obergrenze	10	8	60	–	125	120	25	20
	Typisch	8	8	50	–	80	20	10	10

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

*** Preis pro Einheit

Anmerkung: Die Daten des BMI (Cannabiskraut, Cannabisharz, Heroin) zu Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen. Die Daten von *checkit!* (Kokain, Amphetamin, Ecstasy, LSD) zu Preisen stammen von Konsumentinnen/ Konsumenten.

Quelle: BMI/.BK; SHW 2013d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Quellenverzeichnis

Bibliographie

- Agostini, R. (2013). Kinder und substituierte Eltern. Behandlung im Sonderkrankenhaus/ Jugendwohlfahrtseinrichtung „Marienhof“. Sucht. Grüner Kreis Magazin 86, 18–19.
- AHIVCOS (2013). HIV/AIDS in Austria – 23rd Report of the Austrian HIV Cohort Study. Innsbruck.
- b.a.s. (2013). Jahresbericht 2012. b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz.
- Bauer, S. A. M. (2012). Einsatz von Opioiden in einer allgemeinmedizinischen Ordination. Schwerpunkt Substitutionstherapie von Opiatabhängigen. Medizinische Universität Graz, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- BAWO (2009). Wohnungslosigkeit und Wohnungslosenhilfe in Österreich. Wohnungslosen-erhebung 2006–2007–2009. Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungslosenhilfe (BAWO). Im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- Benyamina, A., und Stöver, H. (2012). Barriers to treatment access and informed patient choice in the treatment of opioid dependence in Europe. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 14 (4), 65–80.
- Birgmann, R. (2012). MultiplikatorInnen in der Suchtprävention – IST-Stand 2012. Institut für Gesundheitsplanung. Linz.
- Bittner, M., Hager, I., und Tschipan, C. (2010). Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich. Im Auftrag der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung Niederösterreich. St. Pölten.
- BMASK (2012a). Richtlinie Jugendcoaching des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz zur Durchführung der Maßnahmen Jugendcoaching. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- BMASK (2012b). 1. Bericht des Arbeitskreises bedarfsorientierte Mindestsicherung. Dezember 2012. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- BMASK (2013). Hundstorfer: Jugendcoaching schafft österreichweit Zukunftsperspektiven für Jugendliche am Übergang Schule–Beruf. OTS–Aussendung vom 5. Juni 2013, OTS0071. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz. Wien.
- BMG (2013). Österreichische AIDS–Statistik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMI (2013a). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2012. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

- BMI (2013b). Anfragebeantwortung vom 26. 6. 2013. 14335/AB XXIV.GP. Verfügbar unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXIV/J/J_14611/index.shtml (28. 6. 2013).
- BMJ (2013). Sicherheitsbericht 2012. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMWfJ (2013). Entwicklung einer Jugendstrategie. Ein Netzwerk entsteht. Phase 1. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend. Wien.
- Bublik, I. (2013). DESK (Drogen, Eltern, Sucht, Kinder). Ein Projekt zur Optimierung der medizinischen und psychosozialen Behandlung und Betreuung von schwangeren Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung und deren sozialem Umfeld. Sucht. Grüner Kreis Magazin 86, 14–15.
- Burtscher, D. (2012). Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit. Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe). Universität Wien, Fakultät für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Busch, M., und Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. Sucht 56 (6), 415–422.
- Caritas Diözese Graz–Seckau (2012a). Harlekin – Die Kontaktladenzeitung, Ausgabe 15. Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Graz.
- Caritas Diözese Graz–Seckau (2012b). Harlekin – Die Kontaktladenzeitung, Ausgabe 16. Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Graz.
- Caritas Diözese Graz–Seckau (2013a). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2012. Graz.
- Caritas Vorarlberg (2013). Jahresbericht 2012. Kontakt- und Anlaufstelle Caritas Café. Feldkirch.
- Caritas der Diözese Feldkirch (2013). Tagwerk Arbeitsprojekt Wald. Endbericht 2012. Feldkirch.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O., und Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people – Health Behavior in school-aged children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen.
- Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2012). Qualitätshandbuch ambulant. Evidenzbasierte Handlungsleitlinie | Umgang mit Sucht/Abhängigkeit von Substanzen. Domus Verlag. Wien.

- Dale-Perera, A., Goulao, J., und Stöver, H. (2012). Quality of care provided to patients receiving opioid maintenance treatment in Europe: Results from the EQUATOR analysis. Heroin addiction and related clinical problems, 2012, 14 (4), 23-38.
- Dobler-Mikola, A., Von Massenbach, K., und Müller, V. (1997). Euro-peers - Wege zur Lebenskompetenz. Bericht einer praxisnahen Evaluation. Institut für Suchtforschung. Zürich.
- Drogenkoordination des Landes Kärnten (2013). Kärntner Bericht zur Drogensituation. Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 - Sanitätswesen, Unterabteilung Drogenkoordination - Sozialmedizin. Klagenfurt.
- Duden (2013). Grundlagenwissen für Schule und Studium, Beruf und Alltag. Duden Wirtschaft von A bis Z. 5. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut. Lizenzausgabe Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Dür, W., und Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten. Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Dür, W., und Mravlag, K. (2002). Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Reihe Originalarbeiten. Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien.
- EBDD (2012). Jahresbericht 2012. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon.
- Eisenbach-Stangl, I. (2013). Deviance or Innovation? Recent changes of drug substitution treatment policy in Austria. Substance Use & Misuse 48, 1-12.
- ENCARE Austria (2012). ENCARE-Newsletter 02/2012. Institut Suchtprävention OÖ. Linz
- Europäische Kommission (2011a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm (16. 9. 2011).
- Europäische Kommission (2011b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel.
- Ex und Hopp (2013). Bericht zum Schwerpunktprojekt - Safer Use Gruppenangebote. Kontakt- und Anlaufstelle Ex und Hopp. Dornbirn.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2013). Jahresbericht 2012. St. Pölten.
- Falbesoner, B., und Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt.

- Fenzl, T., Mayring, P., Drobesch-Binter, B., Moschitz, C., und Gschwendner, A. (2012). GRENZWERT: Praktische Erfahrungen zur Prävention von riskantem Alkoholkonsum bei Jugendlichen in Kärnten. Unveröffentlichter Artikel.
- Fischer, G., Nava, F., und Stöver, H. (2012). Outcomes of opioid-dependence treatment across Europe: identifying opportunities for improvement. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 14 (4), 39–50.
- Fischer, G., und Stöver, H. (2012). Assessing the current state of opioid-dependence treatment across Europe: methodology of the European Quality Audit of Opioid Treatment (EQUATOR) project. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 14 (3), 5–70.
- Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (o. J.). Wohnungslosenerhebung 2012. Stadt Salzburg. Forum Wohnungslosenhilfe Salzburg (Hg.). Salzburg.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2008a). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogen-einrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2008b). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) Basismanual. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2008c). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009c). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010a). Bericht zur Drogensituation 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010c). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2011 a). Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogen-einrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.

- GÖG/ÖBIG (2011 b). 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). Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013b). DOKLI 2.1 – Basismanual. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (in Vorbereitung). Epidemiologiebericht Drogen 2012 und 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- Goulão, J., und Stöver, H. (2012). The profile of patients, out-of-treatment users and treating physicians involved in opioid maintenance treatment in Europe. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 14 (4), 7–22.
- Haas, S., Busch, M., Kerschbaum, J., Türscherl, E., und Weigl, M. (2012). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ (Hrsg.). Wien.
- Höflich, A. S., Langer, M., Jagsch, R., Bäwert, A., Winklbaier, B., Fischer, G., und Unger, A. (2012). Peripartum pain management in opioid dependent women. European Journal of Pain 16, 574–584.
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., und Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz.
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2008. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2011 a). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2011b). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2012a). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.

- IFES (2012b). Benzodiazepinkonsum bei Substituierten. 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.
- Institut Suchtprävention (2013a). Jahresbericht 2012. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Institut Suchtprävention (2013b). Fortyfour. Das Präventionsmagazin. Nr. 20, Frühjahr/Sommer 2013. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Jagsch, R. (2012). Entscheidungsfaktoren für Therapie statt Strafe – quantitative Auswertung von Haftdaten und empirischer Erhebung. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel(stra)recht. Soyer, R. und Schumann, S. (Hg.), 105–131. Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen 19. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien.
- Jones, H. E., Heil, S. H., Baewert, A., Arria, A. M., Kaltenbach, K., Martin, P. R., Coyle, M. G., Selby, P., Stine, S. M., und Fischer, G. (2012). Buprenorphine treatment of opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. Addiction 107 (Suppl. 1), 5–27.
- Just, A. (2012). Der Einfluss des Sozialkapitals auf die soziale Integration von Patientinnen und Patienten in der Drogenlangzeittherapie. Universität Wien, Institut für Soziologie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Karanitsch, A. (2012). Die Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit. Eine qualitative Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegenden in der niederschweligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen. Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften, Institut für Pflegewissenschaften. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Klimont, J., Kytir, J., und Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Köchl, A., Unger, A., und Fischer, G. (2012). Age-related aspects of addiction. Gerontology 58, 540–544.
- Köchl, A., und Fischer, G. (2012). Behandlung von Substanzabhängigkeit. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel(stra)recht. Soyer, R. und Schumann, S. (Hg.), 135–150. Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen 19. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien.

- Leeb, S. (2011). Behandlungsmotivation bei substanzabhängigen Personen im Programm „Therapie statt Strafe“. Universität Wien, Fakultät für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Matznetter, A. (2012). Substanzkonsum von StudentInnen der Universität Wien und der Medizinischen Universität Wien im Vergleich zum Substanzkonsum von StudentInnen der Universität Innsbruck. Medizinische Universität Wien. Wien.
- MDA basecamp (2013). Tätigkeitsbericht 2012. MDA basecamp – Mobile Drogenarbeit Z6. Innsbruck.
- Metz, V., Schwarz, B., und Fischer, G. (2012). Kosten der medizinischen Behandlung von Substanzabhängigkeit. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel(straf)recht. Soyer, R. und Schumann, S. (Hg.), 151–176. Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen 19. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien.
- Muhr, R. (2013). Geht ein Vorzeigemodell zu Ende? „Therapie statt Strafe“ in Österreich (1985–2013). Sucht. Grüner Kreis Magazin 85,10–12.
- Nagel, A. (2012). Intravenöser Drogenkonsum in Tirol. Demographische Erhebung und toxikologische Analyse des Restinhalts gebrauchter Spritzen. Medizinische Universität Innsbruck. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Neuhold, K. (2013a). Im Alltag den Zauber finden. Projekte 2012 – eine Rückschau. Sucht. Grüner Kreis Magazin 85,26–27.
- Neuhold, K. (2013b). verSUCHE. Werke von Kunstworkshops, Klanginstallation in Kooperation mit FH Joanneum. Sucht. Grüner Kreis Magazin 85, 24.
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2005). Bericht zur Drogensituation 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2006). Österreichischer Infektionskrankheitenbericht 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

- Penka, S. (2004). Migration und Sucht – Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“? Leipziger Universitätsverlag GmbH. Leipzig.
- PID (2013). Erstmals online: Suchtprävention in Gebärdensprache. OTS-Aussendung vom 28. 5. 2013, OTS0144. Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien.
- Puhm, A., und Uhl, A. (2013). Kinderleicht – Zukunft. Von Anfang an. Evaluationsbericht. Suchtpräventionsforschung und -dokumentation des Anton Proksch Instituts. Wien.
- Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder-Puig, R., und Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. Sucht. Grüner Kreis Magazin 85, 6.
- SbTirol (2013). Jahresbericht 2012 des Vereins Suchtberatung Tirol. Hall in Tirol.
- Schmid, R. (2013). Hair-Testing – Möglichkeiten und Grenzen des Drogentestens in Haaren Input beim Expertengespräch der SDW am 27. 2. 2013. Wien.
- Schmidhofer, H., Pichler, S., und Kuster, S. (2013). Betreuung von drogenabhängigen Schwangeren und Müttern/Eltern im Sucht- und Drogenhilfenetzwerk. Sucht. Grüner Kreis Magazin 86, 9–13.
- Schnalzer, M. (2012). Regulärer Abschluss einer Drogenentwöhnungstherapie oder Therapieabbruch – zur Bedeutung von psychologischen und therapiespezifischen Bedingungsvariablen. Universität Graz, Institut für Psychologie. Posterpräsentation am Doktoratskongress 2012 in Graz.
- Schönfeldinger, R. (2002). Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen. Abschlussbericht. Psychosozialer Dienst Burgenland. Eisenstadt.
- Schumann, S. (2012). Kriminalstatistik und Haftdaten. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel(straf)recht. Soyer, R. und Schumann, S. (Hg.), 79–93. Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen 19. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien.
- Schumann, S., und Soyer, R. (2012a). Kosten der Strafverfolgung und Sanktionierung. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel(straf)recht. Soyer, R. und Schumann, S. (Hg.), 95–103. Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen 19. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien.

- Schumann, S., und Soyer, R. (2012b). Status quo und Reformbedarf bei der Umsetzung des Grundsatzes Therapie statt Strafe – Projektergebnisse und Schlussfolgerungen. In: Therapie statt Strafe. Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Substanzabhängigkeit und Suchtmittel(strafrecht). Soyer, R. und Schumann, S. (Hg.), 187–212. Schriftenreihe der Vereinigung Österreichischer StrafverteidigerInnen 19. Neuer Wissenschaftlicher Verlag. Wien.
- SDW (2013). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Seltenhammer, M., Marchart, K., Paula, P., Kordina, N., Klupp, N., Schneider, B., Fitzl, C., und Risser, D. (2013). Micromorphological changes in cardiac tissue of drug-related deaths with emphasis on chronic illicit opioid abuse. Addiction 108 (7).
- Soyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz.
- Soyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz.
- SHW (2013a). Infektionsprophylaxe. Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2013b). *jedmayer* Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2013c). *streetwork* Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2013d). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2013e). *sam 9* Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2013f). *fix und fertig* Tätigkeitsbericht 2012. Verein Wiener Sozialprojekte Wien.
- SHW (2013g). *Ambulatorium Suchthilfe Wien* Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2013h). *help U* Tätigkeitsbericht 2012. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Statistik Austria (2013). Statistisches Jahrbuch 2013. Wien.
- Stella-Kaiser, D. (2012). Zur Effektivität schulischer Suchtprävention: Auswirkungen peerbasierter und erwachsenengeleiteter Suchtpräventionsmaßnahmen auf die Selbstwirksamkeit und das Substanzverhalten von Schülern – eine pragmatisch-naturalistische Studie. Universität Innsbruck, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Stiftung Maria Ebene (2013). Jahresbericht 2012. Frastanz.

- Stöver, H. (2012a). Assessing the current state of public-health-related outcomes in opioid dependence across Europe: data from the EQUATOR analysis. Heroin addiction and related clinical problems 14 (4), 51-64.
- Stöver, H. (2012b). OMT and General Practitioners – EQUATOR Study. Präsentation beim 12. TDI Expert Meeting am 21. 9. 2012 in Lissabon, Portugal.
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R., Kobrna, U., und Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Suchtkoordination des Landes Salzburg (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Informationen aus dem Land Salzburg. Salzburg.
- Summer, S. (2012). Harm Reduction – Drogenkonsumräume in Österreich zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Eine ExpertInnenbefragung. Unveröffentlichte Masterarbeit. Karl-Franzens-Universität Graz, Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftliche Fakultät, Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Graz.
- Uhl, A., und Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien.
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnambs, T., und Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A., und Lantschik, E. (2005b). ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Kobrna, U., Puhm, A., Springer, A., Kopf, N., Beiglböck, W., Eisenbach-Stangl, I., Preinsperger, W., und Musalek, M. (2009a). Handbuch Alkohol – Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS). Wien.
- Uhl, A., Strizek, J., Springer, A., Kobrna, U., und Pfarrhofer, D. (2009b). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Kobrna, U., und Musalek, M. (2011). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Einrichtungen 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Uhl, A., Schmutterer, I., Kobrna, U., und Strizek, J. (2013a). Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

- Uhl, A., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U., und Musalek, M. (2013b). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Unsel, M., Dworschak, G., Tran, U., Plener, P., Erfurth, A., Walter, H., Lesch, O., und Kapusta, N. (2012). The concept of temperament in psychoactive substance use among college students. Journal of Affective Disorders 141 /2, 324–330.
- Verein Dialog (2013). Behandlungskonzept Verein Dialog. Version 1. Wien.
- Verein Suchtberatung Tirol (2013). Jahresbericht 2012. Hall in Tirol.
- Verein Substanz (2013). Dokumentation 2012. Verein Substanz. Linz.
- VIVID (2013). Information der Fachstelle für Suchtprävention. Kräfte wachsen lassen – Selektive Prävention, ein neuer Fokus in der Suchtvorbeugung. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz.
- Winklbaur–Hausknost, B., Jagsch, R., Graf–Rohrmeister, K., Unger, A., Baewert, A., Langer, M., Thau, K. und Fischer, G. (2013). Lessons learned from a comparison of evidence–based research in pregnant opioid–dependent women. Human Psychopharmacology 28, 15–24.
- Z6 (2013). Jahresbericht 2012. Zentrum für Jugendarbeit. Innsbruck
- Zwettler, M. (2012). Katamnese – Therapiemotivation bei substanzabhängigen Klienten im Programm Therapie statt Strafe. Universität Wien, Fakultät für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Zitierte Bundesgesetze

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

BGBl I 2013/69 v. 1. 5. 2013. Bundesgesetz über die Grundsätze für Hilfen für Familien- und Erziehungshilfen für Kinder und Jugendliche (Bundes-Kinder- und Jugendhilfegesetz 2013 B-KJHG 2013). In der Fassung vom 1. 5. 2013.

BGBl II 2012/357 v. 30. 10. 2012. Änderung der Suchtgiftverordnung.

BGBl II 2012/358 v. 30. 10. 2012. Änderung der Psychotropenverordnung.

BGBl II/2012/361 v. 30. 10. 2012. Änderung der Suchtgift-Grenzmengenverordnung.

Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Drobesch-Binter, Barbara	Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordinator Steiermark
Fuchs, Stefan	Bundesministerium für Justiz / Vollzugsdirektion
Göllner, Gerhard	kontakt + co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Gstrein, Christof	Suchtkoordinator Tirol
Hausleitner, Burgi	Fachstelle für Suchtprävention Burgenland
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Franz, Katalin	MDA basecamp
Klein, Jean-Paul	Bundesministerium für Gesundheit
Preinsperger, Wolfgang	Anton Proksch Institut
Prenn, Andreas	SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe
Schopper, Johanna	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesdrogenkoordinatorin
Schwarzenbrunner, Thomas	Sucht- und Drogenkoordinator OÖ
Spirig, Harald	Schweizer Haus Hadersdorf
Stadler, Gerhard	Bundesministerium für Inneres
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck
Zedrosser, Christof	Verein Dialog

Datenbanken

Es gibt kaum relevante und öffentlich zugängliche Datenbanken in Österreich, daher kann lediglich auf den Suchthilfekompass (<http://suchthilfekompass.goeg.at/>) und auf Statistik Austria (<http://www.statistik.at/>) verwiesen werden.

Die Suche nach **österreichischen wissenschaftlichen Publikationen** wurde heuer intensiviert¹⁰⁰. In der Folge werden alle wissenschaftlichen Arbeiten aufgelistet, die (teilweise unter Mitwirkung) von österreichischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Jahr 2012 bzw. bis Frühling 2013 publiziert wurden und identifiziert werden konnten. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jene Arbeiten, die auch im Hauptteil des Berichts zitiert werden, werden auch in der Bibliographie genannt.

Alho, H., Auriacombe, M., Fischer, G., Maremmani, I., Scherbaum, N., und Torrens, M. (2013). Can outcomes monitoring of opioid maintenance treatment be improved in Europe? A statement by some European experts with interest in opioid maintenance treatment and its safety. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 15 (1), 63–64.

Baewert, A., Jagsch, R., Winklbaier, B., Kaiser, G., Thau, K., Unger, A., Aschauer, C., Weninger, M., und Metz, V. (2012). Influence of site differences between urban and rural American and Central European opioid-dependent pregnant women and neonatal outcome characteristics. Eur Addict Res 18/3, 130–139.

Benningfield, M. M., Dietrich, M. S., Jones, H. E., Kaltenbach, K., Heil, S. H., Stine, S. M., Coyle, M. G., Arria, A. M., O'Grady, K. E., Fischer, G., und Martin, P. R. (2012). Opioid dependence during pregnancy: relationships of anxiety and depression symptoms to treatment outcomes. Addiction 107 Suppl 1, 74–82.

Blüml, V., Kapusta, N., Vyssoki, B., Kogoj, D., Walter, H., und Lesch, O. (2011). Relationship between Substance Use and Body Mass Index in Young Males. The American Journal on Addictions 21, 72–77.

Bruckmüller, K., Köchl, B., Fischer, G., Jagsch, R., und Soyer, R. (2011). Medizinische und juristische Beurteilung substanzabhängiger (mutmaßlicher) Täter. Journal für Rechtspolitik 19/3–4, 267–278.

100

Um diese Arbeiten zu identifizieren, wurde eine Suche nach den Namen ausgewählter österreichischer Wissenschaftler/innen in relevanten Literaturdatenbanken durchgeführt. Aus den Ergebnissen wurden vorzugsweise jene Arbeiten ausgewählt, die den Kriterien des vorliegenden Berichts entsprechen. Da nicht alle Arbeiten als Volltext zur Verfügung standen, konnte nur ein Teil auch tatsächlich für den Bericht verwendet werden bzw. sind unter Umständen noch einzelne Arbeiten enthalten, die den Kriterien des Berichts eigentlich nicht entsprechen.

- Coyle, M. G., Salisbury, A. L., Lester, B. M., Jones, H. E., Lin, H., Graf-Rohrmeister, K., und Fischer, G. (2012). Neonatal neurobehavior effects following buprenorphine versus methadone exposure. Addiction 107 Suppl 1/63-73
- Crespo, J. A., Stockl, P., Ueberall, F., Jenny, M., Saria, A., und Zernig, G. (2012). Activation of PKCzeta and PKMzeta in the nucleus accumbens core is necessary for the retrieval, consolidation and reconsolidation of drug memory. PLoS One 7/2, e30502
- Eisenbach-Stangl, I. (2013). Deviance or Innovation? Recent changes of drug substitution treatment policy in Austria. Substance Use & Misuse 48, 1-12
- El Rawas, R., Klement, S., Kummer, K. K., Fritz, M., Dechant, G., Saria, A., und Zernig, G. (2012a). Brain regions associated with the acquisition of conditioned place preference for cocaine vs. social interaction. Front Behav Neurosci 6/63
- El Rawas, R., Klement, S., Salti, A., Fritz, M., Dechant, G., Saria, A., und Zernig, G. (2012b). Preventive role of social interaction for cocaine conditioned place preference: correlation with FosB/DeltaFosB and pCREB expression in rat mesocorticolimbic areas. Front Behav Neurosci 6/8
- Fischer, G., Nava, F., und Stöver, H. (2012). Outcomes of opioid-dependence treatment across Europe: identifying opportunities for improvement. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 14 (4), 39-50
- Fischer, G., und Stöver, H. (2012). Assessing the current state of opioid-dependence treatment across Europe: methodology of the European Quality Audit of Opioid Treatment (EQUATOR) project. Heroin Addiction & Related Clinical Problems 14 (3), 5-70
- Hoflich, A. S., Langer, M., Jagsch, R., Bawert, A., Winklbaier, B., Fischer, G., und Unger, A. (2012). Peripartum pain management in opioid dependent women. Eur J Pain 16/4, 574-584
- Holbrook, A. M., Jones, H. E., Heil, S. H., Martin, P. R., Stine, S. M., Fischer, G., Coyle, M. G., und Kaltenbach, K. (2013). Induction of pregnant women onto opioid-agonist maintenance medication: An analysis of withdrawal symptoms and study retention. Drug Alcohol Depend
- Jones, H. E., Fischer, G., Heil, S. H., Kaltenbach, K., Martin, P. R., Coyle, M. G., Selby, P., Stine, S. M., O'Grady, K. E., und Arria, A. M. (2012a). Maternal Opioid Treatment: Human Experimental Research (MOTHER) – approach, issues and lessons learned. Addiction 107 Suppl 1/28-35
- Jones, H. E., Heil, S. H., Baewert, A., Arria, A. M., Kaltenbach, K., Martin, P. R., Coyle, M. G., Selby, P., Stine, S. M., und Fischer, G. (2012b). Buprenorphine treatment of opioid-dependent pregnant women: a comprehensive review. Addiction 107 Suppl 1/5-27

- Koechl, B., Unger, A., und Fischer, G. (2012). Age-related aspects of addiction. Gerontology 58/6, 540–544
- Lund, I. O., Fischer, G., Welle-Strand, G. K., O'Grady, K. E., Debelak, K., Morrone, W. R., und Jones, H. E. (2013). A Comparison of Buprenorphine + Naloxone to Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes. Subst Abuse 7, 61–74
- Metz, V., Kochl, B., und Fischer, G. (2012). Should pregnant women with substance use disorders be managed differently? Neuropsychiatry (London) 2/1, 29–41
- Prast, J. M., Kummer, K. K., Barwitz, C. M., Humpel, C., Dechant, G., und Zernig, G. (2012). Acetylcholine, drug reward and substance use disorder treatment: intra- and interindividual striatal and accumbal neuron ensemble heterogeneity may explain apparent discrepant findings. Pharmacology 90/5–6, 264–273
- Rosenauer, R., Luf, A., Holy, M., Freissmuth, M., Schmid, R., und Sitte, H. H. (2013). A combined approach using transporter-flux assays and mass spectrometry to examine psychostimulant street drugs of unknown content. ACS Chem Neurosci 4/1, 182–190
- Seltenhammer, M. H., Marchart, K., Paula, P., Kordina, N., Klupp, N., Schneider, B., Fitzl, C., und Risser, D. U. (2013). Micromorphological changes in cardiac tissue of drug-related deaths with emphasis on chronic illicit opioid abuse. Addiction 108 (7)
- Unger, A., Metz, V., und Fischer, G. (2012a). Opioid dependent and pregnant: what are the best options for mothers and neonates? Obstet Gynecol Int 2012/195954
- Unger, A., Starzer, B., und Fischer, G. (2012b). Addiction is a psychiatric disorder – what have we learned from history? Addiction 107/6, 1043–1044
- Unsel, M., Dworschak, G., Tran, U. S., Plener P. L., Erfurth, A., Walter, H., Lesch, O., und Kapusta, N. (2012). The concept of temperament in psychoactive substance use among college students. Journal of Affective Disorders 142/2, 324–330
- Winklbaur-Hausknost, B., Jagsch, R., Graf-Rohrmeister, K., Unger, A., Baewert, A., Langer, M., Thau, K., und Fischer, G. (2013). Lessons learned from a comparison of evidence-based research in pregnant opioid-dependent women. Hum Psychopharmacol 28/1, 15–24

In Ergänzung zu den Publikationen in wissenschaftlichen Zeitschriften wurde auch nach relevanten **Dissertationen, Diplomarbeiten und Masterarbeiten** an österreichischen Universitäten und Fachhochschulen gesucht¹⁰¹. Die folgende Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jene Arbeiten, die im Bericht zitiert werden, werden auch in der Bibliographie angeführt.

- Bauer, S. A. M. (2012). Einsatz von Opioiden in einer allgemeinmedizinischen Ordination. Schwerpunkt Substitutionstherapie von Opiatabhängigen. Medizinische Universität Graz, Institut für Experimentelle und Klinische Pharmakologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Behek, C. (2012). Therapie statt Strafe, eine rechtliche und tatsächliche Betrachtung des § 39 SMG. Universität Graz, Rechtswissenschaftliche Fakultät, Institut für Strafrecht. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Bock, S. (2012). Suchtprävention in der Volksschule: Möglichkeiten und Grenzen des Projekts „Eigenständig werden“. Fachhochschule St. Pölten. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Burtscher, D. (2012). Gesundheitsbezogene Maßnahmen im Bereich der Substanzabhängigkeit. Selbstwirksamkeitserwartung, Selbstkonzept und Behandlungsmotivation im Rahmen von Quasi-Zwangsbehandlungen (Therapie statt Strafe). Universität Wien, Fakultät für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Enzinger, M. F. (2012). Am eignen Leib erfahren: eine Studie zum Beziehungsverhältnis von Erlebnispädagogik und Drogentherapie. Universität Innsbruck, Institut für Erziehungswissenschaft. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Göttlinger, S. (2012). Illegale Substanzen im ländlichen Bereich: offener Umgang oder Tabuthema. Universität Wien. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Grogger, T. (2012). Jugend Sucht: Jugendliche zwischen der Sehnsucht nach Anerkennung und der Suche nach dem eigenen Leben. Fachhochschule Kärnten. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Hathway, J. (2012). Sex differences in cocaine reward and in social interaction as an alternative reward to drugs of abuse. Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Allgemeine und Sozialpsychiatrie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Höfel, M. (2012). Morbider Rausch, betörende Phantasmagorie: Drogen und Rauschmittel in der deutschsprachigen phantastischen Literatur 1893–1930. Universität Wien. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

101

Um diese Arbeiten zu identifizieren, wurde im Online-Katalog der Österreichischen Nationalbibliothek mit Hilfe einer Schlagwort-Abfrage gesucht.

- Just, A. (2012). Der Einfluss des Sozialkapitals auf die soziale Integration von Patient/innen und Patienten in der Drogenlangzeittherapie. Universität Wien, Institut für Soziologie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Karanitsch, A. (2012). Die Gesundheits- und Krankenpflege in der niederschweligen Drogenarbeit: eine qualitative Untersuchung zur Rolle und zu den Handlungskonzepten von Pflegenden in der niederschweiligen Versorgung von drogenabhängigen Menschen. Universität Wien. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Kirchlehner, A. (2012). Personale Ressourcen bei Alkoholikern und Drogenabhängigen. Analyse der psychometrischen Eigenschaften des Inventars Personaler Ressourcen (IPR). Leopold-Franzens-Universität Innsbruck, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Koechl, B. (2012). Evaluation of health-related and legal interventions in allegedly delinquent and convicted opioid addicts in Austria. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Matznetter, A. (2012). Substanzkonsum von StudentInnen der Universität Wien im Vergleich zum Substanzkonsum von StudentInnen der Universität Innsbruck. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Metz, V. (2011). Research in opioid dependent pregnant women in a multi-disciplinary setting: maternal and neonatal outcome. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Neugebauer, H. (2012). Suchtprävention und mobile Dienste der Jugendwohlfahrt in der Steiermark: implizite Erwartungen oder Auftrag. Fachhochschule St. Pölten. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Pardeller, S. (2012). Behandlungs- und Therapieansätze therapeutischer Schulen vor dem Hintergrund der Suchterkrankung: Burnout in der Suchttherapie. Universität Innsbruck, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Preyer, S. (2012). Das episodische Gedächtnis bei Opiatabhängigkeit: eine geistige Reise in die Vergangenheit. Universität Innsbruck, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Schmidt, I. (2012). Untersuchung von neuen psychoaktiven Substanzen mittels Kapillarelektrophorese und Kapillarelektrochromatographie. Universität Graz, Naturwissenschaftliche Fakultät, Institut für Pharmazeutische Wissenschaften. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Schmidt, R. (2012). Soziodemographische Charakteristika von Opiatabhängigen im (stationären) Opiatzug. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

- Schnalzer, M. (2012). Regulärer Abschluss einer Drogenentwöhnungstherapie oder Therapieabbruch – zur Bedeutung von psychologischen und therapiespezifischen Bedingungsvariablen. Universität Graz, Institut für Psychologie. Posterpräsentation am Doktoratskongress 2012. Graz.
- Semper, B. (2012). Phytochemisches Screening auf Pflanzenpeptide in ausgewählten Drogen. Universität Wien. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Stella, D. (2012). Zur Effektivität schulischer Suchtprävention: Auswirkungen peerbasierter und erwachsenengeleiteter Suchtpräventionsmaßnahmen auf die Selbstwirksamkeit und das Substanzverhalten von Schülern – eine pragmatisch-naturalistische Studie. Universität Innsbruck, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaft, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Stocker, S. (2012). Assertivität und normative Geschlechtsrollenorientierung als Instrumente für Suchtprävention bei Jugendlichen. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychoanalyse und Psychotherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Sturmann, C. (2012). Theoretische und konzeptionelle Überlegungen zur Drogenarbeit mit jungen Menschen. Fachhochschule Kärnten. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Summer, S. (2012). Harm Reduction – Drogenkonsumräume in Österreich zwischen Anspruch und Wirklichkeit: eine ExpertInnenbefragung. Universität Graz., Umwelt-, Regional- und Bildungswissenschaftliche Fakultät. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Wachter, Ch. (2012). Sucht und Individuum: Entwurf einer substanzbezogenen Persönlichkeitspsychologie. Universität Innsbruck, Institut für Erziehungswissenschaft. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Wallnöfer, V. (2012). Die Faszination der Drogen: eine Studie am Beispiel von Opiaten und Halluzinogenen. Universität Innsbruck, Institut für Erziehungswissenschaft. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Zachbauer, Ch. (2011). Substanzkonsum bei StudentInnen der Universität Wien bzw. der Medizinischen Universität Wien. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Zidtek, A. (2012). Wohnungsnot und Suchtproblematik: Eine Analyse im Haus St. Josef der Caritas der Erzdiözese Wien – Housing and addiction. FH Campus Wien. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Zwettler, M. (2012). Katamnese – Therapiemotivation bei substanzabhängigen Klienten im Programm Therapie statt Strafe. Universität Wien, Fakultät für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Auf europäischer Ebene stellt v. a. die EBDD auf ihrer Website vielfältige Daten und Informationen zur Verfügung, u. a. das „Statistical Bulletin“ (<http://www.emcdda.europa.eu/stats12>) sowie das „Best Practice Portal“ (<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice>). Das „Best Practice Portal“ enthält Informationen zu Standards und Richtlinien sowie zu Evaluationsinstrumenten (EIB) und **Beispielen für evaluierten Maßnahmen** (EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action). In der Folge werden die Einträge in der EDDRA-Datenbank zu österreichischen Projekten/Programmen oder Einrichtungen aufgelistet (Stand: August 2013¹⁰²).

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

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

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

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

Angebot für jugendliche SuchtmittelkonsumentInnen und deren Angehörige
(Verein Dialog, Wien)

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

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

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

Behandlung und Betreuung drogenabhängiger Straftäter/innen
(Schweizer Haus Hadersdorf, Wien)

102

Die hier angeführten Angebote sind aktuell in der EDDRA-Datenbank enthalten. Sie werden so aufgelistet, wie sie in die Datenbank eingegeben wurden, was fallweise bereits mehrere Jahre zurückliegen kann.

Behandlung von Schwangeren an der Drogenambulanz des AKH Wien

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

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

Betreutes Wohnen

(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

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

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

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

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

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

Drogenambulanz Innsbruck – Substitution
(Drogenambulanz Innsbruck)

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

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

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

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

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

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

Elternseminare
(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

Erlenhof – Therapiestation für Suchtmittelabhängige
(Pro mente Oberösterreich)

Expertengestützte schulische Suchtinformation
(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

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

FeierFest! – Freizeit- und Partykultur mit Jugendlichen
(Akzente Fachstelle Suchtprävention, Salzburg)

FITCARD – Gesundheitsförderung mit Lehrlingen. Subprogramm des Programms „Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Betrieb“
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

fix und fertig – Sozialökonomischer Betrieb
(Verein Wiener Sozialprojekte)

Gelebte Suchtvorbeugung in der Gemeinde. Subprogramm der Pilotaktion „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ der Generaldirektion V der EU, Programm: „Sozial Innovativ 2000“
(Volkshilfe Steiermark, VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Regionalbüro Oststeiermark)

Generation E – Werkstatt für kreative Elternarbeit
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien)

Guat beinand'! – Suchtvorbeugung in Gemeinden und Stadtteilen
(Akzente Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg)

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

High genug? – Praxispackage zur Suchtprävention in der Jugendarbeit
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark)

Impfprojekt Hepatitis B an der sozialmedizinischen Beratungsstelle ganslwirt
(Verein Wiener Sozialprojekte)

in motion – ein Multiplikatorenprojekt zur schulischen Suchtvorbeugung
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

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

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

Jugendberatungsstelle WAGGON
(TENDER – Verein für Jugendarbeit, Niederösterreich)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Niederschwellige Einrichtung ganslwirt
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

ÖBB – Lehrlingsprojekt zur Suchtprävention
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien)

Peer Education Projekt
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ)

pib – Prävention in Betrieben
(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

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

Rumtrieb – Mobile Jugendarbeit NÖ
(Verein für Jugend und Kultur Wr. Neustadt, Niederösterreich)

SHH Schweizer Haus Hadersdorf – Medizinische, psychologische und psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte
(Evangelisches Haus Hadersdorf – WOBES, Wien)

Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle ganslwirt
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

Stationenmodell
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, Niederösterreich)

step by step – Früherkennung und Intervention im Vorfeld möglicher Suchtprobleme
(kontakt+co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

Step by Step Graz – Früherkennung und Krisenintervention an Grazer Schulen
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

Suchtbehandlung an der Drogenambulanz Klagenfurt
(Magistrat Klagenfurt)

Suchtprävention im steirischen Fußballverband

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

Supromobil – Bezirkskonferenz „Jugend und Drogen“

(Stiftung Maria Ebene)

Umbrella–Network–Projekt Österreich – Schweiz: Analyse der Probleme mit HIV, AIDS und STDs in europäischen Grenzregionen und Entwicklung von kooperativen, grenzüberschreitenden Präventionsmethoden

(Institut für Sozialdienste, Vorarlberg)

Viktoria hat Geburtstag

(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

Way Out – Frühinterventionsangebot für erstauffällige

drogenkonsumierende Jugendliche

(Kooperation der Landesstelle Suchtprävention und Neustart, Kärnten)

Wiener BerufsBörse – Verein zur beruflichen Integration

von drogen-, medikamenten- und alkoholabhängigen Personen

(Wiener BerufsBörse, Wien)

Wien–Favoriten – Behandlung und Betreuung von drogenabhängigen Straffälligen

(Justizanstalt Wien–Favoriten, Wien)

Zertifikatslehrgang „Sucht- und Gewaltprävention“

(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

Websites

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

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

Drogen- bzw. Suchtkoordinationen der Bundesländer:

Suchtkoordination für das Land Burgenland

<http://www.psd-bgld.at/leistungen/suchtkoordination/>

Drogenkoordination des Landes Kärnten

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

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich

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

Sucht- und Drogenkoordination des Landes OÖ

http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/ooe/hs.xsl/32040_DEU_HTML.htm

Suchtkoordination des Landes Salzburg

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

Suchtkoordination des Landes Steiermark

<http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/ziel/74837628/DE/>

Suchtkoordination des Landes Tirol

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

Suchtkoordination des Landes Vorarlberg

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

Sucht- und Drogenkoordination Wien

<http://www.drogenhilfe.at>

Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern:

Fachstelle für Suchtprävention Burgenland

<http://www.psd-bgld.at/leistungen/fachstelle-fuer-suchtpraevention/>

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

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

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ

<http://www.suchtvorbeugung.at>

Institut Suchtprävention, OÖ

<http://www.praevention.at>

AKZENTE Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg

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

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark

<http://www.vivid.at>

kontakt+co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz, Tirol

<http://www.kontaktco.at>

SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg

<http://www.supro.at>

Institut für Suchtprävention, Wien

<http://www.drogenhilfe.at>

Bundesministerien:

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

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

Bundesministerium für Gesundheit

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

Bundesministerium für Inneres

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

Bundesministerium für Justiz

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

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

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

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie

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

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend

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

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

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

Monitoring und Forschung:

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

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

GÖG/ÖBIG – Österreichischer Suchthilfekompass

<http://suchthilfekompass.oebig.at>

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

<http://tdi.oebig.at>

Suchtpräventionsdokumentation und Suchtpräventionsforschung des Anton Proksch Instituts

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

Suchtforschung und Suchttherapie an der Medizinischen Universität Wien

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

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

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

Weitere Websites:

AIDS-Hilfen

<http://www.aidshilfen.at>

Allgemeines Krankenhaus in Wien

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

Anton Proksch Institut

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

ARGE Suchtvorbeugung

<http://www.suchtvorbeugung.net>

Auftrieb – Jugend- und Suchtberatung

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

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

<http://www.bas.at>

Blue Monday Gesundheitsmanagement

<http://www.blumonday.at>

Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich

<http://www.bast.at>

Carina – Therapiestation

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

Caritas Café

<http://www.caritas-vorarlberg.at/hilfe-einrichtungen/menschen-in-not/caritas-cafe/>

Caritas der Diözese Innsbruck

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

Caritas der Diözese St. Pölten

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

Caritas Graz – Kontaktladen

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

ChEck iT! – Verein Wiener Sozialprojekte

<http://checkyourdrugs.com>

CONTACT – Spitalsverbindungsdienst

<http://drogenhilfe.at/ueber-uns/beratung-behandlung-und-betreuung/liaisondienste/contact/>

dialog – Beratungs- und Betreuungszentrum

<http://www.dialog-on.at>

Do it yourself – Kontakt- und Anlaufstelle für Drogenkonsumentinnen und -konsumenten

<http://www.doit.at>

Drogenambulanz der Medizinischen Universität Wien

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

Drogenberatung des Landes Steiermark

<http://www.drogenberatung.steiermark.at/>

ENCARE Österreich

<http://www.encare.at>

Ex und Hopp – Drogenberatung

<http://www.exundhopp.at>

Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation

<http://www.e-beratungsjournal.net>

Fonds Gesundes Österreich

<http://www.fgoe.org/startseite>

Gesunde Gemeinden

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

Gesunde Schule

<http://www.gesundeschule.at>

Grüner Kreis

<http://www.gruenerkreis.at>

Haus am Seespitz

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

Jedmayer

<http://www.suchthilfe.at/beratung-betreuung-wohnen/jedmayer/>

Jugendberatungsstelle Waggon

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

Jugendstreetwork Graz

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

Jugendsuchtberatung Hot, Purkersdorf

<http://www.agathon.cc>

Jusy – Jugendservice Ybbstal, Waidhofen/Ybbs

<http://www.jusy.at>

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

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

Komfüdros – Kommunikationszentrum für DrogenkonsumentInnen

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

Kontaktstelle in Suchtfragen, Salzburg

<http://www.lsr-sbg.gv.at/service/schulische-praeventionsstelle-kis/suchtpraevention/>

Krankenhaus Rosenhügel

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

Lukasfeld – Therapiestation

<http://www.lukasfeld.portal.mariaebene.at/>

Marienambulanz

<http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheit/marienambulanz/>

MDA basecamp – mobile Drogenprävention in Tirol

<http://www.mdabasecamp.com>

MDA basecamp – Online-Beratung

<http://www.onlinedrogenberatung.at>

Neustart – Bewährungshilfe, Konfliktregelung, Soziale Arbeit

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

Oikos – Verein für Suchtkranke

<http://www.oikos-klagenfurt.at/>

Österreichische Caritaszentrale – Integration durch Arbeit KEG

<http://web2.cylex.de/firma-home/oesterreichische-caritaszentrale---integration-durch-arbeit-keg-4402107.html>

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken

<http://www.oegabs.at/index.php>

Österreichischer Verein für Drogenfachleute

<http://www.oevdf.at>

Plattform Drogentherapien – Informationen zur Opiatabhängigkeit

<http://www.drogensubstitution.at>

pro mente Oberösterreich

<http://www.promenteooe.at>

Psychosoziale Zentren GmbH

<http://www.psz.co.at/>

Rumtrieb – Mobile Jugendarbeit

<http://www.jugendundkultur.at/de/rumtrieb/>

Schulpsychologie Bildungsberatung

<http://www.schulpsychologie.at>

Schweizer Haus Hadersdorf

<http://www.shh.at>

Stadt Wien

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

Stiftung Maria Ebene

<http://www.mariaebene.at>

Streetwork Graz

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

Substanz – Verein für suchtbegleitende Hilfe

<http://www.substanz.at>

Suchtberatungsstelle BIZ Obersteiermark

<http://www.biz-obersteiermark.at/>

Suchthilfe Wien gGmbH

<http://www.suchthilfe.at>

Supromobil

<http://www.supromobil.at>

taktisch klug

<http://www.taktischklug.at>

Therapiestation Erlenhof

<http://www.therapiestation-erlenhof.at>

Therapiestation WALKABOUT

<http://www.barmherzige-brueder.at/site/walkabout/home>

Tiroler JugendWeb – Drogen, Sucht, Hilfe

<http://www.startblatt.net/at/jugend/jugend-tirol/tiroler-jugendweb>

Verein für eine Legalisierung von Cannabis

<http://www.legalisieren.at>

Verein LOG IN

<http://www.login-info.at>

Verein PASS

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

VIVA - Drogenberatung

<http://www.gesundheit-kaernten.at/sucht/betreuung-beratungsstellen/drogenberatung-viva.html>

Vorarlberger Drogenhilfe

www.suchthaufen.at

Wiener BerufsBörse

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

Anhang

A. Tabellen, Karte

B. Abkürzungsverzeichnis

C. Standard Tables &
Structured Questionnaires

Anhang A

Tabellen, Karte

Tabelle A1:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2013

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14+	20,1
			Ecstasy	14+	3,0
			Amphetamine	14+	2,4
			Kokain	14+	2,3
			Opiate	14+	0,7
			biogene Drogen	14+	2,7
			LSD	14+	1,7
			Schnüffelstoffe	14+	2,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)	Cannabis	15-24	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009b)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamine	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
			Schnüffelstoffe	14+	2
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamine	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	4
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	3
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyr et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahre (n = 1.547) (15-59: n = 1.385)	Cannabis	15-59	19,6
			Ecstasy	15-59	3,2
			Amphetamine	15-59	3,5
			Kokain	15-59	2,7
			Heroin	15-59	1,2
			Morphium	15-59	1,0
			LSD	15-59	1,8
			Schnüffelstoffe	15-59	5,3
			biogene Drogen	15-59	3,5
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2011a)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamine	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	6
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	2
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2013)	Wien 2013 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			Ecstasy	15+	4
			Amphetamine	15+	4
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	7
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	4

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A2:

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
Schulstudie Burgenland (Schönfeldinger 2002)	Burgenland 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis	12-19	20
			Ecstasy	12-19	4
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	1
			Speed	12-19	3
			Halluzinogene	12-19	3
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	12-19	20
8					
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	15-jährige Schülerinnen und Schüler (n = 1.292)	Cannabis	15	14
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis	14-17	22
			Ecstasy	14-17	3
			Kokain	14-17	2
			Crack	14-17	2
			Heroin	14-17	1
			Amphetamine	14-17	5
			GHB	14-17	1
			LSD	14-17	2
Schnüffelstoffe	14-17	15			
Magic Mushrooms	14-17	4			
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner et al. 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler im Alter von ca. 15 bis 19 Jahren (n = 3.919)	Cannabis	15-20	27,1
			Partydrogen	15-20	4,8
			Kokain	15-20	2,0
			Crack	15-20	1,1
			Opiate	15-20	1,4
			Amphetamine	15-20	3,1
			Halluzinogene	15-20	1,8
			Schnüffelstoffe	15-20	11,4
Magic Mushrooms	15-20	8,9			
HBSC-Studie (Dür und Griebler 2007)	Österreich 2005/6 (Lebenszeit)	15-jährige Schülerinnen und Schüler (n = 1.239)	Cannabis	15	14
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis	15-24	36,9
			Ecstasy	15-24	12,3
			Heroin	15-24	7,7
			Morphium	15-24	8,5
			Amphetamine	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe	15-24	16,5
			biogene Drogen	15-24	13,0

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.213)	Cannabis	12-19	11
			Ecstasy	12-19	2
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	2
			Speed	12-19	3
			Schnüffelstoffe	12-19	15
			biogene Drogen	12-19	4
ESPAD Österreich (Strizek et al. 2008)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis	15-16	18,0
			Ecstasy	15-16	3,4
			Kokain	15-16	3,2
			Crack	15-16	2,3
			Heroin	15-16	1,8
			Amphetamine	15-16	7,7
			GHB	15-16	2,3
			LSD	15-16	2,8
			Schnüffelstoffe	15-16	14,1
			Magic Mushrooms	15-16	4,1
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 590)	Cannabis	15-24	26,2
			Ecstasy	15-24	4,7
			Heroin	15-24	2,1
			Morphium	15-24	1,7
			Amphetamine	15-24	5,1
			Kokain	15-24	2,6
			LSD	15-24	2,1
			Schnüffelstoffe	15-24	8,9
			biogene Drogen	15-24	1,3
Erhebung zum Sucht- verhalten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis	14-17	7
			Ecstasy	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			Speed	14-17	1
			Schnüffelstoffe	14-17	1
			biogene Drogen	14-17	1
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schülerinnen und Schüler (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15	14
				17	27
Flash Eurobarometer Youth attitudes on drugs (Euopäische Kommission 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache,
2003–2012

Todesursache	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Intoxikation mit Opiat(en)	40	38	31	27	9	13	18	13	11	11
Mischintoxikation mit Opiat(en)	115	133	134	137	138	136	153	148	151	111
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ¹ ohne Opiate	8	4	4	5	5	4	1	0	8	8
Intoxikation unbekannter Art	0	10	22	28	23	16	15	9	7	9
Summe verifizierte direkt drogenbezogene Todesfälle	163	185	191	197	175	169	187	170	177	139
Nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle ²	-	-	-	-	-	32	19	17	24	22

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1: NPS = *neue psychoaktive Substanz(en)*

2: Vgl. GÖG/ÖBIG 2011b

Tabelle A4:

Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich
nach Bundesland, 2003–2012

Bundesland	2003	2004	2005	2006	2007	2008 ¹	2009 ²	2010 ³	2011 ⁴	2012 ⁵	2003–2012
Burgenland	2	5	3	3	5	1	1	3	3	2	28
Kärnten	6	4	6	7	4	6	5	6	3	6	53
Niederösterreich	13	31	29	38	27	34	26	30	28	20	276
Oberösterreich	13	15	13	14	12	20	21	10	12	18	148
Salzburg	5	7	8	6	3	11	13	17	6	9	85
Steiermark	14	12	17	12	16	21	10	11	15	7	135
Tirol	13	15	17	16	11	18	15	18	23	14	160
Vorarlberg	5	8	6	6	7	2	14	10	8	7	73
Wien	92	88	92	95	90	55	82	65	79	56	794
Unbekannt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Gesamt	163	185	191	197	175	169	187	170	177	139	1.753

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

5: Dazu kommen noch 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

Tabelle A5:

Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich
nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2003–2012

Alters- gruppe	2003		2004		2005		2006		2007		2008 ¹		2009 ²		2010 ³		2011 ⁴		2012 ⁵	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 19	20	12,3	40	21,6	28	14,7	40	20,3	24	13,7	22	13,0	18	9,6	12	7,1	23	13,0	10	7,2
20–24	37	22,7	40	21,6	48	25,1	51	25,9	46	26,3	45	26,6	39	20,9	36	21,2	33	18,6	23	16,5
25–29	28	17,2	30	16,2	36	18,8	34	17,3	23	13,1	37	21,9	35	18,7	41	24,1	31	17,5	31	22,3
30–34	24	14,7	19	10,2	25	13,1	19	9,7	35	20,0	21	12,4	28	15,0	17	10,0	29	16,4	25	18,0
35–39	29	17,8	23	12,4	19	9,9	15	7,6	22	12,6	16	9,5	22	11,8	17	10,0	13	7,3	15	10,8
40 und älter	25	15,3	33	17,8	35	18,3	38	19,3	25	14,3	28	16,6	45	24,1	47	27,6	48	27,1	35	25,2
Gesamt	163	100	185	100	191	100	197	100	175	100	169	100	187	100	170	100	177	100	139	100
männlich	133	81,6	147	79,5	148	77,4	155	78,7	136	77,7	134	79,3	150	80,2	140	82,4	135	76,3	111	79,9
weiblich	30	18,4	38	20,5	43	22,5	42	21,3	39	22,2	35	20,7	37	19,8	30	17,6	42	23,7	28	20,1

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

5: Dazu kommen noch 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A6:

Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2012

Todesursache		Altersgruppen									Summe	
		< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	> 49		
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	1	4	2	2	1	1	0	0	11
		mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		+ Alkohol	0	0	1	2	4	2	1	3	0	13
		+ Psychopharmaka	0	2	8	12	6	8	3	3	3	45
		+ Alkohol & Psychopharmaka	0	3	0	2	7	3	2	6	7	30
	Opiate und andere SG	ausschließlich SG	0	0	1	2	0	0	0	1	0	4
		SG + Alkohol	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
		SG + Psychopharmaka	1	2	5	2	2	1	0	1	0	14
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	0	0	2	1	0	0	1	0	4
	SG ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	2	1	1	0	0	0	0	4
		SG + Alkohol	0	0	1	1	0	0	0	0	0	2
		SG + Psychopharmaka	0	0	0	0	1	0	1	0	0	2
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	1	1	4	1	0	1	1	0	9
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle		1	9	23	31	25	15	9	16	10	139	
davon Männer		0	6	17	29	18	9	9	16	7	111	

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

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A7:

Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2012

Todesursache		Bundesland										
		B	K ¹	N ²	OÖ ³	S ⁴	St	T	V	W ⁵	Ö ⁷	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	0	1	3	1	1	1	1	3	11
		mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		+ Alkohol	1	0	1	0	1	1	2	0	7	13
		+ Psychopharmaka	1	3	8	6	1	2	6	3	15	45
		+ Alkohol & Psychopharmaka	0	0	5	3	2	0	4	1	15	30
	Opiate und andere SG	ausschließlich SG	0	1	0	0	1	0	0	0	2	4
		SG + Alkohol	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
		SG + Psychopharmaka	0	0	1	4	1	2	0	2	4	14
	SG ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	2	1	0	0	0	0	1	4
		SG + Alkohol	0	1	0	0	0	0	1	0	0	2
		SG + Psychopharmaka	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	1	1	2	1	0	0	4	9
	Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle		2	6	20	18	9	7	14	7	56	139
Verifizierte direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		1,0	1,6	1,9	1,9	2,5	0,9	2,9	2,8	4,7	2,4	
Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		1,0	1,9	2,1	2,0	2,7	0,9	2,9	2,8	6,0	2,8	

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

- 1: Dazu kommt 1 nicht obduzierter drogenbezogener Todesfall.
- 2: Dazu kommen 3 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.
- 3: Dazu kommt 1 nicht obduzierter drogenbezogener Todesfall.
- 4: Dazu kommt 1 nicht obduzierter drogenbezogener Todesfall.
- 5: Dazu kommen 16 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.
- 7: Dazu kommen 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A8:

Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2003-2012

Risikosituation	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Homo-/bisexueller Kontakt	21	23	28	33	39	28	28	25	20	18
Intravenöser Drogenkonsum	20	18	22	21	26	27	16	11	11	14
Heterosexueller Kontakt	49	51	45	47	42	38	45	37	21	22
Ander s/ unbekannt	15	14	22	17	22	17	13	21	12	12
Gesamt	105	106	117	118	129	110	102	94	64	66

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttättern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2003–2012

Anzeigen	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesamtanzeigen	22.245	25.215	25.892	24.008	24.166	20.043	22.729	23.853	25.892	23.797
Ersttäter	12.117	14.346	15.569	15.808	16.053	13.634	14.893	19.409	21.828	19.683
Wiederholungstäter	9.288	9.990	9.520	7.636	7.569	5.990	7.258	3.681	3.247	3.107

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

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

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

Tabelle A10:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2003–2012

Bundesland	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Burgenland	984	967	923	1.033	1.008	871	953	716	801	687
Kärnten	1.659	1.464	1.529	1.190	1.408	1.153	1.372	1522	1422	1.165
Niederösterreich	3.017	3.531	3.632	3.050	3.464	2.583	3.165	2978	2917	2.683
Oberösterreich	2.782	3.521	3.769	3.209	3.786	3.245	3.908	3660	3590	3.547
Salzburg	868	1.077	1.092	1.001	1.116	1.015	1.096	1099	1431	1.145
Steiermark	1.570	1.705	1.516	1.435	1.929	1.372	1.669	1607	1878	1.879
Tirol	2.102	2.695	2.775	2.607	2.454	1.982	2.555	2692	3095	2.570
Vorarlberg	1.146	1.044	1.008	1.240	1.153	976	1.027	1143	1092	1.392
Wien	7.652	8.524	8.797	7.925	6.611	5.883	6.056	7001	7903	7.435
Gesamtanzeigen	21.780	24.528	25.041	22.690	22.929	19.080	21.801	22.418	24.129	22.503

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A11:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich
nach Art des Suchtgiftes, 2003–2012

Suchtgift/Suchtmittel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis	17.706	20.252	20.900	19.021	19.063	15.063	17.513	17.066	17.836	17.461
Heroin und Opiate	4.717	4.770	4.720	3.516	3.294	2.865	3.157	3.677	2.575	1.582
Kokain + Crack	4.785	5.365	5.491	4.252	4.263	3.551	3.930	3.332	3.383	2.963
Amphetamin + Methamphetamin	1.727	1.843	1.795	1.639	2.112	1.405	1.749	1.669	2.206	2.120
LSD	214	196	160	164	196	101	193	137	138	129
Ecstasy	2.473	2.362	2.106	1.763	1.889	1.127	966	388	485	375
Mephedron								209	1.179	331
Suchtgifthältige Medikamente	872	1.420	1.795	2.800	2.714	2.294	2.693	3.113	3.552	2.864
Sonstige Suchtgifte*	320	304	427	355	323	263	363	185	160	143
Psychotrope Substanzen	11	11	4	14	20	13	16	37	58	35
Psychotrope Medikamente	603	892	1.081	1.687	1.535	1.185	1.174	1.666	2.086	1.502
Drogenausgangsstoffe	5	0	4	8	2	12	1	3	4	8

- = Daten nicht verfügbar

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

Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

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

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

Tabelle A12:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich
nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2012

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	635	1.034	2.262	2.916	1.015	1.706	2.422	1.312	4.159	17.461
Heroin und Opiate	47	101	189	221	43	28	54	97	802	1.582
Kokain + Crack	84	182	213	250	125	93	316	156	1.544	2.963
Amphetamin + Methamphetamin	159	35	302	773	131	196	138	111	275	2.120
LSD	9	4	21	33	3	10	24	11	14	129
Ecstasy	36	11	56	71	29	36	70	25	41	375
Mephedron	17	10	80	16	3	152	12	2	39	331
Suchtgifthältige Medikamente	21	59	215	690	71	139	97	40	1.532	2.864
Sonstige Suchtgifte*	5	6	30	13	10	26	34	5	14	143
Psychotrope Substanzen	0	0	4	7	0	1	8	2	13	35
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	17	42	108	259	26	76	94	27	853	1.502
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	2	0	0	0	0	6	8

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

Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

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

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

Tabelle A13:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt
in Österreich, 2003–2012

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in %
2003	4.532	1.161	3.318	41.749	10,9
2004	5.706	1.441	4.229	45.185	12,6
2005	6.128	1.357	4.702	45.691	13,4
2006	5.795	1.464	4.246	43.414	13,3
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0

Bis 2007:

§ 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)

§ 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift

Ab 2008:

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

* Ab 2012 kommt es dabei zu einem Zeitreihenbruch, da ab diesem Berichtsjahr die vom Gericht übermittelte Strafsatzbestimmung ausgewiesen wird. Davor wurde das „führende Delikt“ von der Statistik Austria ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafrahmen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A14:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte,
nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2012*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	485	1.245	838	556	728	3.852
	weiblich	50	134	99	46	80	409
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	84	336	256	228	349	1.253
	weiblich	10	46	36	19	39	150
§ 27 SMG	männlich	401	904	577	320	353	2.555
	weiblich	40	87	61	27	40	255

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

* Ab 2012 kommt es dabei zu einem Zeitreihenbruch, da ab diesem Berichtsjahr die vom Gericht übermittelte Strafsatzbestimmung ausgewiesen wird. Davor wurde das „führende Delikt“ von der Statistik Austria ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafrahmen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A15:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte,
differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund
und Art der Strafe, 2012*

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Straf- formen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	82	79	19	5	24	209
	Erwachsene	875	1.260	1.159	593	165	4.052
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	5	10	7	0	0	22
	Erwachsene	45	388	530	344	74	1381
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	79	69	12	5	22	187
	Erwachsene	822	849	612	249	91	2.623

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

* Ab 2012 kommt es dabei zu einem Zeitreihenbruch, da ab diesem Berichtsjahr die vom Gericht übermittelte Strafsatzbestimmung ausgewiesen wird. Davor wurde das „führende Delikt“ von der Statistik Austria ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafrahmen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A16:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung
in Österreich, 2003–2012

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Gesamt	9.023	9.666	11.660	10.379	10.175	9.384	10.627	11.807	11.667	11.455
§ 35 SMG Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwalt- schaft*	7.902	8.599	10.668	9.173	9.008	8.399	9.661	10.643	10.319	10.215
davon § 35 Abs 4 SMG (Cannabis, psilocin-, psilotin-, psilocybinhaltige Pilze und psychotrope Stoffe)*	1.499	2.016	2.697	1.895	1.841	2.249	2.780	3.166	4.059	5.515
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung*	1.121	1.067	992	1.206	1.167	985	966	1.164	1.348	1.240
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	318	427	452	507	540	638	624	733	741	673

* Diese Daten wurden dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.

Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft

§ 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft

§ 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

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

Tabelle A17:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2003–2012

Suchtgift/Suchtmittel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis	5.422	6.202	6.012	5.770	5.732	5.050	5.733	6.195	6.750	7.137
Heroin	1.263	1.383	1.371	883	765	673	901	1.048	640	393
Kokain	1.271	1.475	1.507	1.044	1.087	936	984	946	970	912
Amphetamin + Methamphetamin	321	342	328	334	380	299	400	466	545	607
LSD	33	29	20	20	39	20	39	43	41	47
Ecstasy	276	286	295	248	250	181	131	63	90	113
Mephedron								73	125	36
Suchtgifthaltige Medikamente	445	812	1.117	1.571	1.234	1.015	1.121	1.456	1.712	1.435
Sonstige Suchtgifte*	84	87	97	84	92	58	79	72	67	65
Psychotrope Substanzen	6	5	2	2	10	1	2	13	23	22
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	432	678	823	1.300	1.019	843	697	993	1.268	888
Drogenausgangsstoffe	2	0	2	7	1	12	0	1	0	8

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

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

Tabelle A18:

Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2003–2012

Suchtgift/ Suchtmittel	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Cannabis (kg)	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6
Heroin (kg)	42,8	235,0	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6	96	64,9	222,1
Kokain (kg)	58,3	75,5	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2	241	139	64,6
Amphetamin + Methamphetamin (kg)	54,3	27,6	9,6	38,9	19,4	13,00	65	23,4	15,8	35,3
LSD (Trips)	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588	276
Ecstasy (Stk.)	422.103	122.663	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998
Mephedron (kg)	-	-	-	-	-	-	-	2,9	14,2	2,4
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.)	10.827	9.031	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5
Sonstige Suchtgifte (kg)*	1,8	21,4	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1
Psychotrope Substanzen (kg)	0,15	0,05	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (Stk.)	15.650	21.119	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042
Drogenausgangsstoffe (kg)	25,00	0,00	0,10	9,85	0,17	22,16	0	1	0	2,8

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

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

Tabelle A19:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2003–2012

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy-Tabletten gekauften Proben									
	2003 (n=143)	2004 (n=93)	2005 (n=53)	2006 (n=134)	2007 (n=117)	2008 (n=146)	2009 (n=105)	2010 (n=76)	2011 (n=135)	2012 (n=145)
MDMA	83,2	72,0	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6
MDMA + MDE	7,7	9,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,7	1,1	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1
MDMA + Amphetamin	0,7	0,0	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	3,5	1,1	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2
PMA/PMMA	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7
Amphetamin	1,4	0,0	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	0,0	1,1	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3	– ³
diverse Mischungen*	2,1	7,5	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7
Neue psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen***	–	–	–	–	–	–	0,0	6,6	23,0	13,8

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

** mCPP/mCPP + diverse Mischungen heißt: mCPP und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

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

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

² Neue psychoaktive Substanzen

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in der Tabellenzeile der Neuen psychoaktiven Substanzen inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A20:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2012

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy bzw. MDMA in der Form Pulver, Kapsel oder Kristall gekauften Proben							
	2005 (n=10)	2006 (n=21)	2007 (n=27)	2008 (n=31)	2009 (n=25)	2010 (n=91)	2011 (n=163)	2012 (n=222)
MDMA	100,0	100,0	81,5	87,1	69,6	51,6	82,2	80,2
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	11,1	0,0	4,3	7,7	5,5	1,4
PMA/PMMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0
Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	0,0
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	3,2	21,7	0,0	1,2	– ³
diverse Mischungen*	0,0	0,0	7,4	6,5	4,3	3,3	1,2	5,0
<i>Neue psychoaktive Substanzen</i> / NPS+ diverse Mischungen***	–	–	–	–	8,7	35,2	8,0	9,9

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

** Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen heißt: Piperazin und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

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

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

² *Neue psychoaktive Substanzen*

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in der Tabellenzeile der *Neuen Psychoaktiven Substanzen* inkludiert

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A21:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2003–2012

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Speed gekaufte Proben									
	2003 (n=57)	2004 (n=41)	2005 (n=33)	2006 (n=75)	2007 (n=129)	2008 (n=99)	2009 (n=113)	2010 (n=124)	2011 (n=203)	2012 (n=273)
Amphetamin	35,1	22,0	33,3	24,0	22,5	15,2	9,7	14,5	5,4	7,0
Amphetamin + Koffein	15,8	19,5	6,1	29,3	10,1	27,3	50,4	61,3	55,7	55,7
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	29,8	39,0	24,2	24,0	31,8	34,3	15,0	10,5	18,2	24,9
Methamphetamin	1,8	2,4	3,0	0,0	10,1	1,0	0,9	1,6	0,5	2,2
Koffein	0,0	4,9	9,1	1,3	1,6	3,0	8,8	1,6	7,9	0,0
MDMA	0,0	0,0	6,1	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Diverse Mischungen*	17,5	12,2	18,2	17	23,3	14,1	14,2	7,3	5,4	5,5
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	0,9	0,8	1,0	– ³
Neue psychoaktive Substanzen ¹ / NPS+diverse Mischungen***	–	–	–	–	–	–	0,0	2,4	5,4	4,0

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

** Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen heißt: Piperazin und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

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

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

² Neue psychoaktive Substanzen

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1.2012 dem NPSG und sind daher in der Tabellenzeile der Neuen Psychoaktiven Substanzen inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A22:

Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2012

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Fortgesetzte Behandlung	206	487	2156	1536	449	1155	1036	569	8091	15685
Erstbehandlung	26	136	197	196	24	94	84	67	383	1.207
Gesamt	232	623	2.353	1.732	473	1.249	1.120	636	8.474	16.892

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlungen** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A23:

Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	0	2	1	2	2	2	1	1	1	0	0	0
15 bis 19	19	22	20	7	12	8	15	18	15	8	13	9
20 bis 24	25	25	25	14	20	16	23	25	24	28	30	28
25 bis 29	22	20	21	23	27	24	23	23	23	28	26	28
30 bis 34	13	11	13	21	17	20	16	13	15	17	17	17
35 bis 39	7	7	7	12	9	11	9	9	9	8	8	8
40 bis 44	5	5	5	11	7	10	6	5	6	5	3	5
45 bis 49	4	4	4	5	4	5	4	4	4	3	3	3
50 bis 54	2	2	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2
55 bis 59	1	1	1	2	0	1	1	0	1	0	0	0
60 bis 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben	3.101	922	4.023	656	267	923	2.549	820	3.369	785	237	1.022
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2012;
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A24:

Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in Prozent

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Voll erwerbstätig (über 35 h/Woche)	-	-	-	12	9	11	31	23	29	5	2	4
Teilzeit erwerbstätig (13 bis 34 h/Woche)	-	-	-	1	1	1	2	3	2	1	1	1
Geringfügig erwerbstätig (bis 13 h/Woche)	-	-	-	1	1	1	1	2	1	1	0	1
Keine Erwerbstätigkeit	-	-	-	87	90	88	66	72	68	93	96	94
Gültige Angaben	-	-	-	362	141	503	2.331	729	3.060	676	208	884
Unbekannt	-	-	-	269	112	381	165	63	228	21	2	23
Missing	-	-	-	25	14	39	53	28	81	88	27	115

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensunterhalt wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A25:

Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent

Lebensmittelpunkt	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	Alle	m	w	Alle	m	w	alle
Burgenland	-	-	-	-	-	-	2	1	2	2	1	2
Kärnten	-	-	-	-	-	-	12	15	12	1	4	2
Niederösterreich	-	-	-	-	-	-	12	11	11	17	14	16
Oberösterreich	-	-	-	-	-	-	6	7	6	12	11	12
Salzburg	-	-	-	-	-	-	4	4	4	3	3	3
Steiermark	-	-	-	-	-	-	10	10	10	9	6	8
Tirol	-	-	-	-	-	-	4	3	4	15	27	18
Vorarlberg	-	-	-	-	-	-	12	9	11	9	7	8
Wien	-	-	-	-	-	-	37	40	38	31	27	30
Ausland	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	0	0
Gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.430	771	3.201	759	225	984
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	34	13	47	0	0	0
Missing	-	-	-	-	-	-	85	36	121	26	12	38

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensmittelpunkt wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A26:

Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Gesichert (z. B. eigene Wohnung)	-	-	-	49	54	50	86	82	85	80	77	80
Ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	41	36	39	9	12	10	12	17	13
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	1	0	2	2	2	5	2	5
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	8	9	8	1	1	1	1	0	1
Betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	0	0	0	1	1	0	2	1
Betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	1	1	1	2	3	2	2	1	2
Haft	-	-	-	1	0	1	0	0	0	0	0	0
Gültige Angaben	-	-	-	421	162	583	2.403	774	3.177	704	209	913
Unbekannt	-	-	-	212	92	304	125	39	164	4	3	7
Missing	-	-	-	23	13	36	21	7	28	77	25	102

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable „aktuelle Wohnsituation“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A27:

Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Opioide gesamt	39	52	42	73	71	72	51	63	54	72	77	73
Heroin	27	28	27	41	36	39	40	45	41	56	58	57
Methadon	5	7	5	6	12	7	4	6	4	20	24	21
Buprenorphin	1	2	1	6	0	4	2	3	2	0	0	0
Morphin in Retardform	6	11	7	16	24	18	7	10	8	18	19	19
Anderes Opioid	14	18	14	5	7	6	9	11	9	34	35	34
Kokaingruppe	11	7	10	3	1	3	12	7	10	34	31	33
Kokain	11	7	10	3	1	3	12	7	10	34	31	33
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Anderes Kokain	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien gesamt	8	14	9	3	2	3	6	5	5	21	16	20
Amphetamine (z. B. Speed)	5	8	6	2	2	2	4	4	4	17	11	16
MDMA (Ecstasy) und Derivate	2	4	3	0	1	1	2	2	2	14	13	14
Anderes Stimulans	2	3	2	1	0	1	1	1	1	1	1	1
Tranquilizer/Hypnotika gesamt	7	9	7	11	13	12	7	11	8	29	43	32
Benzodiazepine	7	9	7	11	11	11	7	11	8	29	43	32
Barbiturate	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	7	5
Anderer Hypnotika bzw. Tranquilizer	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	1	0
Halluzinogene gesamt	1	0	1	0	0	0	0	0	0	5	1	4
LSD	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1	4
Anderer Halluzinogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	58	49	56	27	29	27	45	29	41	62	47	58
Schnüffelsstoffe	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1
Alkohol	8	8	8	18	24	19	7	6	7	16	24	18
Anderer Drogen	5	5	5	0	0	0	2	1	2	3	3	3
Leitdroge (Nennungen)	2.746	700	3.446	287	128	415	2.911	905	3.816	2.147	617	2.764
Leitdroge angegeben (Personen)	1.810	440	2.250	210	84	294	2.053	668	2.721	677	195	872
Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	128	78	206	31	13	44	83	19	102	18	5	23
Keine Leitdroge angegeben (Personen)	1.098	381	1.479	409	169	578	330	109	439	46	13	59
Missing	65	23	88	6	1	7	83	24	107	44	24	68

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A28:

Personen, die im Jahr 2012 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent

Intravenöser Drogenkonsum	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Nein	70	62	68	30	30	30	61	49	58	36	22	33
Ja	30	38	32	70	70	70	39	51	42	64	78	67
Gültige Angaben	2.815	778	3.593	437	176	613	2.335	753	3.088	674	209	883
Unbekannt	242	133	375	193	78	271	197	62	259	17	5	22
Missing	44	11	55	26	13	39	17	5	22	94	23	117

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A29:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2012

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	5 ¹	0	26.988
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4 ²	2	342.232
Salzburg	1	2	9.926
Steiermark	2 ^{2,3}	3	558.234
Tirol	2	4	435.827
Vorarlberg	6 ⁴	7	n.d.
Wien	2 ²	0	2.924.457
Gesamt	22	18	4.297.664 ⁵

1: inkludiert drei Streetwork-Angebote

2: inkludiert ein Streetwork-Angebot

3: Angebot beschränkt sich auf Graz

4: inkludiert zwei Streetwork-Angebote

5: nicht mit 2011 vergleichbar, da Daten unvollständig

Quelle: ST10 Syringe Availability 2013; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A30:

Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten
der Wiener Drogenhilfe (BADO) in Prozent, 2004–2011

Aktuelle gesundheitliche Probleme	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Chronische Hepatitis C	30	35	31	29	29	26	25	26
Zahnprobleme	19	23	21	19	19	19	19	21
Magen-, Darmprobleme	11	16	14	12	12	13	13	14
Psychiatrische Erkrankungen	9	10	12	13	11	14	15	16
Haut, Venen	7	10	8	7	7	8	8	8
Aids, HIV-Infektion	4	4	4	4	4	4	4	4
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	5	6	6	5	5	6	7	6
Chronische Hepatitis B	4	4	3	2	3	2	2	2
Invalidität	1	1	1	1	2	3	3	3
Gynäkologische Probleme	2	4	4	4	3	3	4	4
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	*	1	1	*	*	*	*	*
Andere	9	8	8	9	11	13	13	13
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	41	35	38	39	39	37	36	34

* = Anteil ist kleiner als 1 Prozent

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

Quelle: IFES 2012; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit eingesetzte standardisierte Interventionen zur Suchtprävention der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Die folgenden Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf eine Förderung der Lebenskompetenzen ab. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe von standardisiertem Material, die Einbindung und Information der Eltern erfolgt über Elternabend, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss.

Das Programm *Eigenständig werden* wird in Volksschulen (6- bis 10-jährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt. Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht des Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und die Miteinbeziehung des Gruppenprozesses. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2002 (B, K, S, St, T, W), 2004 (NÖ) bzw. 2006 (V) und umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer/-innen im Ausmaß von 24 UE.

Tabelle A31:

Programm „Eigenständig werden“, Schuljahr 2012/2013

Bundesland	Anzahl abgeschlossene Schulungen SJ 2012/13	Anzahl an Trainingseinheiten Lehrer/innen ¹ SJ 2012/13	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2012/13	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2012/13	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Elternabende SJ 2012/13	Anzahl Workshops SJ 2012/13	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2012/13	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2012/13 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2012/13	Anzahl erreichter VS bis SJ 2012/13 in %
B	1	28	15	1,5	1	0,5	0	2	155	15,6	74	37,8
K	2	60	32	1,4	9	3,8	2	1	301	13,0	110	46,6
NÖ	5	168	66	0,9	5	0,7	0	2	640	9,0	144	20,3
OÖ	10	280	202	3,6	41	7,1	22	2	1578	25,2	423	73,7
S	4	112	119	5,2	20	10,8	1	4	467	20,4	116	62,4
St	1	34	18	0,5	7	1,46	0	4	381	9,9	152	31,66
T	3	72	51	1,6	25	6,6	1	1	419	13,2	214	56,6
V	3	78	49	3,5	5	3,0	0	2	743	53,1	96	57,5
W	3	72	52	0,95	10	2,5	n.v.	1	1334	24,3	230	84,0

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

¹ inklusive Reflexionstreffen

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

Das Programm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch das Berücksichtigen der Zusammenhänge zwischen Problembereichen (Gewalt, Sexualität, Konsum und Sucht) und den Herausforderungen des Alltags sowie geschlechtsspezifischer Bedürfnisse. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer/innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses mit je 10 Einzelveranstaltungen und insgesamt zwischen 20 und 44 Trainingseinheiten/Stunden pro Kurs.

Tabelle A32:
Programm „plus“, Schuljahr 2012/2013

Bundesland	Anzahl Fort- bildungskurse für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl erreichter Lehrer/innen SJ 2012/13	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2012/13	Anzahl erreichter Klassen SJ 2012/13	Anteil erreichter Schulen SJ 2012/13 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2012/13	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2012/13 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2012/13	Anteil erreichter Schulen bis SJ 2012/13 in %	Anzahl erreichter Klassen bis SJ 2012/13
B	9	44	2,8	16	n. v.	30,2	44	2,8	16	30,2	n. v.
K	6	103	3,3	32	66	39,5	103	3,3	32	39,5	76
NÖ	5	79	0,8	15	68	4,8	79	0,8	15	4,8	79
OÖ	15	305	3,3	83	175	30,0	305	3,3	83	30,0	175
S	4	59	1,6	22	41	22,2	61 ¹⁰³	1,6	22	22,2	43
St	7	156	3,8	35	97	20,2 ¹⁰⁴	167	4,1	39	22,5 ¹⁰⁵	105
T	6	88	2,1	37	66	29,6	128	2,7	48	38,4	116
V	6	103	3,9	39	n. v.	60,0	103	3,9	39	60,0	n. v.
W	6	131	1,4	84	24	11,2	131	1,4	84	39,4	77

HS = Hauptschulen, NMS = Neue Mittelschulen, AHS = Allgemeinbildende Höhere Schulen, n. v. = nicht verfügbar, SJ = Schuljahr

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

103

Einzelne Lehrer/innen haben das Programm vorzeitig beendet/abgebrochen.

104

Prozentsatz bezieht sich nur auf HS und NMS.

105

Prozentsatz bezieht sich nur auf HS und NMS.

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

Tabelle A33:
Seminare „movin‘“, 2012

Bundesland	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater / Multiplikatoren)	Anzahl durchgeführter Schulungen / Seminarreihen im Jahr 2012	Anzahl an Einheiten für Training von Multiplikatoren im Jahr 2012	Anzahl der zertifizierten Teilnehmer im Jahr 2012	Dokumentation ja/nein	Prozess-Evaluation ja/nein
K	12- bis 21-jährige Jugendliche in Jugendzentren und Sozialeinrichtungen bzw. in Kontakt mit Streetwork	Mitarbeiter der Offenen Jugendarbeit (Jugendzentren, Streetwork), Mitarbeiter aus freien Jugendwohlfahrts-einrichtungen	3	48	49	ja	ja
NÖ	Jugendliche; Klienten in Suchtberatung und -behandlung	Mitarbeiter der Offenen Jugendarbeit, Mitarbeiter von Sucht- und Drogenberatungseinrichtungen	2	40	26	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter der Offenen Jugendarbeit; Grundkurs des Landesjugendreferates zur Außer-schulischen Jugendarbeit; Trainer aus arbeitsmarktpolitischen Kursen	3	64	48	ja	ja
S	Jugendliche in Jugendzentren bzw. in div. soz. Maßnahmen (Arbeitsplatz/Lehre, betreuten WGs); Schüler; Klienten von Drogenberatung, Streetwork u. a.	Mitarbeiter von Jugendzentren und Jugend-WGs; Beratungslehrer; Berufsausbildner; Streetworker; Präventionspolizisten; Raucherberater etc.	6	96 (à 50 Min.)	76	ja	ja
St	12- bis 21-jährige Jugendliche / junge Erwachsene	Mitarbeiter von Offener Jugendarbeit und Schulsozialarbeit bzw. -beratung; sozialpädagogische Betreuer; Mitarbeiter in Jugendausbildung und -beschäftigung	5	100	75	ja	ja
T	15- bis 21-jährige Jugendliche	Jugendberater /innen	1	4	15	ja	ja
V	12- bis 21-jährige Jugendliche; Klienten von (Sucht-) Beratungsstellen	Mitarbeiter von (Sucht-)Beratungsstellen und Offener Jugendarbeit; Freizeitpädagogen	2	32	37	ja	ja
W	12- bis 25-jährige Jugendliche	Mitarbeiter und Peers in der Offenen Jugendarbeit; Schlüssel-personen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben	7	139	100	ja	ja

Aus Platzgründen in dieser Tabelle ausnahmsweise nur die maskuline Form

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

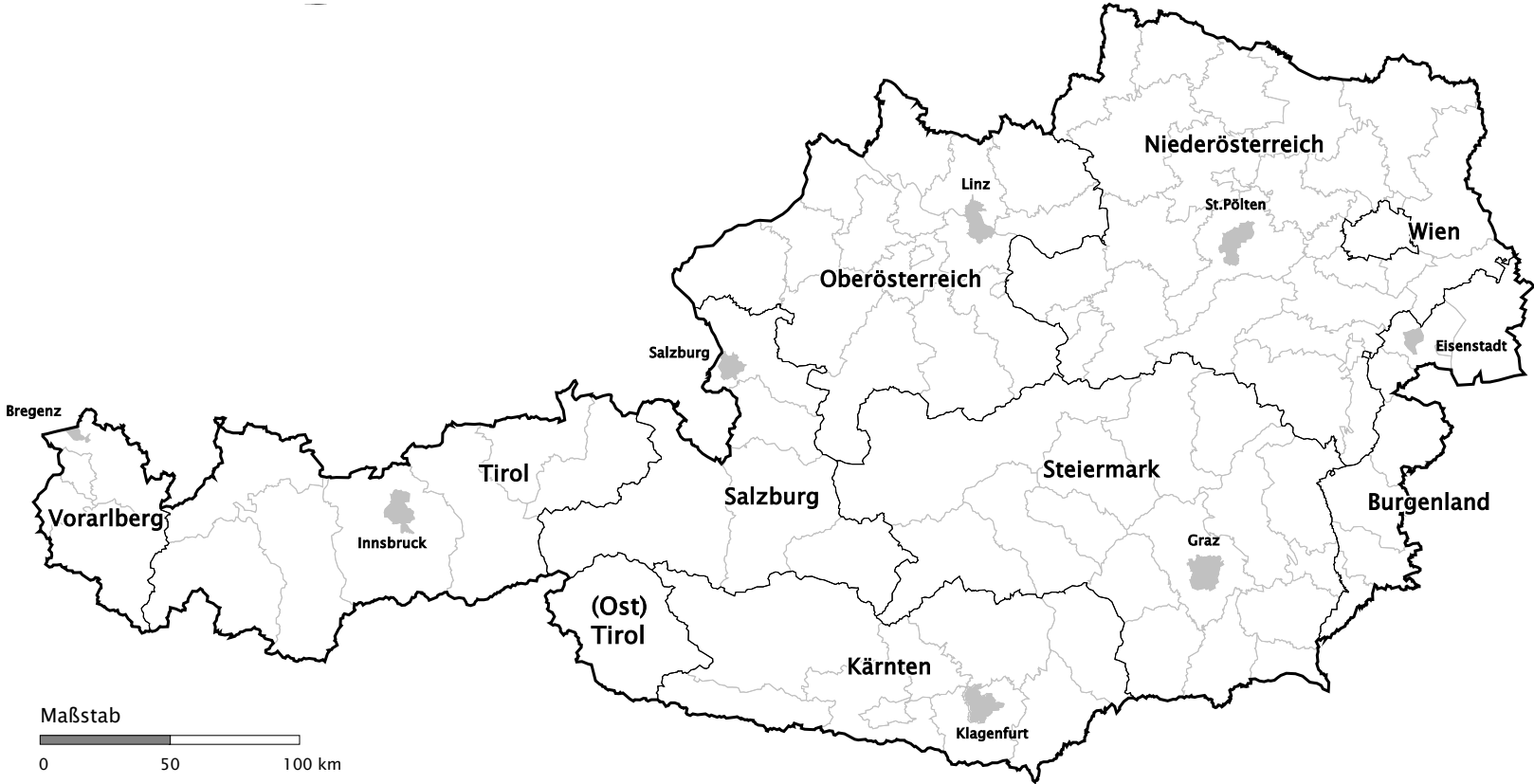
Tabelle A34:

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2011 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen sowie nach der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen und nach Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	201.780	191.753	393.533
5 bis 9 Jahre	207.620	197.698	405.318
10 bis 14 Jahre	220.655	209.902	430.557
15 bis 19 Jahre	252.643	239.450	492.093
20 bis 24 Jahre	266.848	259.953	526.801
25 bis 29 Jahre	278.925	276.957	555.882
30 bis 34 Jahre	270.511	267.618	538.129
35 bis 39 Jahre	285.673	289.785	575.458
40 bis 44 Jahre	344.444	341.124	685.568
45 bis 49 Jahre	359.923	352.922	712.845
50 bis 54 Jahre	311.664	311.865	623.529
55 bis 59 Jahre	251.271	262.058	513.329
60 bis 64 Jahre	232.572	248.845	481.417
65 bis 69 Jahre	192.570	217.517	410.087
70 bis 74 Jahre	182.685	216.278	398.963
75 bis 79 Jahre	111.260	152.018	263.278
80 bis 84 Jahre	82.574	135.780	218.354
85 Jahre und älter	51.875	143.884	195.759
Gesamt	4.105.493	4.315.407	8.420.900
0 bis 14 Jahre	630.055	599.353	1.229.408
15 bis 29 Jahre	798.416	776.360	1.574.776
30 bis 44 Jahre	900.628	898.527	1.799.155
45 bis 59 Jahre	922.858	926.845	1.849.703
60 bis 74 Jahre	607.827	682.640	1.290.467
75 Jahre und älter	245.709	431.682	677.391
Gesamt	4.105.493	4.315.407	8.420.900
15 bis 64 Jahre	2.854.474	2.850.577	5.705.051

Quelle: Statistik Austria (2013); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Karte A1:
Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Anhang B

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
Abs	Absatz
AG	Arbeitsgemeinschaft
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKB48	N-(1-adamanty)-1-pentyl-1H-indazol-3-carboxamid
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AMS	Arbeitsmarktservice
API	Anton Proksch Institut
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
B-KJHG	Bundes-Kinder und Jugendhilfegesetz
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMeiA	Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
ca.	circa
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
CTC	Communities That Care
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator bzw. Dänemark
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOKU	Dokumentationssystem
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union

EWS	Early Warning System
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
GBM	Gesundheitsbezogene Maßnahme(n)
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HAART	Hochaktive antiretrovirale Therapie
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVc-Ab	Hepatitis B core antibody (= HBc-AK)
HBVs-Ab	Hepatitis B surface antibody (= HBs-AK)
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HS	Hauptschule
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
ISP	Institut für Suchtprävention
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LSD	Lysergsäurediethylamid
mCPP	meta-Chlor-Phenylpiperazin
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamin
Mio.	Millionen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
n. v.	nicht verfügbar
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBB	Österreichische Bundesbahnen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖVDF	Österreichischer Verein für Drogenfachleute
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
PID	Presse- und Informationsdienst der Stadt Wien
p. M.	persönliche Mitteilung

PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
STS-135	N-(adamantan-1-yl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-carboxamid
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	Treatment Demand Indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
u. a.	unter anderem
u. U.	unter Umständen
UE	Unterrichtseinheiten
v.	vom/von
v. a.	vor allem
V	Vorarlberg
vgl.	vergleiche
vs.	versus/gegenübergestellt
W	Wien
WHO	World Health Organisation
WiG	Wiener Gesundheitsförderung
z. B.	zum Beispiel
4-MA	4-Methylamphetamin= 1-(4-methylphenyl)propan-2-amin

Anhang C

Standard Tables & Structured Questionnaires

Verzeichnis der österreichischen Standard Tables und Structured Questionnaires

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables und Structured Questionnaires, die zusammen mit dem Bericht zur Drogensituation an die EBDD übermittelt werden. Sofern nicht anders angegeben, wurden sie im Berichtsjahr aktualisiert. Die darin enthaltenen Daten und Informationen fließen in das Statistical Bulletin, den Europäischen Bericht zur Drogensituation und andere Produkte der EBDD ein¹⁰⁶.

Standard Table 01:	Standardised results and methodology of adult national population survey on drug use
Standard Table 02:	Methodology and results of school surveys on drug use
Standard Table 05:	Direct drug-related deaths/Drug-induced deaths
Standard Table 06:	Evolution of direct drug-related deaths/Drug induced deaths
Standard Table 07:	National prevalence estimates on problem drug use
Standard Table 08:	Local prevalence estimates on problem drug use
Standard Table 09:	Part 1: Prevalence of Hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users – Methods; Part 2: Prevalence of Hepatitis B/C and HIV infection among injecting drug users; Part 3: Voluntary results for behavioural surveillance and protective factors (Voluntary); Part 4: Notified cases of Hepatitis C and B in injecting drug users
Standard Table 10:	Syringe availability
Standard Table 11:	Reports of drug law offences
Standard Table 12:	Drug use among prisoners
Standard Table 13:	Number and quantity of seizures of illicit drugs
Standard Table 14:	Purity/Potency at street level of some illicit substances
Standard Table 15:	Composition of illicit drug tablets
Standard Table 16:	Price at street level of some illicit substances
Standard Table 17:	Leading edge indicators for new developments in drug consumption (Voluntary)
Standard Table 18:	Overall mortality and causes of deaths among drug users
Standard Table 24:	Access to treatment
Standard Table 30:	Methods and results of youth surveys (Voluntary)
Standard Table TDI:	Characteristics of individuals starting treatment for drugs by type of treatment centre
Standard Table:	Public expenditure (Voluntary)
Structured Questionnaire 22/25:	Universal prevention
Structured Questionnaire 23/29:	Prevention and reduction of health-related harm associated with drug use (letztes Update: 2011)
Structured Questionnaire 26:	Selective prevention
Structured Questionnaire 27:	Part 1: Treatment programmes; Part 2: Quality assurance treatment (letztes Update: 2011)

106

Zu finden auf <http://www.emcdda.europa.eu/> unter *Statistics and country data, Publications etc.*

- Structured Questionnaire 28: Social reintegration and reduction of social inclusion of drug users (letztes Update: 2010)
- Structured Questionnaire 31: Treatment as an alternative to imprisonment applicable for drug using offenders in the European Union (letztes Update: 2010)
- Structured Questionnaire 32: Policy and institutional framework (letztes Update: 2011)