

# Bericht zur Drogensituation 2014

---

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



# Bericht zur Drogensituation 2014

Autorinnen/Autoren:

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 2014

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

ISBN 978-3-85159-187-3

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](http://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 Gesundheitsministeriums erstellt (BMG) 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 2013/14. Eine Liste von Publikationen österreichischer Wissenschaftler/innen bzw. mit österreichischer Beteiligung in wissenschaftlichen Journalen 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

Die gesetzlichen Grundlagen blieben im Berichtszeitraum unverändert. Das neue Regierungsprogramm 2013–2018 weist zum Thema Sucht auf die in Entwicklung befindliche nationale Suchtpräventions- und Suchtstrategie hin. Aufbauend auf die vorbereitende Delphi-Studie, wird derzeit ein Entwurf für die politische Abstimmung erarbeitet. Aus Wien ist zu berichten, dass in der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 der Suchtbegriff erweitert wurde (SDW 2014). Damit soll die auf dem Wiener Drogenkonzept 1999 basierende integrative Sucht- und Drogenpolitik Wiens fortgesetzt werden. Der Schwerpunkt liegt weiterhin auf der sozialen Integration von Suchtkranken und auf niederschweligen Angeboten des Hilfsystems.

### Drogenkonsum in der Bevölkerung

Eine aktuelle Studie zum Drogenkonsum liegt für die Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen vor. Cannabis ist nach wie vor die einzige illegale Droge mit einer nennenswerten Konsumprävalenz in der Allgemeinbevölkerung. Der Konsum *neuer psychoaktiver Substanzen* spielt entgegen manchen Medienberichten kaum eine Rolle und hat im Partysetting weiter an Bedeutung verloren.

### Suchtprävention

In der Suchtprävention dominiert die Umsetzung etablierter Maßnahmen, wie die österreichweit seit vielen Jahren eingesetzten Präventionsprogramme *Eigenständig werden* und *plus*, die beide auf eine Förderung der Lebenskompetenzen setzen, wenn auch in verschiedenen Altersgruppen. Eine Evaluation von *plus* wurde im Berichtszeitraum abgeschlossen und zeigt positive Wirkungen auf, die an eine regelmäßige Durchführung des Programms in vollem Umfang (inklusive Einbindung der Eltern) und in der vorgesehenen Reihenfolge gekoppelt sind. Beobachtet werden kann

unter diesen Voraussetzungen im Vergleich zu Kontrollklassen ein signifikant niedrigerer Anstieg von Konsumerfahrungen (Zigaretten, Alkohol) und Verhaltensproblemen sowie eine Verbesserung der Schulleistung, aber auch des Sozialverhaltens.

### **Risikoreicher Drogenkonsum**

Opioidkonsum – zumeist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster – macht aktuell das Gros des risikoreichen Drogenkonsums in Österreich aus. Etwa 85 Prozent aller Personen in drogen-spezifischer Betreuung haben Opioide als Leitdroge. Aktuell konsumieren zwischen 28.000 und 29.000 Personen risikoreich Drogen (mit variierendem Anteil von Opiaten). 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 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine große Rolle. 11.000 bis 15.000 Personen konsumieren vorwiegend injizierend. Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsum bei der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre nahe (weniger Einsteigerinnen und Einsteiger). Wie nachhaltig diese Entwicklung ist und ob dies einen Rückgang der illegalen Suchtproblematik insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Aus Oberösterreich liegen Hinweise auf eine wachsende lokale Methamphetaminszene vor.

### **Drogenbezogene Behandlungen**

Auf Bundes- und Landesebene stand im Berichtszeitraum die Optimierung der Suchtbehandlung im Vordergrund, insbesondere der Substitutionsbehandlung und der ergänzenden psychosozialen Unterstützung opioidabhängiger Personen. Die Bemühungen gehen dahin, integrierte Systeme zu schaffen (zumindest substanzübergreifend, aber auch die medizinische und die psychosoziale Versorgung verschränkend bzw. die Suchthilfe in das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem integrierend). In manchen Bundesländern konnten Verbesserungen bei der Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen erreicht werden. Neue Auswertungen zeigen die regionalen Unterschiede: Während in Kärnten ein Großteil dieser Substitutionsbehandlungen in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt wird, übernimmt diese Funktion in anderen Bundesländern v. a. der niedergelassene Bereich. Auch die Rolle der Allgemeinmediziner/innen in diesem Zusammenhang ist unterschiedlich, insgesamt jedoch werden in Österreich 71 Prozent aller Substitutionsbehandlungen von diesen und 29 Prozent von Fachärztinnen und -ärzten durchgeführt.

Die 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, gewinnt aber numerisch an Bedeutung. In Oberösterreich spiegelt sich die wachsende Methamphetaminszene auch im Behandlungsbereich wider. Mit 16.989 Personen befanden sich 2013 etwa 60 Prozent aller Personen mit Opioidproblemen in Substitutionsbehandlung. Die In-Treatment-Rate hat sich somit weiter erhöht, was als großer Erfolg gesehen werden kann.

## **Gesundheitliche Zusammenhänge und Maßnahmen**

Ein Teil der derzeit verfügbaren Datenquellen zur Prävalenz von Hepatitis C bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum zeigt nach wie vor sehr hohe Werte (etwa 70 %). Hepatitis C bei i. v. Konsumierenden stellt demnach ein gravierendes Problem dar. Die Zahlen zu HIV bewegen sich weiterhin auf niedrigem Niveau. Insgesamt wurden für das Jahr 2013 auf Basis der Obduktionsbefunde 122 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 16 nicht obduzierte Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2013 von 138 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2012: 161 Fälle). Neben dem allgemeinen Rückgang der drogenbezogenen Todesfälle ist positiv hervorzuheben, dass auch der Anteil der Personen unter 25 Jahre weiter gesunken ist. Betrug dieser 2004 noch 43 Prozent, lag er 2013 bei 19 Prozent. Dies dürfte in erster Linie auf die erwähnte geringere Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum zurückzuführen sein.

Einen hohen Stellenwert hat neben der Behandlung der Suchterkrankung (siehe oben) der Spritzenaustausch und -verkauf, um Infektionen über 4,5 Millionen in drogenspezifischen, meist niederschweligen Einrichtungen verkaufte/getauschte Spritzen zu verhindern. Die Behandlung von Hepatitis-Erkrankungen bei Drogenkonsumierenden rückt zunehmend in den Vordergrund. Diskutiert wird in Fachkreisen auch die Abgabe von Naloxon im niederschweligen Setting als Notfallprophylaxe bei Überdosierungen.

## **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 2013 festzustellen, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich lediglich 4 Prozent betrug und damit im Vergleich zu anderen Gruppen von Klientinnen/Klienten weiterhin am niedrigsten war. Zusätzlich gaben mehr als 60 Prozent 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 2013 sowohl insgesamt als auch bei den Vergehens- und bei den Verbrechenstatbeständen stark gestiegen, was besonders auf die Anzeigenentwicklung im Zusammenhang mit Cannabis und Amphetamin zurückzuführen ist. Rückläufig verliefen hingegen die Anzeigezahlen bezüglich Heroin und Opiaten, suchtgifthaltiger Medikamente, psychotroper Medikamente und Mephedron. Die Zahl der gemeldeten vorläufigen Anzeigenzurücklegungen erhöhte sich 2013 sowohl insgesamt als auch bezüglich Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltiger Pilze sowie bezüglich psychotroper Stoffe. Die Gesamtanzahl der Verurteilungen nach SMG ging im Vergleich zum Vorjahr leicht zurück, lediglich

die Verurteilungen nach § 27 SMG zeigten einen leichten Anstieg. Das Prinzip „Therapie statt Strafe“ wurde 2013 wieder häufiger angewendet. Als problematisch wird von Expertinnen und Experten weiterhin gesehen, dass die Kostenübernahme durch die Justiz für die stationäre Therapie auf sechs Monate beschränkt wurde und dass Folgekosten von den Ländern zu tragen sind.

## **Drogenmärkte**

Bei den Beschlagnahmungen dominiert Cannabis stärker denn je, während bei Heroin, suchtgift-hältigen Medikamenten und bei Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, Rückgänge zu verzeichnen sind. Bei Amphetamin und Methamphetamin sind Anstiege zu verzeichnen, bei Cannabis ist der Anstieg massiv. Einer aktuellen Eurobarometer-Umfrage zufolge schätzen es österreichische Jugendliche schwerer als der europäische Durchschnitt ein, an illegale Substanzen (inklusive neuer psychoaktiver Substanzen / NPS) zu gelangen. Im Gegensatz dazu schätzen sie es leichter ein, an die legalen Substanzen Alkohol und Tabak heranzukommen. Zumindest im Bereich der Party- bzw. Clubszene spielen NPS eine geringere Rolle als noch vor zwei Jahren. Auffällig ist weiterhin das Auftreten von sehr hochdosierten Ecstasy-Tabletten, der durchschnittliche MDMA-Gehalt ist weiter gestiegen und mehr als doppelt so hoch als noch vor einigen Jahren und häufig im gesundheitlich besonders bedenklichen Bereich. Von *checkit!* mussten bei den Substanzenanalysen in der Partyszene bei rund 20 Prozent der Proben Warnungen wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Beimengung ausgesprochen werden, u. a. wegen der Beimengung von Methoxetamin in Ecstasy-Tabletten, von Levamisol in Kokain und von 4-MA in Speed.

# Inhalt

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 .....	7
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung .....	8
2.1 Einleitung .....	8
2.2 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung .....	8
2.3 Drogenkonsum bei Jugendlichen .....	9
2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen .....	10
3 Suchtprävention.....	12
3.1 Einleitung .....	12
3.2 Strukturelle Prävention.....	13
3.3 Universelle Suchtprävention .....	14
3.4 Selektive Suchtprävention .....	16
3.5 Indizierte Suchtprävention .....	18
3.6 Nationale und lokale Medienkampagnen .....	18
4 Risikoreicher Drogenkonsum .....	19
4.1 Einleitung .....	19
4.2 Prävalenz und Trends.....	20
4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs.....	23
5 Drogenbezogene Behandlungen.....	26
5.1 Einleitung .....	26
5.2 Beschreibung, Verfügbarkeit und Qualitätssicherung .....	27
5.2.1 Strategie/Politik .....	27
5.2.2 Behandlungssysteme.....	29
5.3 Zugang zum Behandlungssystem .....	44
5.3.1 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen.....	44
5.3.2 Trends und Anzahl der betreuten Personen .....	49
6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen .....	52
6.1 Einleitung .....	52
6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten .....	53
6.3 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	56
6.4 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität .....	57
7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	61
7.1 Einleitung .....	61
7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen .....	61

7.3	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	63
7.4	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen .....	67
8	Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration .....	69
8.1	Einleitung .....	69
8.2	Soziale Problemlagen und Drogengebrauch .....	69
8.3	Soziale (Re-)Integration .....	70
9	Prävention von Drogendelikten, Straftaten und Haft .....	75
9.1	Einleitung .....	75
9.2	Straftaten wegen Drogendelikten .....	75
9.3	Prävention von Straftaten wegen Drogendelikten .....	80
9.4	Interventionen im System der Strafjustiz .....	81
9.5	(Risikoreicher) Drogenkonsum in Haft .....	85
9.6	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft .....	86
9.7	Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft .....	86
10	Drogenmärkte .....	87
10.1	Einleitung .....	87
10.2	Produktion, Schmuggel, Nachschubwege .....	87
10.3	Sicherstellungen .....	88
10.4	Verfügbarkeit und Angebot von Drogen .....	89
	Quellenverzeichnis .....	93
	Bibliographie .....	95
	Zitierte Bundesgesetze .....	103
	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge .....	104
	Datenbanken .....	105
	Websites .....	115
	Anhang A: Tabellen, Karte .....	119
	Anhang B: Abkürzungsverzeichnis .....	151
	Anhang C: Standard Tables & Structured Questionnaires .....	157

# Tabellen, Abbildungen und Karten

## Tabellen:

Tabelle 4.1:	Bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter und nicht behandlungsrelevanter Konsum von Amphetamin, 2013.....	25
Tabelle 5.1:	Begutachtungen, begutachtete Personen und gesundheitsbezogene Maßnahmen 2013 .....	28
Tabelle 5.2:	Ausgewählte Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2013 .....	47
Tabelle 6.1:	Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogen Konsumierenden in Österreich, 2013.....	55
Tabelle 9.1:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2013* .....	79
Tabelle 9.2:	Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ 2004 bis 2013 .....	83
Tabelle 10.1:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2013 .....	89
Tabelle A1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2013 .....	121
Tabelle A2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2014 .....	122
Tabelle A3:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2004–2013 .....	124
Tabelle A4:	Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2004–2013 .....	124
Tabelle A5:	Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2004–2013.....	125
Tabelle A6:	Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2013 .....	126

Tabelle A7:	Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2013 .....	127
Tabelle A8:	Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2004–2013.....	127
Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2004–2013 .....	128
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2004–2013 .....	128
Tabelle A11:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) in Österreich nach Bundesland, 2010–2013.....	128
Tabelle A12:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz in Österreich nach Bundesland, 2012–2013.....	129
Tabelle A13:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2004–2013 .....	129
Tabelle A14:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2013.....	130
Tabelle A15:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2004–2013 .....	131
Tabelle A16:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2013* .....	132
Tabelle A17:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2013* .....	132
Tabelle A18:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2004–2013 .....	133
Tabelle A19:	Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2004–2013 .....	133
Tabelle A20:	Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2004–2013.....	134
Tabelle A21:	Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2004–2013 .....	135

Tabelle A22: Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA in der Form „Pulver“, „Kapsel“ oder „Kristall“ gekauften Proben in Prozent, 2005–2013 .....	136
Tabelle A23: Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2004–2013 .....	137
Tabelle A24: Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2013 .....	137
Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent.....	138
Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in Prozent .....	139
Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent.....	140
Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent.....	141
Tabelle A29: Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	142
Tabelle A30: Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent.....	143
Tabelle A31: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2013.....	143
Tabelle A32: Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulanten oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2013 .....	144
Tabelle A33: Programm „Eigenständig werden“, Schuljahr 2013/2014 .....	145
Tabelle A34: Programm „plus“, Schuljahr 2013/2014 .....	146
Tabelle A35: Seminare <i>movin'</i> bzw. <i>MOVE</i> , 2013 .....	147
Tabelle A36: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2012 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen sowie nach der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen und nach Geschlecht.....	148

## Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich.....	5
Abbildung 2.1:	Lebenszeit, Jahres und Monatsprävalenz in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre von Cannabis und neuen Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren, in Prozent, 2014 .....	9
Abbildung 2.2:	Risikobeurteilung des Konsums von Cannabis und „neuen Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“ in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre in Prozent, 2014 .....	10
Abbildung 2.3:	<i>checkit!</i> : Thematisierte Substanzen bei den Gesprächen je Setting in Prozent, 2013 .....	11
Abbildung 4.1:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf (Absolutzahlen), 1999–2013 .....	21
Abbildung 4.2:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf, 1999–2013 .....	21
Abbildung 4.3:	Anteil der Personen unter 25 Jahren bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei Spitalsentlassungen und bei den drogenbezogenen Todesfällen in Prozent – Zeitreihe (gleitender Mittelwert), 2000–2013 .....	22
Abbildung 4.4:	Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition von nach § 12 SMG begutachteten Personen, nach Bundesland, in Prozent, 2013 .....	24
Abbildung 5.1:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen, auf deren Bedarf gemäß § 12 SMG bei Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opiaten hingewirkt wurde, in Prozent, 2013 .....	29
Abbildung 5.2:	Entwicklung der Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt über die Jahre 2011–2013 .....	33
Abbildung 5.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2013 .....	34
Abbildung 5.4:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärztinnen/Fachärzten versus Allgemeinmediziner/innen betreuten Klientel nach Bundesländern und unabhängig vom Ort der Behandlung, 30. 6. 2013.....	35

Abbildung 5.5:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland in Prozent, 2013 .....	36
Abbildung 5.6:	Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter in Prozent, 2013 .....	36
Abbildung 5.7:	Diversifikation hinsichtlich der Verschreibung unterschiedlicher Substitutionsmittel, 2013 .....	37
Abbildung 5.8:	Anzahl der Personen, die 2013 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung .....	45
Abbildung 5.9:	Leitdroge(n) der Personen, die 2013 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung .....	46
Abbildung 5.10:	Verteilung verschiedener Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2013.....	48
Abbildung 5.11:	Altersstruktur der in Österreich in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland in Prozent, 2013 .....	49
Abbildung 5.12:	Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2003–2013.....	50
Abbildung 5.13:	Entwicklung der Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung und der geschätzten Anzahl von Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Opioidbeteiligung (Index – 1999 = 100 %).....	51
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.....	54
Abbildung 6.2:	HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und <i>ambulatorium suchthilfe wien</i> (vormals Daten <i>ganslwirt</i> ), 2006–2013 .....	55
Abbildung 6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich: mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2002–2013 .....	58
Abbildung 6.4:	Prozentanteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2004–2013.....	59
Abbildung 6.5:	Altersverteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich, in Prozent, 2004–2013 .....	60
Abbildung 7.1:	Anzahl der getauschten und verkauften Spritzen in Österreich: fixe Stellen und Streetwork.....	64
Abbildung 7.2:	Anzahl der getauschten und verkauften Spritzen in Österreich: Spritzenautomaten.....	65

Abbildung 9.1:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2004–2013.....	76
Abbildung 9.2:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2004–2013.....	77
Abbildung 9.3:	Anzahl der Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in Österreich, 2004–2013* .....	78
Abbildung 9.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2004–2013 .....	82
Abbildung 9.5:	Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2004–2013* .....	85
Abbildung 10.1:	Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie von psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2004–2013 .....	88

**Karten:**

Karte 5.1:	Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juli 2014.....	31
Karte 5.2:	Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juli 2014.....	32
Karte 5.3:	Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2014.....	40
Karte 5.4:	Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2014 .....	41
Karte 7.1:	Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2014 .....	62
Karte 8.1:	Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2014 .....	71
Karte A1:	Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken.....	149

# Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 19. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des Gesundheitsministeriums verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- 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 2014). Der Bericht 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 2013c) und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2013 bis Sommer 2014 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2013. Eine Liste mit aktuellen wissenschaftlichen Publikationen aus Österreich bzw. mit österreichischer Beteiligung findet 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. Neben dem SMG stellt seit 2012 auch das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl I 2011/146 v. 29. 12. 2011) eine wichtige gesetzliche Grundlage dar. Ein Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik ist das breite Spektrum von Alternativen zur Bestrafung, das im SMG vorgesehen ist. 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-Klassifizierung<sup>1</sup> 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

Im Berichtszeitraum sind nur wenige Änderungen der gesetzlichen Grundlagen in Begutachtung gegangen und bis Sommer 2014 keine beschlossen worden (Bayer, p. M.). Die Novellen zur Suchtgiftverordnung, Suchtgiftgrenzmengenverordnung, Psychotropenverordnung und Psychotropengrenzmengenverordnung dienen der Umsetzung internationaler Bestimmungen (Beschluss

---

1

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

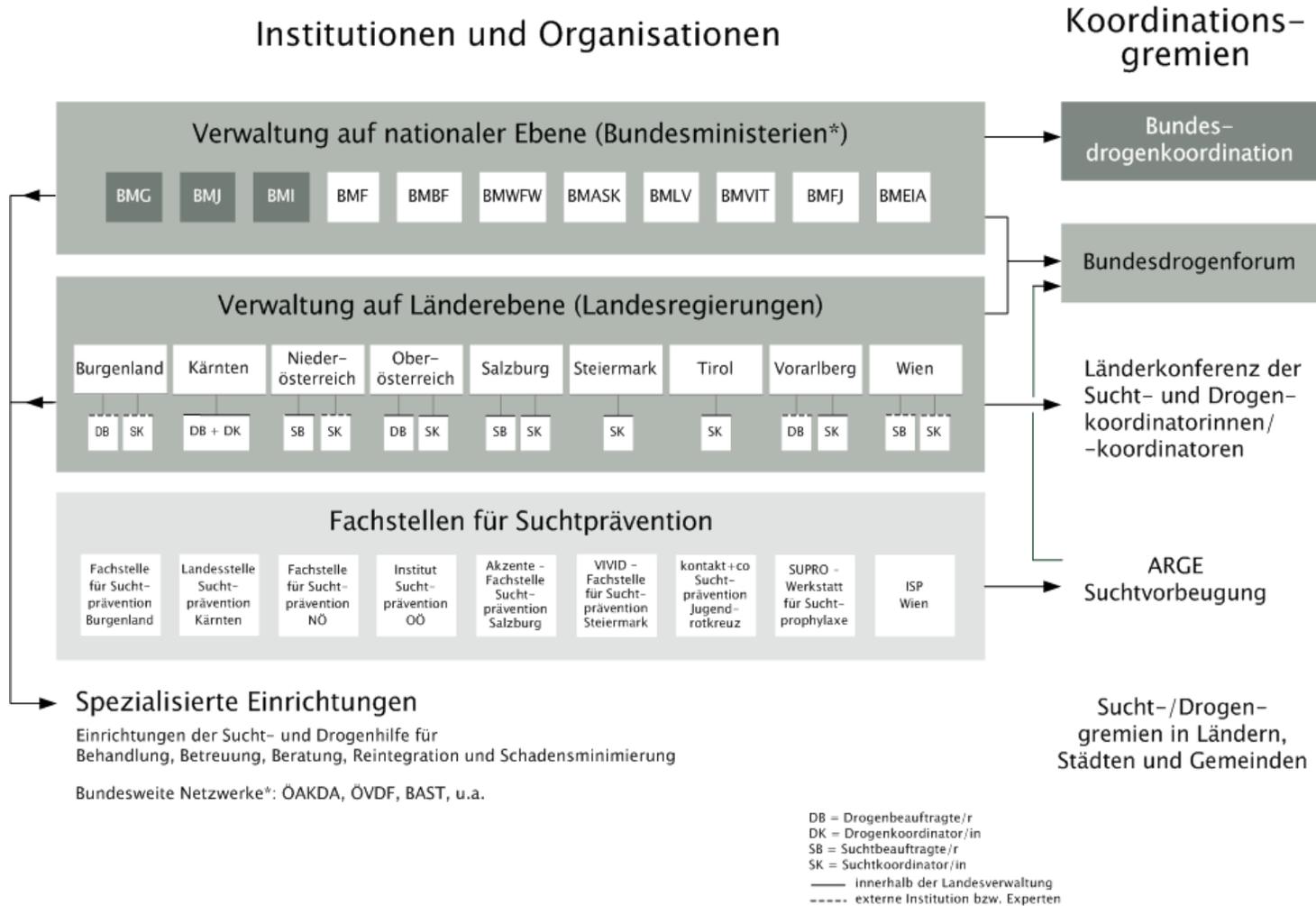
56/1 der CND), indem GHB statt als psychotroper Stoff zukünftig als Suchtgift klassifiziert werden soll. Die Novelle der Suchtgiftverordnung sieht außerdem vor, dass die Ärztinnen und Ärzte zukünftig von den Krankenversicherungsträgern mit den Formularen für die Substitutionsverschreibung versorgt werden.

### 1.3 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten (vgl. auch Abbildung 1.1). Im neuen Regierungsprogramm für die Jahre 2013–2018 (Bundesregierung 2013) wird das Thema Sucht im Bereich Gesundheit explizit unter dem Ziel „Zielgruppenspezifische Prävention und Gesundheitsförderung als Leitgedanken etablieren“ erwähnt; dieses Ziel umfasst auch die Erarbeitung einer nationalen Suchtpräventions- und Suchtstrategie (inklusive Alkohol, Tabak und substanzungebundene Süchte). Relevant sind aber auch die unter demselben Ziel angeführten Maßnahmen zur Erhaltung der psychischen Gesundheit mit Schwerpunkt Früherkennung und das unter dem Ziel „Gesundes Aufwachsen – Kinder- und Jugendgesundheit“ angeführte Konzept „Kinder- und Jugendpsychiatrie“, das bis 2015 erstellt werden soll. Unter dem Ziel „Flächendeckende und wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen unabhängig von Alter, Einkommen, Geschlecht, Herkunft und Gesundheitszustand in bestmöglicher Qualität sicherstellen“ werden die Etablierung einer wohnortnahen qualitätsgesicherten Primärversorgung sowie von multiprofessionellen bzw. interdisziplinär organisierten Versorgungsformen im ambulanten Bereich angeführt. Dies ist insofern relevant, als der niedergelassene Bereich und speziell die Allgemeinmediziner/innen für eine regionale Versorgung Opioidabhängiger mit Substitutionsbehandlung eine wichtige Rolle spielen.

Hinsichtlich **Adaptierungen der drogen- bzw. suchtpolitischen Grundlagen** auf Bundes- oder Landesebene kann berichtet werden, dass im BMG eine Arbeitsgruppe eingerichtet wurde, die auf Grundlage der Delphi-Studie (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c) einen Entwurf für eine kohärente Suchtpräventions- und Suchtpolitik für die politische Abstimmung erstellen soll (Schopper, p. M.).

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



\* siehe Abkürzungsverzeichnis

Bezüglich weiterer suchtpolitischer Grundlagen ist aus Wien zu berichten, dass in der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 der Suchtbegriff um wichtige Aspekte und Themen ergänzt wurde (SDW 2014). Damit soll die auf dem Wiener Drogenkonzept 1999 basierende integrative Sucht- und Drogenpolitik Wiens fortgesetzt werden. Der Schwerpunkt liegt nach wie vor auf der sozialen Integration von Suchtkranken und auf niederschweligen Angeboten des Hilfsystems. Allerdings unterliegt Sucht- und Drogenarbeit im Hinblick auf neue Substanzen und Suchtformen permanenten Veränderungen. Demnach muss eine vorausschauende und erfolgreiche Sucht- und Drogenpolitik ihren Fokus ausbauen und bedarfsorientiert umsetzen. Die Ausarbeitung strategischer Ziele für legale Suchtmittel (Alkohol, Nikotin und Arzneimittel) ist in diesem Zusammenhang hervorzuheben. Für die vier Kernbereiche werden in der Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 folgende strategische Ziele und Prinzipien festgehalten (SDW 2013):

- » Suchtprävention: Menschen sollen unter Berücksichtigung ihrer individuellen Voraussetzungen selbstbestimmt, kritik- und genussfähig sowie sozial integriert sein. Ein wertschätzendes, partizipativ-emanzipatorisches Menschenbild, die Eigenverantwortung der Menschen und das Verständnis von Entwicklung und Verlauf eines Suchtverhaltens als dynamischer Prozess bilden die Basis suchtpreventiver Aktivitäten. Neben Früherkennung und -intervention stehen die Förderung von Lebens- und Risikokompetenzen sowie die Zielgruppenorientierung im Vordergrund.
- » Beratung, Behandlung und Betreuung: Menschen mit einer Suchtproblematik sollen sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder und in das gesellschaftliche Leben integriert sein. Ein breites Angebotsspektrum aus spezialisierten Einrichtungen und Leistungsangeboten anderer Bereiche des Gesundheits- und Sozialsystems soll durch längerfristige Kooperationen sichergestellt werden (vgl. auch Abschnitt 5.2). Die Bedeutung des niedergelassenen Bereichs als erste Anlaufstelle und die Notwendigkeit entsprechender Schulungen werden hervorgehoben.
- » Arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale Integration: Suchtkranken soll eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels (Re-)Integration in den Arbeitsmarkt und sozialer (Re-)Integration möglich sein (vgl. auch Abschnitt 8.3). Die Basis für entsprechende Maßnahmen bildet das Durchbrechen des Kreislaufs von Sucht, Arbeitslosigkeit und sozialer Desintegration. Früherkennung, das Berücksichtigen individueller Bedürfnisse und Erfordernisse und das Bereitstellen von sozioökonomischen Betrieben stellen die Kernelemente dar.
- » Öffentlicher Raum und Sicherheit: Ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller Gruppen von Nutzerinnen und Nutzern soll im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen gegeben sein. Suchtkranke Menschen sollen bedarfsorientiert in das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) bzw. ins allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem integriert sein (vgl. auch Abschnitt 9.3). Eine koordinierte Gesamtstrategie aus sozialarbeiterischen, medizinischen, pädagogischen und polizeilichen Maßnahmen soll dazu beitragen, diese Ziele zu erreichen. Als wesentliche Aspekte werden alternative Aufenthaltsmöglichkeiten, Entstigmatisierung und mobile soziale Arbeit genannt.

Mit der neuen Ausrichtung der „Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013“ wurde das Aufgabenspektrum des *Koordinators für Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien*, des neuen *Sucht- und*

*Drogenbeauftragten in Wien* und des *Beirats der Stadt Wien für Sucht- und Drogenfragen* um neue wichtige Aspekte und Themen erweitert, wie z. B. den Umgang mit substanzungebundenen Suchtformen und legalen Suchtmitteln wie Alkohol (SDW 2014).

Im Berichtszeitraum beschäftigten sich etliche **Veranstaltungen** mit aktuellen drogenpolitischen Fragen, z. B. das anlässlich des 15-jährigen Bestehens des Schweizer Hauses organisierte Podiumsgespräch zum Thema „Zeit für ein neues Suchtmittelgesetz?“ (Schweizer Haus Hadersdorf, November 2013) oder die Tagung „Life for Sale – Suchtmittel(straf)recht und Therapie im Richtungsstreit“ der Johannes Kepler Universität Linz im Oktober 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. Im Berichtszeitraum wurde jedoch eine Studie veröffentlicht, die sich mit den Kosten von Sucht beschäftigt und zum Schluss kommt, dass der (unkontrollierte) Konsum von Suchtmitteln (Alkohol, Tabak, illegalen Substanzen) gemeinsam mit dem Glücksspiel jährlich Kosten von insgesamt 777 Mio. Euro verursachen, wovon 278 Mio. Euro auf illegale Substanzen zurückzuführen sind (Kreutzer 2013)<sup>2</sup>. Die Kosten setzen sich aus Gesundheitsausgaben, sozialen Ausgaben und staatlichen Kosten (für den Aufwand von Polizei und Justiz) zusammen, die auf 135 Mio. Euro, 51 Mio. Euro bzw. 96 Mio. Euro jährlich geschätzt werden. In Ergänzung zu diesen Kosten werden für den Produktivitätsverlust 18 Mio. Euro veranschlagt und so die volkswirtschaftlichen Kosten aufgrund des Konsums illegaler Substanzen insgesamt mit 300 Mio. Euro beziffert.

---

2

Nach Angaben des Autors beruhen all diese Schätzungen auf offiziellen Statistiken, einem vom IHS entwickelten Raucher-Modell und der im letztjährigen Bericht (GÖG/ÖBIG 2013c) beschriebenen Publikation von Metz, Schwarz und Fischer (2012).

## 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). Für den Bereich der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre können die Daten der „Flash Eurobarometer“ verwendet werden.

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 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 Amphetamin und von rund 1 bis maximal 2 Prozent für Opiate (vgl. Tabelle A1 und Tabelle A2). In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt. Die wenigen verfügbaren Daten zum Konsum von *Research Chemicals* bzw. zu *Legal Highs* in der Allgemeinbevölkerung sprechen trotz der großen medialen Aufmerksamkeit für eine geringe Einnahmeprävalenz.

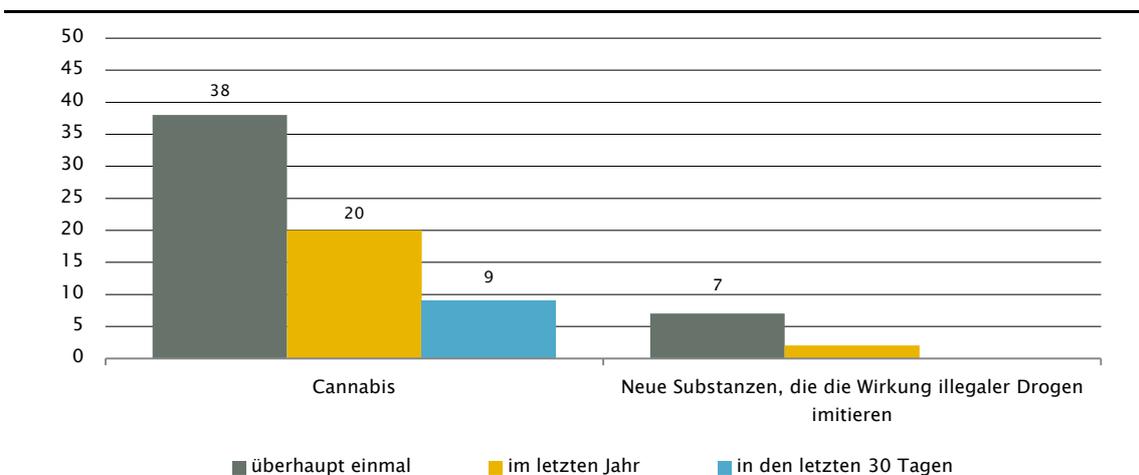
### 2.2 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung wurden im Berichtszeitraum keine Studien veröffentlicht. Das auf Wien bezogene Suchtmittel-Monitoring 2013 (IFES 2013) wurde bereits im Bericht des Vorjahres dargestellt (GÖG/ÖBIG 2013c).

## 2.3 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen wurde im Berichtszeitraum im Juni 2014 der „Flash Eurobarometer“ „Young people and drugs“ (Europäische Kommission 2014a und b)<sup>3</sup> veröffentlicht, in dem sich einige österreichspezifische Daten zu Konsumprävalenz (vgl. Abbildung 2.1) und Risikowahrnehmung finden (vgl. Abbildung 2.2).

Abbildung 2.1:  
Lebenszeit, Jahres und Monatsprävalenz in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre von Cannabis und neuen Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren, in Prozent, 2014



**Anmerkung:** Die Originalformulierung bei „Neue Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“ lautet: „Heutzutage können hin und wieder neue Substanzen erhältlich sein, die die Wirkung illegaler Drogen wie z. B. Cannabis, Ecstasy, Kokain etc. imitieren. Diese werden manchmal auch neue psychoaktive Substanzen genannt und können in unterschiedlicher Form erhältlich sein, z. B. als Kräutermischung, Pulver, Kristalle oder Tabletten. Haben Sie jemals solche Substanzen konsumiert?“

Quelle: Europäische Kommission 2014b; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Lebenszeitprävalenz von Cannabis liegt etwas über jener entsprechend den bisher in dieser Altersgruppe durchgeführten Studien (vgl. Tabelle A2). Auch die Lebenszeitprävalenz für „neue Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“ ist höher als bisher festgestellt. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass die mit dem Instrument der Bevölkerungsbefragung erhobenen Daten zu Konsumprävalenzen eine große Unschärfe aufweisen und von vielen Faktoren beeinflusst werden (z. B. soziale Erwünschtheit, gesellschaftliches Klima, etc. – siehe dazu auch GÖG/ÖBIG 2009a). Das gesundheitliche Risiko bei „neuen Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“ wird deutlich höher als bei Cannabis eingeschätzt, und zwar sowohl was das Probieren als auch den regelmäßigen Konsum betrifft.

3

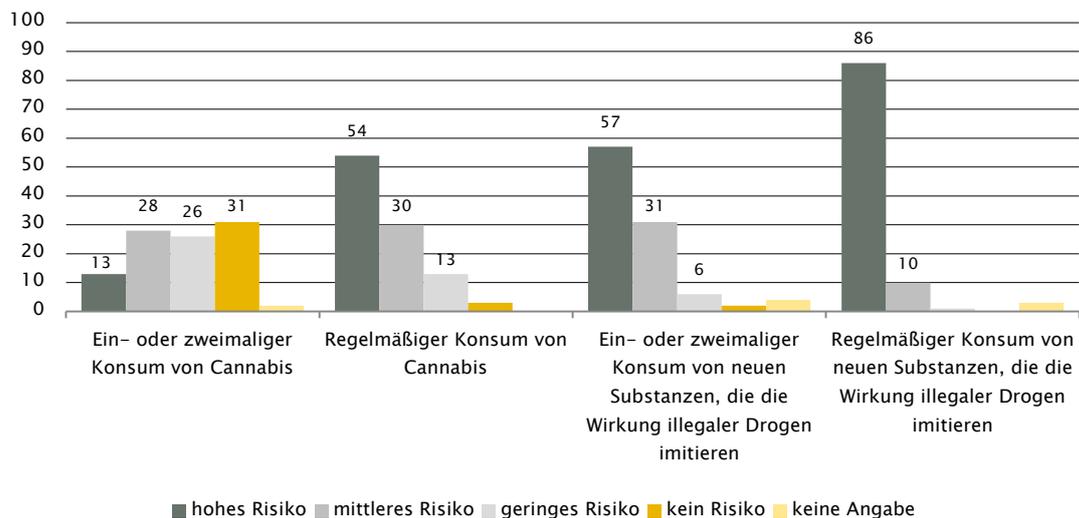
Der „Flash Eurobarometer“ „Young people and drugs“ wurde zwischen 3. und 23. Juni 2014 an über 13.000 zufällig ausgewählten Personen im Alter von 15 bis 24 Jahren EU-weit mittels computergestützter Telefoninterviews durchgeführt. In Österreich wurden 501 Personen befragt.

Abbildung 2.2:

Risikobeurteilung des Konsums von Cannabis und „neuen Substanzen, die die Wirkung illegaler Drogen imitieren“ in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre in Prozent, 2014

Die Originalformulierung der Frage lautet:

„Was glauben Sie, in welchem Ausmaß kann Folgendes ein Risiko für die Gesundheit einer Person darstellen?“



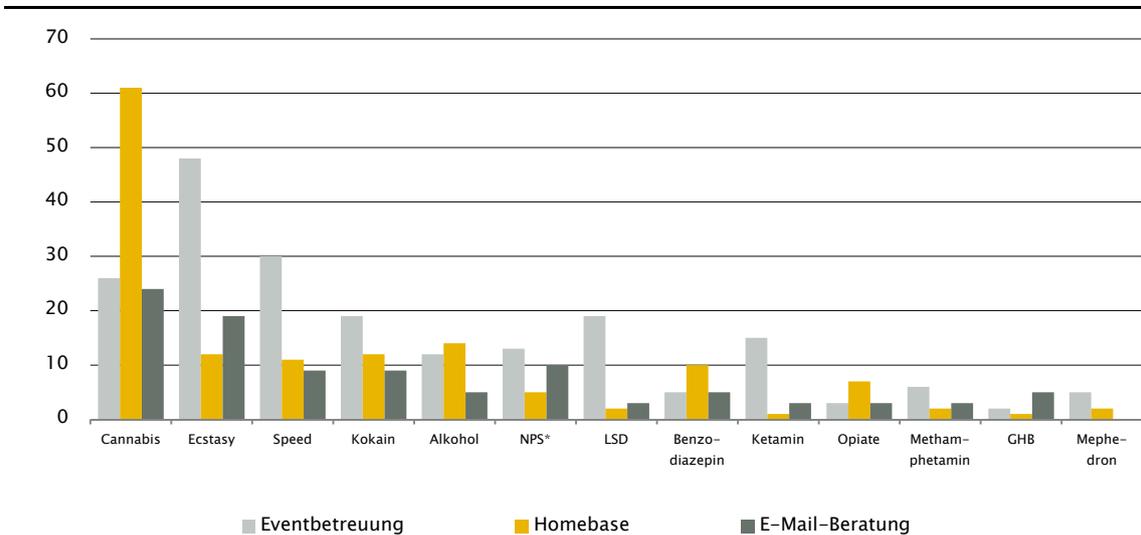
Quelle: Europäische Kommission 2014b; Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 2.4 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Indirekte Informationen zu den konsumierten Substanzen im Partysetting lassen sich aus den bei den Beratungsgesprächen von *checkit!* (vgl. Abschnitte 7.2 und 10.4) thematisierten Substanzen ableiten. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten vorkommenden Substanzen (vgl. Abbildung 2.3). *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS) werden bei der E-Mail-Beratung am dritthäufigsten (nach Cannabis und Ecstasy) thematisiert (SHW 2014d). Der Prozentsatz von E-Mail-Beratungen, bei denen NPS thematisiert wurden, ist im Vergleich zu 2011 um 18 Prozentpunkte zurückgegangen. In Zusammenschau der Drug-Checking-Ergebnisse im Zeitverlauf kommt das *checkit!*-Team zu den Schlüssen, dass der bewusste Konsum von NPS im Partysetting eher eine Ausnahme darstellt und dass aufgrund der besseren Verfügbarkeit von MDMA und Amphetamin verstärkt auf diese Drogen zurückgegriffen wird.

Abbildung 2.3:

*checkit!*: Thematisierte Substanzen bei den Gesprächen je Setting in Prozent, 2013



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

Quelle: SHW 2014d; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Auch bei den Beratungen von *MDA basecamp* (vgl. Abschnitt 7.2) stehen Cannabis und Ecstasy/Amphetamin sowohl bei den telefonischen und persönlichen Beratungen in der Zentrale als auch bei den Online-Beratungen im Vordergrund (MDA basecamp 2014). NPS werden seltener als in den letzten Jahren thematisiert – oft auch als Ängste hinsichtlich ungewollter Beimischungen in den gekauften Substanzen. Insgesamt könnten diese Daten als Indiz für einen weiteren Rückgang der Bedeutung von NPS im Partysetting interpretiert werden.

## 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. Weiters bilden allgemein suchtpreventive Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für darauf aufbauende substanzspezifische Interventionen. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen hinsichtlich legaler Substanzen sowie substanzungebundenes 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 dieser Maßnahmen setzt auf die Förderung von Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen, aber auch auf die Auseinandersetzung mit deren Risikoverhalten.

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Eigenständig werden* und *plus*; vgl. Tabelle A33 bis Tabelle A35) 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 Suchtvorbeugung<sup>4</sup>, des Bildungsministeriums (BMBF) 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 einige 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 2013 wurde von der ARGE Suchtvorbeugung die Fachtagung Brennpunkt zum Thema „Lebenswelt(en) Jugend“ veranstaltet. Fachtagungen und andere Veranstaltungen werden auch auf Ebene der Bundesländer regelmäßig organisiert, wobei die Themenschwerpunkte aus dem gesamten Spektrum der Suchtvorbeugung gewählt werden.

---

4

Website mit allen Angeboten der neun Fachstellen unter: [www.suchtvorbeugung.net/suchtpreventionsinfo/Hauptseite](http://www.suchtvorbeugung.net/suchtpreventionsinfo/Hauptseite).

## 3.2 Strukturelle Prävention<sup>5</sup>

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 über spezielle Maßnahmen zum Jugendschutz, der Gesundheitsförderung<sup>6</sup> 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 Bericht für das Jahr 2012 (GÖG/ÖBIG 2012) dargestellt. 2013 wurde vom Land Steiermark ein neues Jugendschutzgesetz (LGBl 2013/81 v. 14. 5. 2013) beschlossen, das folgende Veränderung beinhaltet:

- » Neben dem Konsum sind auch Erwerb und Besitz von alkoholischen Getränken und Tabakwaren bis zum vollendeten 16. Lebensjahr untersagt – im öffentlichen und privaten Bereich.
- » Alkopops werden nun explizit erwähnt (und sind bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verboten).

Zum Thema Alkohol sei schließlich auf das „Handbuch Alkohol“ (Uhl et al. 2009a) bzw. dessen Teilbände (Uhl et al. 2011 und 2013) verwiesen.

Im Zusammenhang mit *Frühen Hilfen* (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c), die allen Familien mit Neugeborenen und/oder Kleinkindern, die einer spezifischen Unterstützung bedürfen (inklusive suchtbelasteter Familien), eine passgenaue und frühzeitige Unterstützung bieten sollen, wurden im Berichtszeitraum weitere Grundlagenarbeiten getätigt<sup>7</sup>. Seit Anfang 2014 werden Modellprojekte in fünf verschiedenen Bundesländern umgesetzt, deren Erfahrungen gemeinsam mit dem

---

5

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

6

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.

7

Mehr Informationen dazu unter [www.fruehehilfen.at](http://www.fruehehilfen.at).

Grundlagenprojekt eine gute Basis für den Auf- und Ausbau von *Frühen Hilfen* in Österreich bieten.

Auch das Angebot der Schulsozialarbeit<sup>8</sup> ist eine wesentliche Maßnahme, die einen Einfluss auf die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern ausüben und damit präventiv wirken kann. Im Sommer 2013 wurde ein Leitfaden zur Unterstützung der Implementierung von Schulsozialarbeit in Österreich publiziert (Lehner et al. 2013). In Österreich ist Schulsozialarbeit der Jugendwohlfahrt zugeordnet, weshalb die Bundesländer dafür zuständig sind. Es finden sich daher unterschiedliche Organisationsstrukturen und verschiedene Schwerpunkte hinsichtlich Zielsetzungen, Arbeitsformen und Methoden. Das BMBF fördert seit 2010 Pilotprojekte, um eine gemeinsame Sichtweise und Entwicklung von Schulsozialarbeit zu ermöglichen.

### 3.3 Universelle Suchtprävention<sup>9</sup>

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.

Die wichtigsten Präventionsprogramme im Setting Schule sind *Eigenständig werden* und *plus* (vgl. auch Tabelle A33 und Tabelle A34). Beide werden seit etlichen Jahren in allen Bundesländern angeboten und basieren auf der Förderung von Lebenskompetenzen. Während *Eigenständig werden* auf Volksschüler/innen abzielt, ist *plus* auf die Zielgruppe der 10- bis 14-jährigen Schüler/innen ausgerichtet.

*Plus* wurde im Auftrag der österreichischen ARGE Suchtvorbeugung von den Fachstellen für Suchtprävention gemeinsam entwickelt und setzt auf die Förderung von Lebenskompetenzen durch soziales Lernen. Neben dem Umgang mit Suchtmitteln (inklusive legaler Substanzen)

---

<sup>8</sup>  
Mehr Informationen unter <http://schul-sozialarbeit.at/> (23. 6. 2014).

<sup>9</sup>  
Universelle Prävention wendet sich über verschiedene Settings (z. B. Schule, Gemeinde, Kindergarten) an große Gruppen der Bevölkerung, die alle – unabhängig von der individuellen Situation – dieselbe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen.

werden auch neue Medien und Konsumverhalten alters- und geschlechtsspezifisch thematisiert. Weitere Inhalte sind u. a. Kommunikationsfähigkeit, Stressbewältigung und der Umgang mit Konflikten. Seit kurzem liegt ein Evaluationsbericht<sup>10</sup> vor, der folgende Ergebnisse (im Vergleich zu Kontrollklassen) enthält (Juen 2013):

- » Bei den 14-Jährigen der *plus*-Klassen (d. h. im 4. Jahr des Programms) kann ein signifikant geringerer Anstieg der Konsumerfahrungen mit Zigaretten und Alkohol beobachtet werden.
- » Ein signifikant geringerer Anstieg von Verhaltensproblemen (Selbsteinschätzung der Schüler/innen) und von Problemen mit Gleichaltrigen kann in den *plus*-Klassen beobachtet werden.
- » Lehrkräfte schätzen das Verhalten in der Schule (Arbeitsverhalten und Sozialverhalten) sowie das Ausmaß an Rücksichtnahme am Ende des vierjährigen Programms signifikant besser ein.
- » Lehrkräfte schätzen auch die Schulleistung (insgesamt sowie getrennt nach Deutsch und Mathematik) am Ende des vierjährigen Programms signifikant besser ein.

Aufgrund der Ergebnisse wird empfohlen, die Dauer des Programms und die Reihenfolge der Unterrichtseinheiten beizubehalten sowie sicherzustellen, dass den Lehrkräften die korrekte Umsetzung ermöglicht wird. Es sollten aber auch verstärkt junge Lehrkräfte für die Teilnahme gewonnen und eine regelmäßige Einbindung der Eltern sichergestellt werden.

Zur Vermittlung des Themas Jugendschutz wurde in Tirol ein neues Angebot (*ARENA*) entwickelt (kontakt+co 2014/1): Bei einem interaktiven Elternabend werden die Eltern an verschiedenen Stationen von den Schülerinnen und Schülern zu unterschiedlichen Aspekten des Jugendschutzes informiert. Die Ideen der Schüler/innen zum Beitrag der Eltern bilden den Aufhänger der Diskussionen. Die Schüler/innen wurden zuvor durch Mitarbeiter/innen von *JugendschutzMOBIL* selbst geschult bzw. konnten sich mit den Themen intensiv auseinandersetzen.

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** werden die etablierten Aktivitäten weiterhin umgesetzt, die v. a. aus Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, der Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabenden bestehen. Viele Maßnahmen setzen auch direkt an den Erziehungskompetenzen der Eltern an. Das Österreichische Jugendrotkreuz und Rotary<sup>11</sup> wollen das *Freunde*-Programm<sup>12</sup> flächendeckend in Österreich umsetzen. Im Dezember 2013 fand ein erstes Train-the-Trainer-Seminar statt, diese Trainer/innen sollen nun in allen Bundesländern Schulungen für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen anbieten (kontakt+co 2014/1). Wurden zwei Drittel der Mitarbeiter/innen eines Kindergartens geschult,

---

10

Für die Evaluation wurden zwischen 2009 und 2013 zu insgesamt fünf Zeitpunkten Schüler/innen und Lehrer/innen aus *plus*- und Kontrollklassen mittels quantitativer Fragebögen befragt. Die Lehrer/innen der *plus*-Klassen wurden zusätzlich zu Umfang und Form der Umsetzung befragt. Zu Beginn nahmen 2.107 Schüler/innen an der Studie teil, am Ende waren es noch 1.825.

11

Rotary besteht aus international verbreiteten Rotary Clubs von Unternehmerinnen und Unternehmern, die u. a. gemeinnützige Projekte finanzieren.

12

Mehr Informationen unter <http://www.freunde-oesterreich.at/Default.aspx> (23. 6. 2014).

so erhält dieser ein Zertifikat. Das Programm baut auf dem Lebenskompetenzansatz auf und zielt speziell auf eine Stärkung der emotionalen und sozialen Kompetenz sowie der Persönlichkeit der Kinder ab. In Niederösterreich wird seit Anfang 2014 ein neues Mitspieltheater für Kindergärten angeboten (*Schmetterling & Pandabär*), das mit einer Weiterbildung für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen sowie der Einbindung der Eltern einhergeht und auf die Förderung der Lebenskompetenzen abzielt (Hörhan, p. M.).

Die bereits etablierten Maßnahmen zur Suchtprävention in den Settings Betriebe, außerschulische Jugendarbeit bzw. Gemeinde werden weiterhin umgesetzt. 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. Im Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt der Fokus der Maßnahmen ebenfalls auf der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die Fachstellen für Suchtprävention setzen bei ihren Angeboten für Jugendliche seit einigen Jahren verstärkt auf den Einsatz von neuen Medien, wobei sich diese Angebote sowohl an Jugendliche im Setting Schule als auch in der außerschulischen Jugendarbeit richten. **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.

Für den Berichtszeitraum kann von einem neuen Tiroler Angebot namens *MOBILsports Gameday* berichtet werden, das v. a. jene Kinder und Jugendlichen für neue und kuriose Sportarten als alternative Freizeitaktivitäten begeistern soll, die nicht bereits in Vereinen aktiv sind (kontakt+co 2013/4). Die Umsetzung eines *MOBILsports Gameday* erfolgt mit Hilfe von Jugendlichen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des *MOBILteams*. Kinder und Jugendliche sollen an diesem Tag vor allem erleben, dass Spaß und Entspannung auch ohne Alkohol, Geld und kommerzielle Unterhaltungsangebote möglich sind.

### 3.4 Selektive Suchtprävention<sup>13</sup>

Einen Überblick über Maßnahmen der selektiven Prävention und deren Rahmenbedingungen bietet der SQ26. Zu diesen Maßnahmen zählen z. B. Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien**, die im Wesentlichen aus der Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bestehen. Diese Schulungen erfolgen einerseits im Rahmen von Ausbildungen (an Pädagogen

---

13

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

Hochschulen) oder als spezifische Seminare und Workshops u. a. für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen.

Etliche bereits etablierte und weiterhin umgesetzte Maßnahmen zielen auf **Jugendliche** in besonderen Settings ab, wie z. B. in **sozialpädagogischen Einrichtungen, arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen** und **Beschäftigungsprojekten**. Für die meisten der genannten Settings werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/innen aus diesen Einrichtungen und Projekten umgesetzt. Aktivitäten, die sich direkt an die Jugendlichen richten, zielen auf eine Förderung von Risikokompetenz ab. Als Beispiel können die in Tirol für Lehrlinge und Jugendliche in AMS-Maßnahmen konzipierten mobilen *it's-up2U*-Workshops genannt werden, die im Jahr 2013 flächendeckend eingesetzt wurden (kontakt+co 2014/1).

Im **Freizeitbereich** liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie von Alternativen zum Substanzkonsum, ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. *MDA basecamp* startete im Frühjahr 2014 mit einer Pilotphase für ein stationäres Drug Checking in der *MDA-basecamp*-Zentrale in Innsbruck (Tirol) mit dem Ziel der Prävention und Schadensminderung<sup>14</sup> (vgl. auch Kap. 7). Für Mitarbeiter/innen von Jugendzentren, Jugendtreffs etc. wird in Salzburg seit 2013 ein individuelles *JUZ-Coaching* angeboten, bei dem sich einzelne oder mehrere Personen mit Fragen zum Risikoverhalten und Suchtmittelkonsum von Jugendlichen aus ihrer Einrichtung beraten lassen können (Akzente Fachstelle Suchtprävention 2014).

Die Lebenssituation von **Personen mit Migrationshintergrund** kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein, da **Migration** an sich ein traumatisierendes und in der Folge suchtauslösendes Lebensereignis darstellen kann. Im Sinne der selektiven Prävention werden vor allem jene 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 können. Auch in diesem Bereich laufen im Wesentlichen die etablierten Maßnahmen weiter und wurden im Berichtszeitraum keine neuen entwickelt. In Niederösterreich wurden Referentinnen und Referenten für interkulturelle Suchtprävention in einer zehnmonatigen Fortbildung mit insgesamt 110 Unterrichtseinheiten und 20 Stunden Hospitation fertig ausgebildet und Fortbildungen für Mitarbeiter/innen von Integrationsstellen sowie Einrichtungen der Migrations- und Flüchtlingsarbeit organisiert (Hörhan, p. M.).

---

14

Mehr dazu unter [www.mdabasecamp.com/drug-checking/plotphase-dc/](http://www.mdabasecamp.com/drug-checking/plotphase-dc/) (26.2.2014)

### 3.5 Indizierte Suchtprävention<sup>15</sup>

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und aufgrund von Substanzkonsum eingesetzt (der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist). Sie basieren daher ausschließlich auf einem zu beobachtenden Risiko- bzw. Suchtverhalten und auf damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten und beziehen sich meistens auf den Konsum von Alkohol. In allen Bundesländern werden seit vielen Jahren für Personen aus verschiedensten Bereichen (z. B. außerschulische Jugendarbeit) regelmäßig Fortbildungen zur motivierenden Kurzintervention bei (riskant) konsumierenden Jugendlichen angeboten (vgl. auch Tabelle A 35). Schulungen zu *Step by Step* (Programm zur Förderung eines einheitlichen Umgangs mit Anlassfällen in der Schule und von Früherkennung und -intervention) sowie weitere Maßnahmen (Broschüren, Veranstaltungen etc.) werden in vielen Bundesländern ebenfalls immer wieder angeboten. Die in früheren Berichten dargestellten spezifischen Maßnahmen laufen weiter, neue Angebote wurden nicht konzipiert. Früherkennung und Erreichbarkeit von suchtgefährdeten Jugendlichen waren auch Thema einer Fokusgruppe, die im März 2014 von der GÖG organisiert wurde (vgl. Abschnitt 7.4).

### 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.

---

15

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

## 4 Risikoreicher Drogenkonsum

### 4.1 Einleitung

Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EBDD der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EBDD 2013)<sup>16</sup>. Diese Definition deckt sich mit der Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen des risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC)<sup>17</sup> durchgeführt (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten (vgl. Abschnitt 9.2), des Substitutionsregister (vgl. Abschnitt 5.3) und der drogenbezogenen Todesfälle (vgl. Abschnitt 6.4) herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI; vgl. Abschnitt 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 behördlichen Auflage in Betreuung (vgl. Busch et al. in Vorbereitung und GÖG/ÖBIG 2013d).

---

16

Die bislang gültige Definition von problematischem Drogenkonsum (problem drug use) der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetamin“. Der Hintergrund für die Änderung der Definition und der Begrifflichkeit (von „problem drug use“ zu „high risk drug use“) ist einerseits der Einbezug zusätzlicher Substanzen (z. B. Cannabis, Methamphetamin) und sind andererseits stringenter Definitionen (EBDD 2013).

17

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.

Aktuelle Schätzungen für 2012 bzw. 2013 machen eine Prävalenzrate von 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel (vgl. ST7 und ST8). Somit wären etwa fünf Personen pro 1.000 Österreicherinnen und Österreicher in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich, und 15 Prozent sind unter 25 Jahre alt (43 %: 25 bis 34 Jahre).

Neben der Prävalenz des risikoreichen 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. Abschnitt 5.3), die die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (40 bis 50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 11.000 bis 15.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum 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 wären in Österreich insgesamt 350.000 Personen als Alkoholiker/innen zu bezeichnen.

## 4.2 Prävalenz und Trends

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des risikoreichen Konsums liegen in Österreich für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor.

Abbildung 4.1 zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither schwanken die Werte um 30.000 bzw. ist seit 2009 ein leichter Rückgang der Prävalenz zu beobachten.

Betrachtet man die Entwicklung 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 bzw. sind in den letzten Jahren leicht rückläufig. In Österreich ohne Wien stiegen die Prävalenzen jedoch weiter an und sind erst seit 2010 stabil. Während bis 2009 für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt wurden als für die anderen Bundesländer, wird ab dem Jahr 2009 für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen der kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien handeln. Wien ist als einzige Großstadt<sup>18</sup> Österreichs vom Drogenproblem am stärksten betroffen.

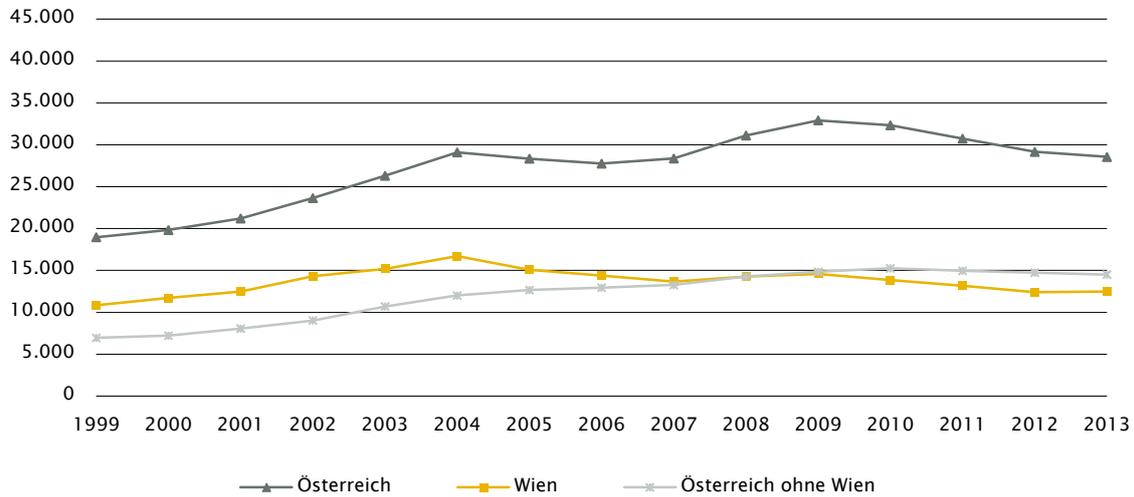
---

18

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

Abbildung 4.1:

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

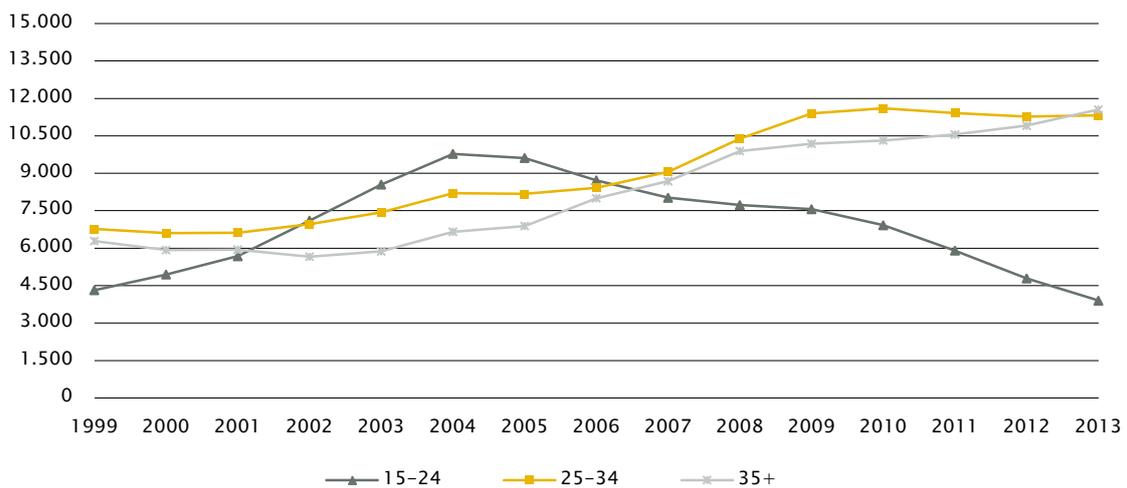


Anmerkung: Für 1999 bis 2012 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren herangezogen (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000), für 2013 der Schätzwert für 2013.

Quelle: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013d; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 4.2:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf, 1999–2013



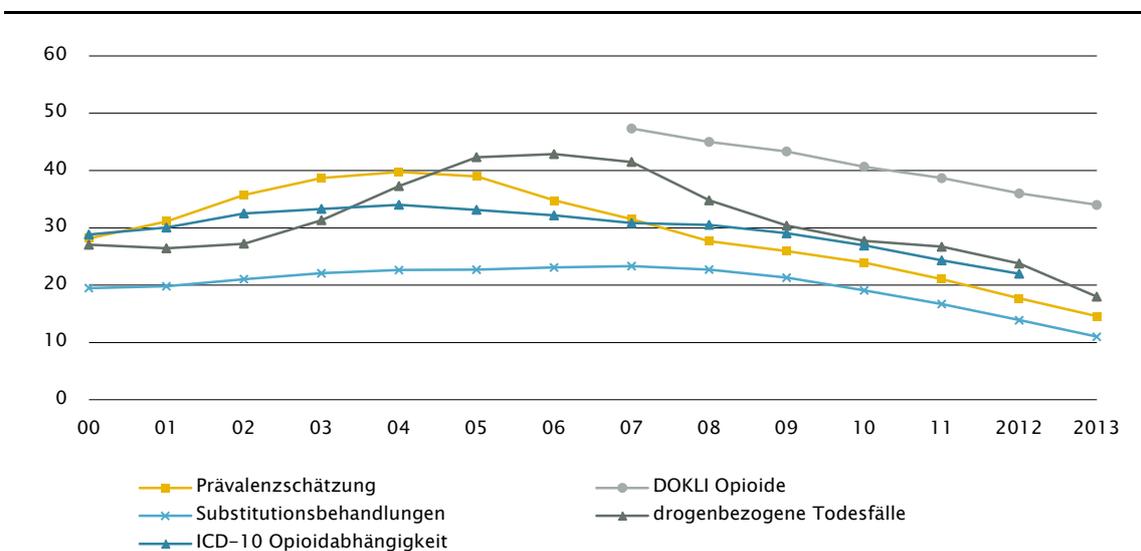
Anmerkung: Für 1999 bis 2012 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren herangezogen (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000), für 2013 der Schätzwert für 2013.

Quelle: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013d; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

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 risikoreichen 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 risikoreichem Drogenkonsum weiter kontinuierlich an.

Abbildung 4.3:

Anteil der Personen unter 25 Jahren bei der Prävalenzschätzung, in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei Spitalsentlassungen und bei den drogenbezogenen Todesfällen in Prozent – Zeitreihe (gleitender Mittelwert), 2000–2013



Anmerkung: **DOKLI Opioid**: Alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen betreut wurden, mit der Leitdroge Opioid; **ICD-10 (Opioid)**: Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioid) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung; bei allen Datenquellen wurde für die Jahre ab 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufalls-schwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wurde der Rohwert herangezogen.

Quellen: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013d, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der deutliche Rückgang der Anzahl an jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich in allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 4.3) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Anhand der DOKLI-Daten sind in den letzten Jahren ein Rückgang der Anzahl an Personen mit Leitdroge Opioid und ein Anstieg der Anzahl an Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis zu beobachten (Busch et al. in Vorbereitung). Dies lässt mehrere Hypothesen zu:

- » Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich verlagert sich in Richtung Cannabis bzw. *neue psychoaktive Substanzen* (NPS). Für einen starken Anstieg eines risikoreichen Konsums von NPS gibt es jedoch derzeit keine Hinweise (vgl. Abschnitte 2.4, 7.2 und 10.4). Auch weist nur

etwa ein Drittel der in DOKLI aufscheinenden Klientinnen und Klienten mit Leitdroge Cannabis vor Therapiebeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum auf (GÖG/ÖBIG 2013d).

- » Der Rückgang des risikoreichen Konsums mit Beteiligung von Opioiden ist dadurch zu erklären, dass eine Verlagerung in Richtung Stimulantien wie Methamphetamin oder Mephedron stattfindet. Diesbezüglich gibt es hinsichtlich Methamphetamin Hinweise für eine lokale Szene in Oberösterreich (vgl. Abschnitte 4.3, 5.3.1, 9.2 und Tabelle A14). Bezüglich Mephedron gab es in der Steiermark eine größere Szene (GÖG/ÖBIG 2012), jedoch war dort der risikoreiche Mephedronkonsum in den letzten Jahren wieder rückläufig.
- » Der risikoreiche Drogenkonsum in Österreich geht insgesamt zurück. Der Anstieg des Anteils mit Leitdroge Cannabis bei den in DOKLI dokumentierten Betreuungen ist dadurch zu erklären, dass auch weniger problematische Fälle aufgrund frei werdender Kapazitäten in Betreuung genommen werden können.

Welche der drei Hypothesen in welchem Ausmaß zutreffend ist, werden erst die Entwicklungen der nächsten Jahre zeigen. Insgesamt gibt es zwar Anzeichen für eine Veränderung der Drogensituation bzw. der Konsummuster, dennoch darf nicht aus den Augen verloren werden, dass Opioide nach wie vor den behandlungsrelevanten Drogenkonsum dominieren.

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 2014“ (Busch et al. in Vorbereitung).

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

## 4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs

Analysen zu den Konsummustern der nach § 12 SMG begutachteten Personen<sup>19</sup> (es liegen Daten aus allen Bundesländern außer Wien vor) zeigen, dass beim weitaus größten Teil der Begutach-

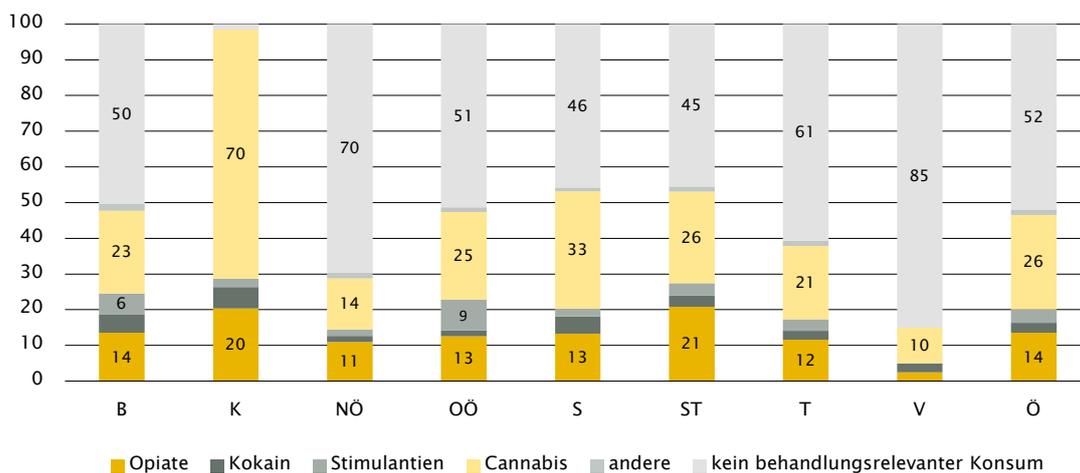
---

19

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 2013 6.110 Begutachtungsergebnisse von 5.792 Personen vor (einige Personen wurden 2013 mehrfach begutachtet). 3.118 Begutachtungsergebnisse enthalten Angaben zum Drogenkonsum; bei 209 Begutachtungen wurde bei Drogenkonsum „unbekannt“ eingegeben. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische

tungen entweder behandlungsrelevanter Opiatkonsum oder behandlungsrelevanter Cannabiskonsum festgestellt wird.

Abbildung 4.4:  
Behandlungsrelevanter Drogenkonsum gemäß hierarchischer<sup>20</sup> Leitdrogendefinition von nach § 12 SMG begutachteten Personen, nach Bundesland, in Prozent, 2013



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Dies entspricht anderen Daten aus dem Behandlungsbereich (z. B. DOKLI; vgl. Busch et al. 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 Kärnten heraus, so zeigt sich, dass der Anteil des Begutachtungsergebnisses „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ vergleichsweise sehr groß, jener von „kein behandlungsrelevanter Konsum“ hingegen sehr klein ist. Da derart große bundeslandspezifische Unterschiede in den Drogenkonsummustern unplausibel sind, legt Abbildung 4.4 nahe, dass sich die Begutachtungspraxis in den Bundesländern stark unterscheidet (z. B.: Was in einem Bundesland als „kein behandlungsrelevanter Konsum“ diagnostiziert

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.

20

In der Drogenanamnese kann durch die Gesundheitsbehörde bei mehreren Drogen ein behandlungsrelevanter Konsum erkannt und angegeben werden. Zur vereinfachten Darstellung wird in Abbildung 4.4 die bereits im DOKLI-System angewandte hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen. Dabei wird bei Personen mit mehr als einer Leitdroge mittels einer „Leitdrogenhierarchie“ 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.

wird, wird in einem anderen Bundesland als „behandlungsrelevanter Cannabiskonsum“ klassifiziert; vgl. auch Abschnitt 5.2).

Aus Oberösterreich gibt es immer wieder Berichte über lokale Szenen hinsichtlich des Konsums von Methamphetamin, das einerseits im Rahmen des Freizeitdrogenkonsums gesniffet, aber vereinzelt auch von Opioidabhängigen i. v. appliziert wird (Schwarzenbrunner, p. M.). Aus diesem Grund wurden die Daten zu den gesundheitsbezogenen Maßnahmen einer Sonderauswertung unterzogen.

Abbildung 4.4 zeigt, dass in Oberösterreich der Anteil von Stimulantien als Leitdroge mit 9 Prozent am höchsten ist. Dieser Anteil ist in den letzten drei Jahren gestiegen (2011: 1 %, 2012: 3 %). Wird keine hierarchische Leitdrogendefinition vorgenommen (d. h., es gibt bei der Leitdroge Mehrfachnennungen), so zeigt sich, dass in Oberösterreich bei 84 der insgesamt 792 Begutachtungen ein behandlungsrelevanter Konsum von Amphetamin<sup>21</sup> festgestellt wurde. Das sind mehr als die Hälfte aller begutachteten Personen mit Leitdroge Amphetamin in Österreich. Bei 26 der 84 Begutachtungen mit Ergebnis behandlungsrelevanter Amphetaminkonsum wurde auch ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden oder Kokain festgestellt. Zusätzlich wurde von den Amtsärztinnen und Amtsärzten in 126 Fällen ein nicht behandlungsrelevanter Konsum von Amphetamin festgestellt (vgl. Tabelle 4.1). In Zusammenschau mit anderen Daten aus dem Drogenmonitoring (vgl. Abschnitte 5.3.1, 9.2 und Tabelle A14) muss von der Existenz einer lokal begrenzten Szene mit risikoreichem Methamphetamin- bzw. Amphetaminkonsum in Oberösterreich ausgegangen werden.

Tabelle 4.1:

Bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG festgestellter behandlungsrelevanter und nicht behandlungsrelevanter Konsum von Amphetamin, 2013

Amphetaminkonsum	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö
behandlungsrelevant	8	17	17	84	9	17	11	1	164
nicht behandlungsrelevant	6	9	62	126	13	8	5	1	230
Gesamt	14	26	79	210	22	25	16	2	394

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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

21

Da es die Kategorie „Methamphetamin“ in der Datenerfassung nicht gibt, wird von den Amtsärztinnen und Amtsärzten bei einem behandlungsrelevanten Konsum von Methamphetamin die Überkategorie Amphetamin angekreuzt.

# 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. 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, stehen auch in der Substitutionsbehandlung mehrere Arzneimittel mit verschiedenen Wirkstoffen zur Verfügung. Da das Ziel ein durchgängiges Betreuungsnetzwerk ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Abschnitt 8.3) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten der Suchthilfekompass<sup>22</sup> 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

---

22

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 pseudonymisierte 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.

## 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. Sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene liegt der Fokus aktueller Bemühungen nach wie vor auf der Optimierung der Suchtbehandlung, insbesondere der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen und der ergänzenden psychosozialen Unterstützung. So wurde im Berichtszeitraum der vom BMG organisierte Dialog zur Suchtproblematik bzw. der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen weitergeführt (Schopper, p. M.). In drei verschiedenen Arbeitsgruppen und unter der Ägide des *Ausschusses für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* sollen von Fachleuten aus den Bereichen Medizin, Recht und psychosoziale Begleitung Empfehlungen für eine qualitätsgesicherte arzneimittelgestützte Behandlung Opioidabhängiger erarbeitet werden. Diese Qualitätsstandards sollen den Stand der Wissenschaft, Erfahrung aus der Praxis sowie die spezifischen Gegebenheiten in Österreich berücksichtigen und als interdisziplinärer Referenzrahmen für alle Berufsgruppen, die mit Fragen der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger befasst sind, dienen.

Auf Länderebene wurde im Berichtszeitraum z. B. die Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 veröffentlicht, die auf Integration der Suchtbehandlung in das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem und auf verstärkte interdisziplinäre Kooperation setzt (vgl. Abschnitt 1.2). In Salzburg ist ein „Rahmenplan für ein integriertes Suchthilfe-System“ in Entwicklung, der auf einem substanzübergreifenden Ansatz, strukturierten Behandlungs- und Betreuungsketten aus ambulanten, stationären und rehabilitativen Maßnahmen und verbindlichen Vereinbarungen für die Bearbeitung von Nahtstellen aufbauen soll (Schabus-Eder, p. M.). Die Erwachsenenpsychiatrie inklusive Abhängigkeitserkrankungen wird parallel dazu neu strukturiert. In Tirol steht eine Verbesserung der Verschränkung von medizinischer und psychosozialer Behandlung im Fokus aktueller Bemühungen (Gstrein, p. M.). In Niederösterreich wurde mit der Erarbeitung eines Leitfadens begonnen, der Hilfestellung für die praktische Arbeit (Beratung, Betreuung und Behandlung) mit suchtkranken Personen leisten soll (Hörhan, p. M.).

Die **Begutachtung von Personen (nach SMG)** hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gemäß § 11 SMG<sup>23</sup> wird nach wie vor recht unterschiedlich gehandhabt (vgl. Tabelle 5.1 und Abschnitt 4.3). Aber auch die Anzahl der begutachteten Personen pro 100.000 15- bis 64-Jährige ist mit 15 in Vorarlberg und 205 in Wien sehr unterschiedlich. Österreichweit wird in rund der Hälfte der Fälle festgestellt, dass die begutachtete Person keine Maßnahme im Sinne des § 11 Abs 2 SMG benötigt. In Abbildung 5.1 werden beispielhaft die gesundheitsbezogenen Maßnahmen dargestellt, auf die im Jahr 2013 bei Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opioiden hingewirkt wurde (vgl. auch Busch et al. in Vorbereitung). 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 Abschnitt 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 2013

Art der gesundheitsbezogenen Maßnahme	Anteil an Begutachtungen pro Bundesland									
	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Person bedarf keiner Maßnahme	48 %	20 %	60 %	32 %	36 %	41 %	37 %	43 %	64 %	52 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z1 SMG <sup>1</sup>	7 %	58 %	13 %	41 %	21 %	11 %	30 %	3 %	4 %	17 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z2 SMG <sup>2</sup>	11 %	14 %	7 %	9 %	15 %	12 %	8 %	0 %	27 %	17 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z3 SMG <sup>3</sup>	20 %	10 %	2 %	2 %	2 %	1 %	4 %	0 %	1 %	2 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z4 SMG <sup>4</sup>	3 %	1 %	1 %	4 %	3 %	2 %	2 %	0 %	3 %	3 %
Person bedarf § 11 Abs2 Z5 SMG <sup>5</sup>	16 %	40 %	14 %	33 %	33 %	31 %	35 %	58 %	1 %	16 %
Anzahl der Begutachtungen	155	408	1.199	792	323	294	364	40	2.535	6.110
Anzahl der begutachteten Personen	154	345	1.130	733	316	282	344	38	2.450	5.792
Anteil der begutachteten Personen pro 10.000 15- bis 64-Jährige	80	94	105	77	88	35	70	15	205	102

<sup>1</sup> = ärztliche Überwachung

<sup>2</sup> = ärztliche Behandlung (inkl. Entzugs- und Substitutionsbehandlung)

<sup>3</sup> = klinisch-psychologische Beratung und Betreuung

<sup>4</sup> = Psychotherapie

<sup>5</sup> = psychosoziale Beratung und Betreuung

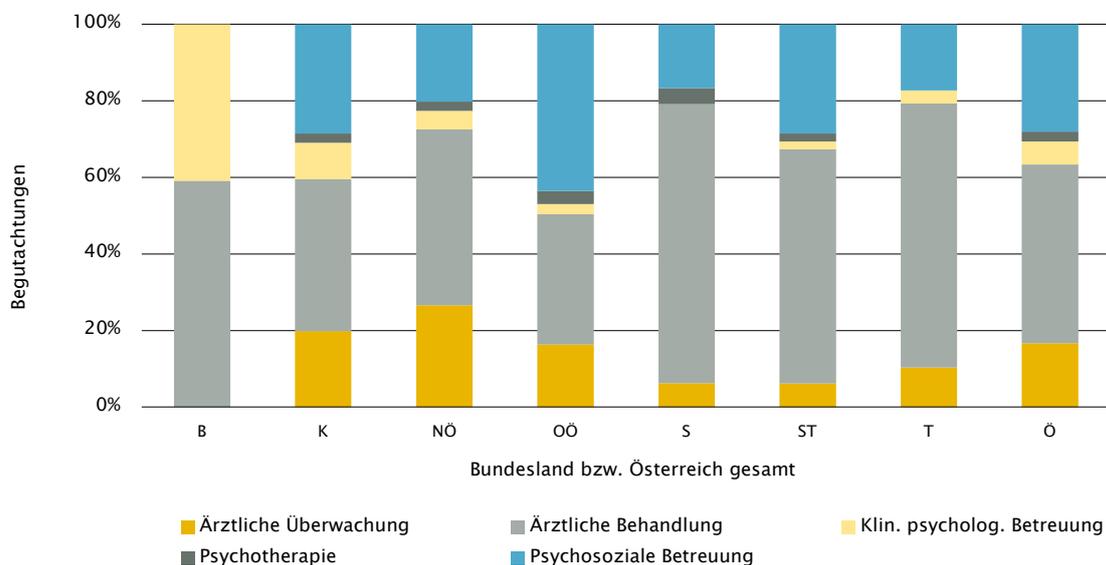
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

23

§ 11 SMG hält fest, welchen gesundheitsbezogenen Maßnahmen und unter welchen Umständen sich Personen wegen Suchtgiftmissbrauchs oder der Gewöhnung an Suchtgift unterziehen sollen.

Abbildung 5.1:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen, auf deren Bedarf gemäß § 12 SMG<sup>24</sup> bei Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Opiaten hingewirkt wurde, in Prozent, 2013



Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird der Missbrauch von Opiaten erwähnt. Dabei ist es egal, welche Drogen sonst noch genannt werden. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Daher liegen für Wien keine Daten vor. Für Vorarlberg werden keine Daten angegeben, da im Berichtszeitraum nur eine Person mit behandlungsrelevantem Konsum von Opiaten begutachtet wurde.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

## 5.2.2 Behandlungssysteme

Die **Organisation und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung** für opiatabhängige Personen hängt stark von regionalen Strategien ab (zentrale Stellen versus dezentrale Versorgung). Dies zeigt sich besonders deutlich in Karte 5.2 und Abbildung 5.3. 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 Juli 2014 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

24

§ 12 SMG regelt die Begutachtung von Personen, bei denen ein Suchtgiftmissbrauch angenommen wird.

grundsätzlich für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung in Betracht kämen<sup>25</sup>). 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 versorgungswirksamen<sup>26</sup> Ärztinnen und Ärzte im Jahr 2013 dar, bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15 bis 64 Jahren. Grundsätzlich ist eine wohnortnahe Versorgung wünschenswert, um den Zugang möglichst allen Personen, die sie benötigen, zu ermöglichen. Angebote für eine Substitutionsbehandlung im stationären Setting sind in Karte 5.3 dargestellt. In Salzburg steht inzwischen wieder ein zweites institutionelles Angebot zur Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige zur Verfügung, das von der *Drogenberatung Salzburg* für die Stadt Salzburg sowie für die Bezirke Salzburg-Umgebung und Hallein durchgeführt wird (Schabus-Eder, p. M.).

In die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte waren im Juni 2013 insgesamt 597 Mediziner/innen eingetragen. Von diesen waren 515 (86 %) versorgungswirksam, d. h., sie haben auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Karte 5.1 in Abschnitt 5.2.2 zeigt die Verteilung der substitutionsberechtigten Ärztinnen und Ärzte. Es ist zu berücksichtigen, dass nicht alle als zur Substitutionsbehandlung qualifiziert registrierten 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).

---

25

Für die vorliegende Abbildung wurden jene Personen ausgewählt, die laut Österreichischer Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer entweder Allgemeinmediziner/innen sind oder einen Facharztstitel Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Additivfach Neuropädiatrie) haben.

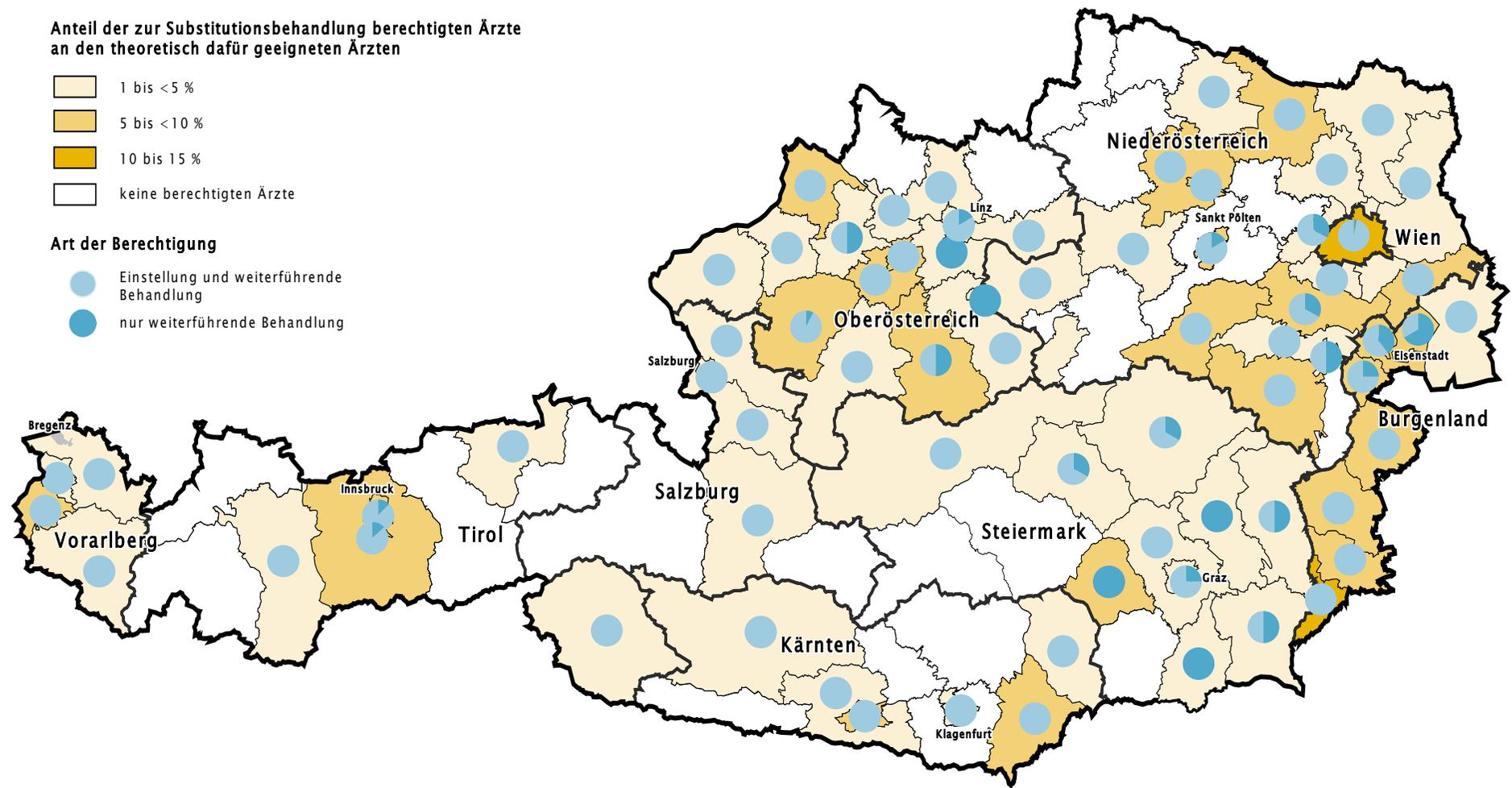
Es wurden die Angaben aus dem Jahr 2014 zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren erste Ordinationsadresse verwendet. Die Angaben der substitutionsberechtigten Ärztinnen und Ärzte stammen aus der beim BMG geführten Liste (LISA).

26

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

Karte 5.1:

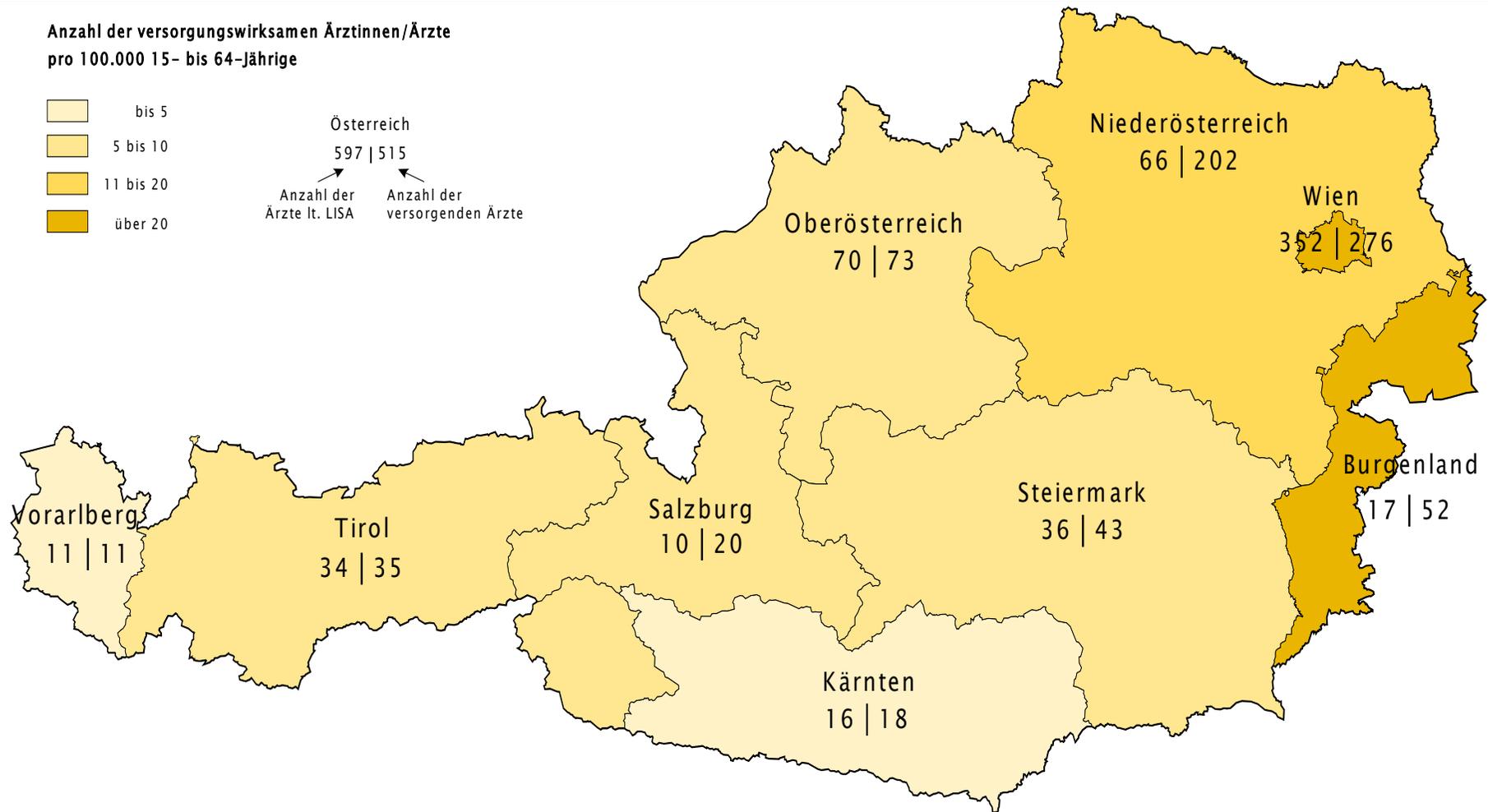
Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juli 2014



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

Karte 5.2:

Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich, Stand: Juli 2014



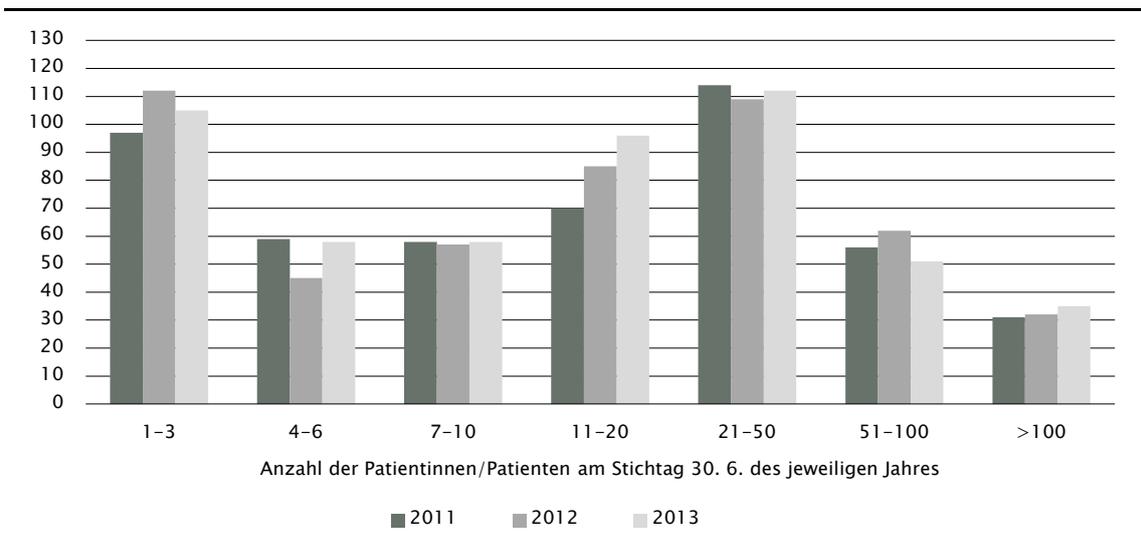
Quellen: BMG (betreffend LISA) und eSuchtmittel; Darstellung: GÖG/ÖBIG

In der Steiermark wurde auf Basis der Weiterbildungs-Verordnung ein Curriculum entwickelt und im Mai 2014 als 20-stündige Fortbildung umgesetzt, weitere 20 Stunden sind als E-Learning zu absolvieren (Ederer, p. M.). Dies und die Unterstützung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte durch die webbasierte Checkliste Substitution (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c) hat laut Ederer (p. M.) zu einer höheren Anzahl an zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzten in der Steiermark beigetragen (Stand Juni 2014: 40). Zur Verbesserung der Behandlungsqualität und zur Unterstützung substituierender Ärztinnen und Ärzte ist es seit 2013 möglich, psychosoziale Begleitung durch einen/eine Mitarbeiter/in einer gemäß § 15 SMG<sup>27</sup> kundgemachten Einrichtung in der Ordination anzubieten.

Abbildung 5.2 zeigt nicht nur die starke Streuung, sondern auch die Entwicklung der Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt in den letzten drei Jahren. Während im Jahr 2013 163 Ärztinnen/Ärzte (32 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 86 (17 %) Ärztinnen und Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen bei Ärztinnen und Ärzten im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil wiederum von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 5.2:

Entwicklung der Anzahl der im Rahmen der Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt über die Jahre 2011–2013



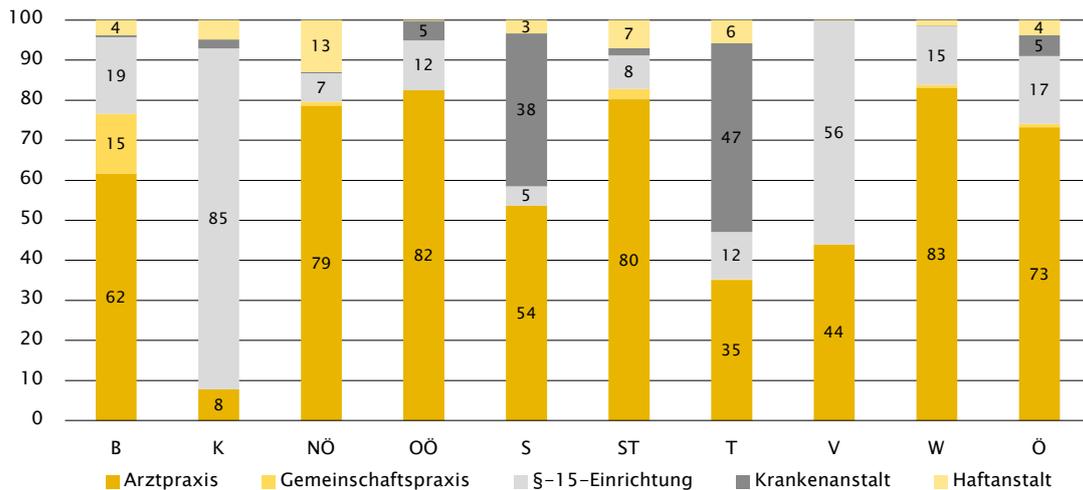
Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

27

§ 15 SMG bezieht sich auf die Einrichtungen, die für die Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen im Hinblick auf den Suchtgiftmisbrauch zur Verfügung stehen.

Die folgende Abbildung 5.3 zeigt, in welchen Einrichtungen die Substitutionsbehandlung in Österreich am häufigsten durchgeführt wird. Wie in Karte 5.2 spiegeln sich auch hier organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern wider.

Abbildung 5.3:  
Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2013

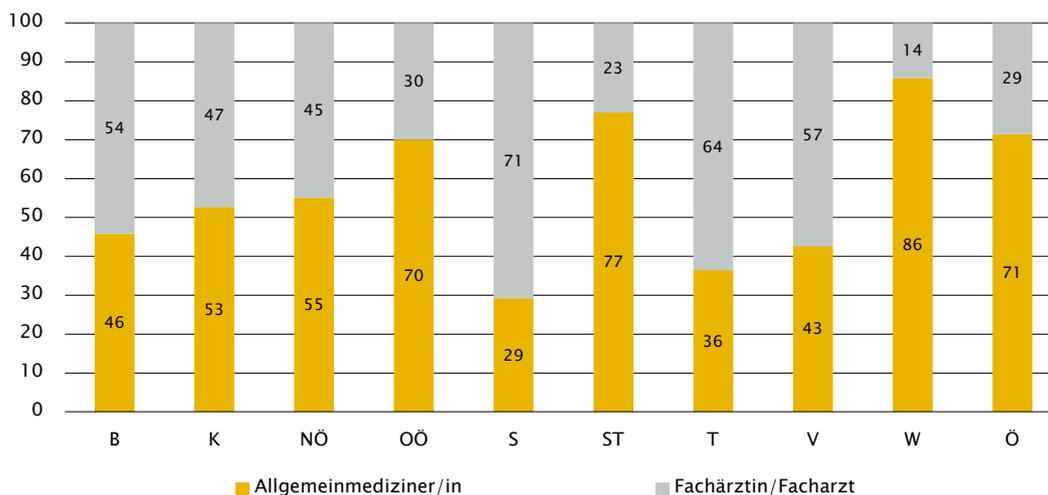


Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Dass in Österreich die Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger haben, zeigt Abbildung 5.4. Auch hier gibt es jedoch sehr unterschiedliche Verteilungen: Während in Salzburg 71 Prozent der Substituierenden Fachärztinnen und Fachärzte sind, sind 86 Prozent der Substituierenden in Wien Allgemeinmediziner/innen.

Abbildung 5.4:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung – Prozentsatz der von Fachärztinnen/Fachärzten versus Allgemeinmediziner/innen betreuten Klientel nach Bundesländern und unabhängig vom Ort der Behandlung, 30. 6. 2013

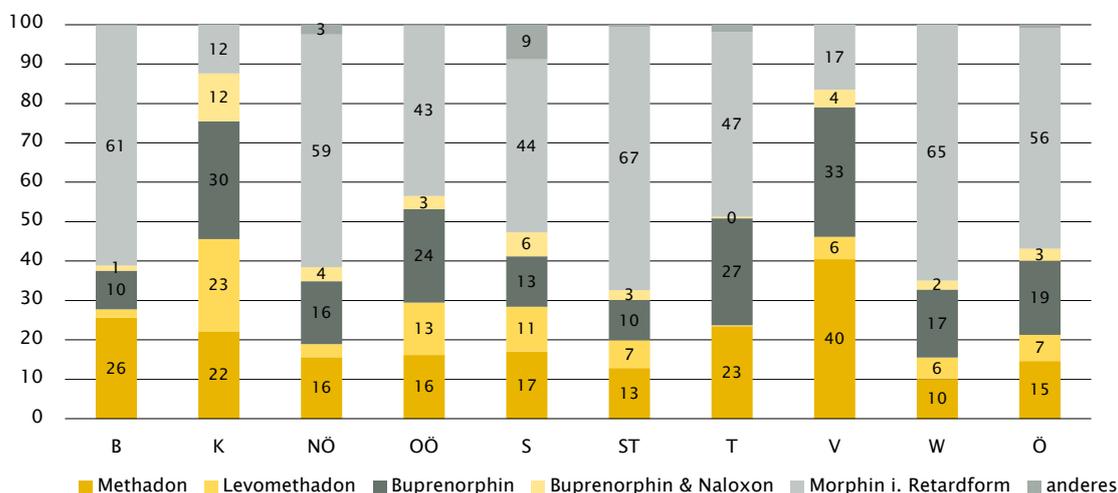


Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Österreichweit stellt Morphin in Retardform (56 %) das am häufigsten verschriebene **Substitutionsmittel** dar, gefolgt von Buprenorphin (19 %) und Methadon (15 %). 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. Abbildung 5.5). Auch bezüglich des Alters lassen sich beim verordneten Substitutionsmittel Unterschiede feststellen (vgl. Abbildung 5.6). Die Tendenz geht dahin, dass bei älteren Klientinnen und Klienten zu einem etwas höheren Prozentsatz Morphin in Retardform verschrieben wird.

Abbildung 5.5:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland in Prozent, 2013

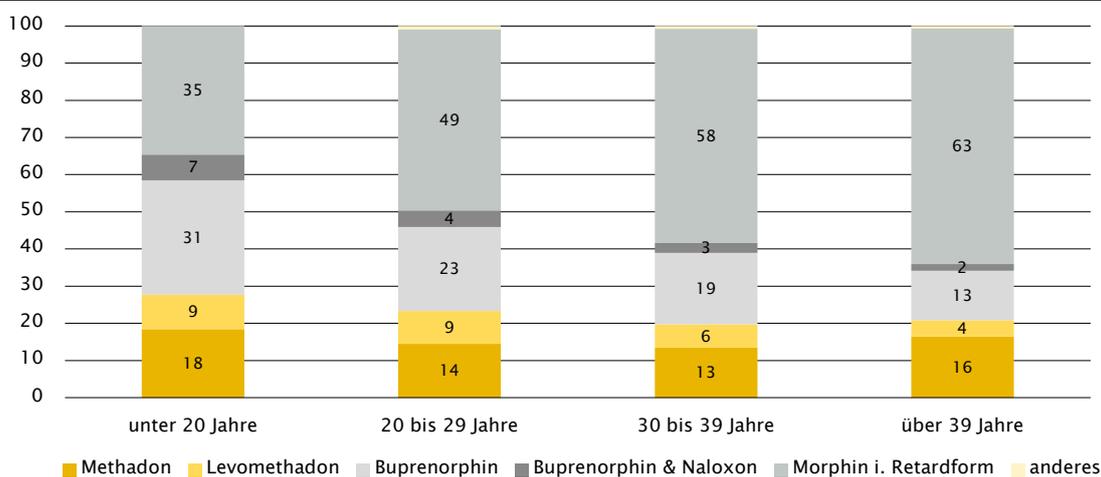


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.786 der insgesamt 16.989 Personen, da bei 203 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.6:

Personen in Österreich in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Alter in Prozent, 2013

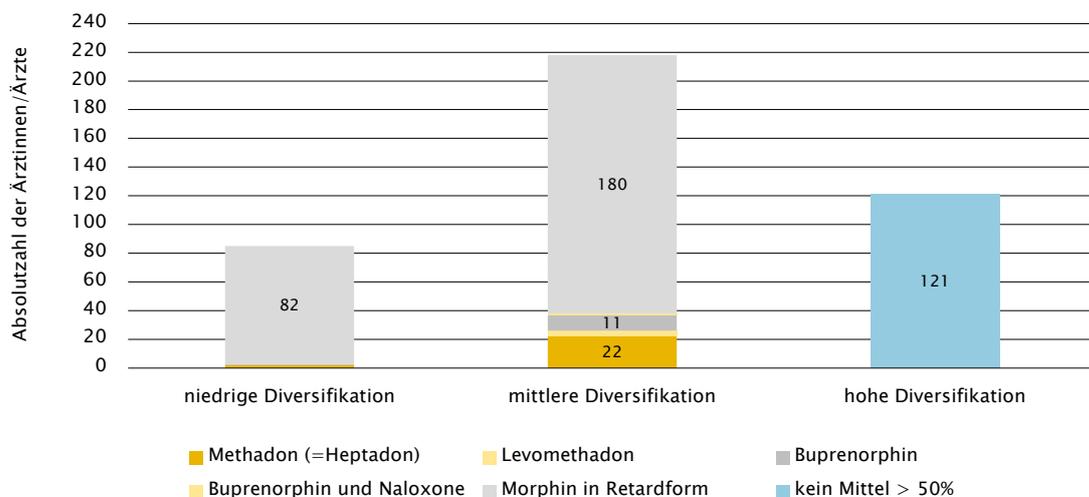


Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf 16.786 der insgesamt 16.989 Personen, da bei 203 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Handhabung der verschiedenen zur Verfügung stehenden Substitutionsmittel durch die verordnenden Ärztinnen und Ärzte. Eine Diversifikation der Substitutionsmittel hat im Wesentlichen den Vorteil, aus einer Palette verschiedener Möglichkeiten das für die individuelle Situation am geeignetste auswählen zu können. Aus Abbildung 5.7 ist ersichtlich, dass sehr viele Ärztinnen und Ärzte<sup>28</sup> bei einem Großteil ihrer Patientinnen und Patienten das gleiche Substitutionsmittel einsetzen: Etwa die Hälfte (n = 218) verordnet einem Großteil der Klientinnen und Klienten (49–79 %) jeweils das gleiche Mittel (meist Morphin in Retardform) und zeigt somit eine mittlere Diversifikation. Ein Fünftel der Ärztinnen und Ärzte (n = 85) verordnet fast allen Klientinnen und Klienten (> 79 %) das gleiche Substitutionsmittel (ebenfalls großteils Morphin in Retardform), was einer niedrigen Diversifikation entspricht. Weniger als ein Drittel der Ärztinnen/Ärzte (n = 121) greift auf eine breite Palette an Substitutionsmitteln zurück (keines der verfügbaren Substitutionsmittel wird bei mehr als 50 % der Klientinnen und Klienten verschrieben) und nutzt damit die Diversifikation aus. Ein möglicher Grund für eine geringe Diversifikation könnte sein, dass das jeweils am häufigsten eingesetzte Substitutionsmittel (meist Morphin in Retardform) als den anderen deutlich überlegen bewertet und deshalb bevorzugt eingesetzt wird.

Abbildung 5.7:  
Diversifikation hinsichtlich der Verschreibung unterschiedlicher Substitutionsmittel, 2013



Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW 2014) berichtet Zahlen zum weiterhin bestehenden Kooperationsprojekt *Sicherstellung der verschreibungskonformen Verwendung von Substitutionsmitteln* (GÖG/ÖBIG 2011). Von Ende 2008 bis Ende 2013 sind demnach folgende Anpas-

28

Dieser Abbildung liegt eine Spezialauswertung zugrunde, bei der alle Ärztinnen bzw. Ärzte mit 5 oder mehr Patientinnen bzw. Patienten berücksichtigt wurden.

sungen der Verschreibungspraxis erfolgt: Insgesamt wurden ca. 3.000 Fälle den Amtsärztinnen und -ärzten gemeldet, davon erfolgte bei 18 Prozent eine Umstellung auf eine tägliche Abgabe des Substitutionsmittels. 83 Prozent aller Fälle erhalten das Substitutionsmittel in täglicher Abgabe, wobei in 69 Prozent dieser Fälle Substitol® verordnet und wiederum bei 68 Prozent dieser Fälle die Kapseln in der Apotheke geöffnet werden. Seit Projektbeginn wurden von der Gesundheitsbehörde 1.631 Fälle zur Begutachtung an das Institut für Suchtdiagnostik weitergeleitet.

An dieser Stelle soll auf eine Studie<sup>29</sup> hingewiesen werden, die sich mit der Eignung des Kombinationsproduktes Buprenorphin & Naloxon für die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen im niedergelassenen Bereich beschäftigt. Jagsch et al. (2013) beschreiben, dass dieses Kombinationsprodukt zu vergleichbaren Werten hinsichtlich der Haltequote führt wie andere Medikamente: Nach sechs bzw. 12 Monaten Behandlung im ambulanten Setting lag die Retentionsrate bei rund 57 bzw. 46 Prozent. Als weitere Parameter wurden die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Behandlung untersucht (ca. zwei Drittel waren zufrieden oder sehr zufrieden) und die Höhe der Dosierung. Es wird darauf hingewiesen, dass sich im Gegensatz zu anderen Studien (zu Buprenorphin und Methadon) in der vorliegenden Studie zeigte, dass jene Personen, die zu Beginn eine höhere Dosierung benötigten, signifikant häufiger die Studie abbrechen. Dies wird auf eine etwaige ausgeprägtere klinische Instabilität der Betroffenen zurückgeführt. Neben der Dosierung werden auch die Dauer der Heroinabhängigkeit und ein geringeres Alter beim Erstkontakt mit Drogen als relevant für einen Behandlungsabbruch beschrieben. Jagsch et al. kommen letztendlich zu dem Schluss, dass sich das Kombinationsprodukt Buprenorphin & Naloxon für die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen im niedergelassenen Setting eignet.

Die in der oben dargestellten Studie veröffentlichten Haltequoten liegen geringfügig unter den im letztjährigen Epidemiologiebericht Drogen (GÖG/ÖBIG 2013d) für einen längeren Zeitraum errechneten Haltequoten. Diese liegen nach 12 Monaten für Personen, die mit Morphin in Retardform behandelt werden, bei 79 Prozent. Bei Personen, die mit Methadon behandelt werden, wurde für diesen Zeitraum eine Haltequote von 59 Prozent errechnet, auf ähnlichem Niveau liegt das Ergebnis für das Kombinationsprodukt Buprenorphin & Naloxon.

Zur Behandlung von Abhängigen in Opioid-Erhaltungstherapie mit **Benzodiazepinen** wird seit 2013 in der *Interdisziplinären Kontakt- und Anlaufstelle* (I.K.A.) in Graz (Steiermark) ein Versuch zur Umsetzung von Behandlungsvereinbarungen zu Benzodiazepinen zwischen Einrichtung und Klientinnen/Klienten durchgeführt (Ederer, p. M.).

---

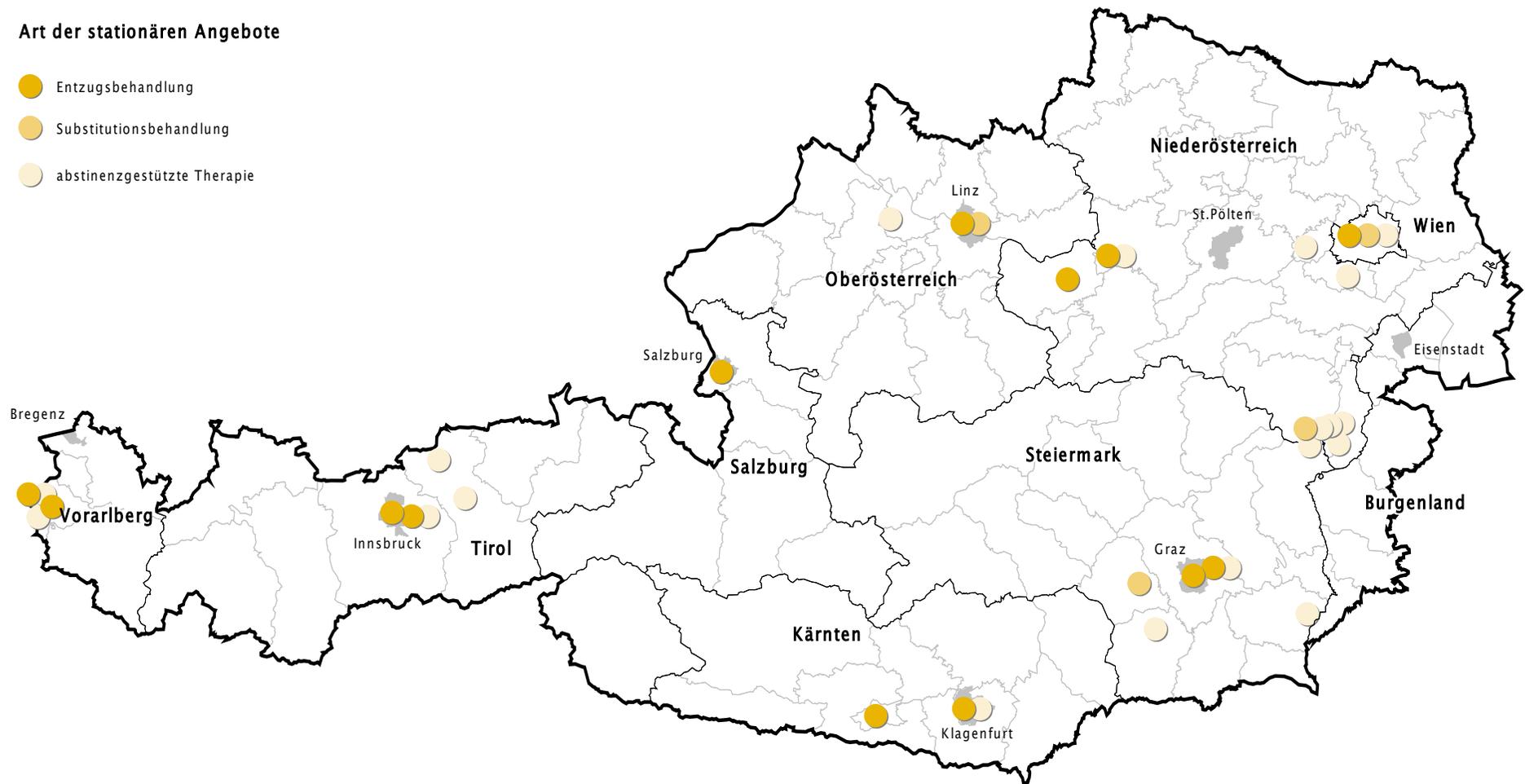
29

Die prospektive, Open-label- und multizentrische Studie wurde an 25 Orten (Arztpraxen, Spezialambulanzen, Justizanstalten) in Österreich durchgeführt. Von April 2008 bis August 2011 wurden 339 Personen in die Studie aufgenommen, aufgrund fehlender Daten wurden für die Analyse 307 Personen herangezogen. Pro Person waren 12 mögliche Erhebungzeitpunkte vorgesehen. Die Klientinnen und Klienten wurden entweder neu eingestellt oder von einem anderen Substitutionsmittel auf Buprenorphin & Naloxon umgestellt.

Auch bei **Organisation und Verfügbarkeit weiterer Suchtbehandlungsangebote sowie von Suchtberatung und Betreuung** gibt es Unterschiede zwischen den Bundesländern, wobei zu berücksichtigen ist, dass die stationäre Suchtbehandlung – zumindest theoretisch – in ganz Österreich in Anspruch genommen werden kann (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Einen Überblick über spezialisierte Einrichtungen des Suchthilfesystems (ausgenommen jener, die ausschließlich auf Alkoholabhängigkeit ausgerichtet sind) geben die Karten 5.3 und 5.4. 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 auch außerhalb Wiens. Eine ähnliche Situation weisen auch andere Bundesländer auf. 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.

Karte 5.3:

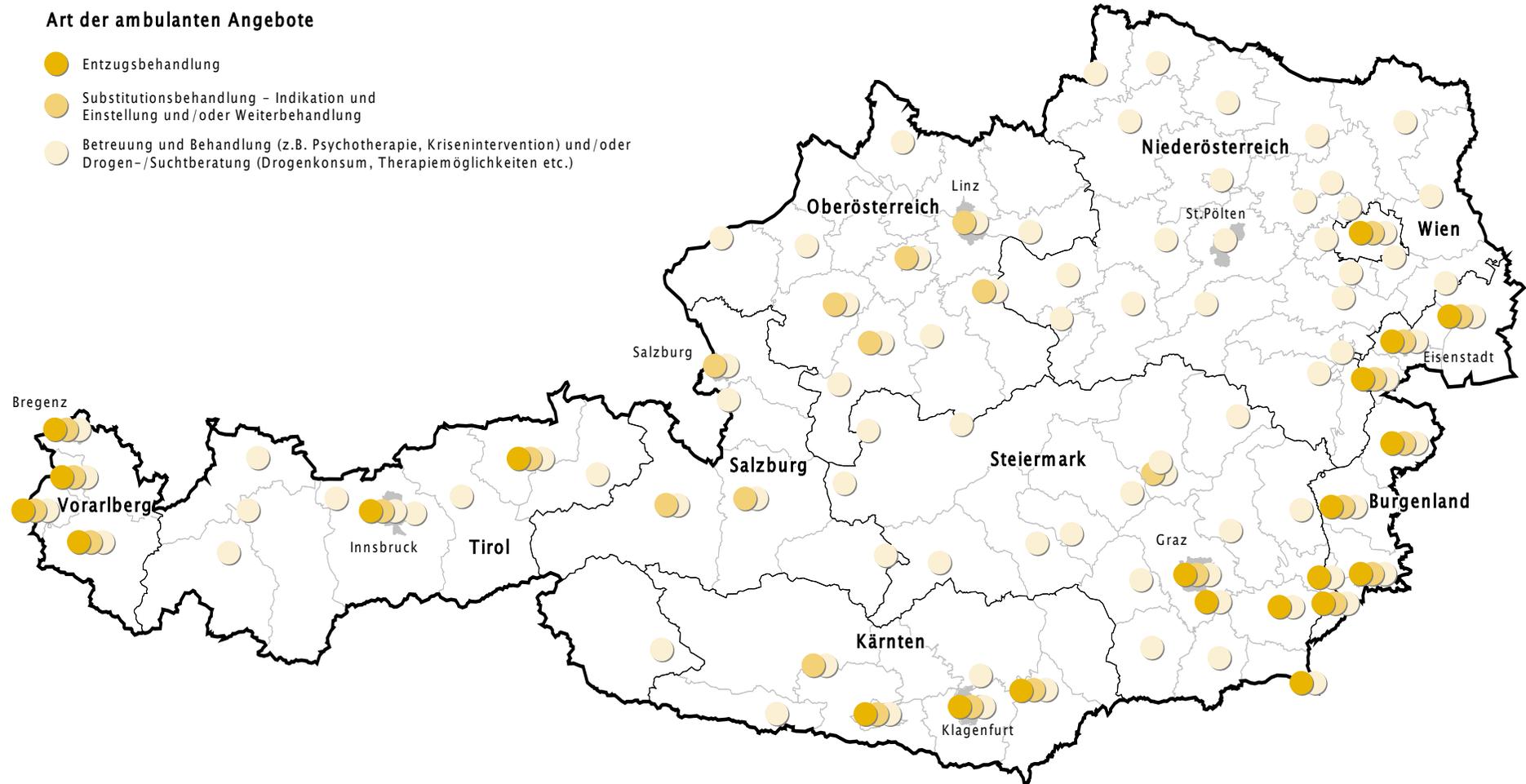
Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2014



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, 2014



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

Die Kapazitäten des österreichischen Suchthilfesystems werden laufend ausgebaut, dennoch berichten Einrichtungen immer wieder von Wartelisten und Wartezeiten. Diese Wartezeiten hängen jedoch von vielen Faktoren (vgl. GÖG/ÖBIG 2012) ab und zeigen zum Teil beträchtliche Schwankungen. Für den Berichtszeitraum wurde von der Therapiestation Lukasfeld (Vorarlberg) berichtet, dass sich der Vollbetrieb der neuen Entgiftungsstation sehr positiv auswirkt: Sowohl die Auslastung als auch die Zahl der regulären Abschlüsse ist im Jahr 2013 angestiegen (Stiftung Maria Ebene 2014).

Eine Herausforderung ist es, eine möglichst genaue Dokumentation für ein Monitoring sicherzustellen und gleichzeitig Anonymität zu ermöglichen. Grundsätzlich besteht in Wien auch nach der Umstellung auf Subjektförderung in jeder Einrichtung die Möglichkeit der Beratung, Behandlung oder Betreuung von Suchtkranken, die ihre Identität nicht offenlegen wollen. Die finanzielle Abgeltung dieser Leistungen erfolgt im Rahmen der Subjektförderung über einen Aufschlagsfaktor bei den indirekten Kosten der personalisierten (d. h. nicht anonymen) Klientinnen und Klienten. Die Dokumentation dieser Leistungen erfolgt über Ad-hoc-Maßnahmen innerhalb des Wiener Dokumentationssystems. Mittel- und langfristige Behandlungen oder Betreuungen von anonymen Suchtkranken werden schwerpunktmäßig in der Einrichtung *jedmayer* der SDW in Anspruch genommen.

Im Berichtszeitraum lag der Fokus eher auf einer **Weiterentwicklung der bestehenden Angebote** als auf der Entwicklung neuer und innovativer Maßnahmen. Jugendliche sind nach wie vor eine wichtige Zielgruppe, die besonderer Aufmerksamkeit und spezifischer Angebote bedarf, auch wenn die vorhandenen Daten auf einen Rückgang der Anzahl junger Opioidabhängiger schließen lassen (vgl. Abschnitt 4.2). Seit März 2014 läuft an der Jugendnotschlafstelle (*JUNO*) in Klagenfurt (Kärnten) ein Pilotprojekt, das sowohl die Früherkennung schwerer psychiatrischer und substanzassoziierter Störungsbilder bei den jugendlichen Klientinnen und Klienten der *JUNO* als auch deren Behandlungsmotivation fördern und damit Folge- und Spätschäden riskanten Substanzkonsums verhindern möchte (Prehslauer, p. M.; vgl. auch Kap. 7).

Bezüglich älterer Suchtkranker kann von den Bemühungen in Wien berichtet werden, die suchtspezifische Versorgung älterer Suchtkranker zu Hause zu gewährleisten (SDW 2014). Um Unklarheiten bezüglich der Zuständigkeit – speziell bei vorzeitig gealterten und multimorbiden Suchtkranken – ausräumen zu können, werden bereichsübergreifende Clearinggespräche zwischen den betroffenen Einrichtungen geführt.

Das Schweizer Haus Hadersdorf (SHH) möchte auf Basis der Ergebnisse einer Masterarbeit (Gegenhuber 2013)<sup>30</sup> ein umfassendes Online-Angebot umsetzen. Gegenhuber kommt zum Schluss, dass bestehende Online-Angebote vor allem sekundärpräventive Ziele verfolgen und sich an jugendliche Drogenkonsumierende richten. Die Befragung zeigte, dass sich die Klientinnen und Klienten des SHH durchaus die aktive Nutzung einer Online-Beratung vorstellen könn-

---

30

Es wurde eine Literatur- und eine Internetrecherche zu bestehenden Online-Angeboten sowie im Zeitraum 10. 2. 2013 bis 15. 5. 2013 eine Befragung von 30 Klientinnen und Klienten des Schweizer Haus Hadersdorf durchgeführt.

ten. Wichtig wäre ihnen in diesem Zusammenhang die Verfügbarkeit rund um die Uhr, die Gewährleistung des Datenschutzes sowie die Professionalität der Beratenden. Gewünscht wird auch Beratungskontinuität, anonyme Beratung sowie die Möglichkeit, einen persönlichen Eindruck der/des Beratenden zu gewinnen. Das vom SHH geplante Online-Beratungsangebot soll sich daher an bestehenden Qualitätsstandards orientieren und mit einer Selbsthilfe-Beratungsplattform verknüpft sein, die von ehemaligen Klientinnen und Klienten unter Anleitung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des SHH geführt wird.

Der Jahresbericht des Vereins Dialog (2014) zeigt, wie wichtig unterschiedliche Angebotsformen sind, um zielgruppenadäquat arbeiten und auf neue Anforderungen reagieren zu können. Dazu gehören z. B. die bereits etablierten offenen Angebote wie *Frauensache* und *Beyond the line* oder das *Jugendlichenteam der Integrativen Suchtberatung Gudrunstraße* (inklusive nachgehender Arbeit), aber auch die (neuen) Projekte zur Hepatitisbehandlung (vgl. Kap. 7) oder die seit Oktober 2013 bestehende *Psychotherapiegruppe der Integrativen Suchtberatung Wassermann-gasse*. Letztere richtet sich an sozial integrierte Personen mit hoher Reflexionsbereitschaft, die das Angebot als Ergänzung zur Einzelbetreuung oder im Anschluss an Gruppenangebote von Entzugs- und Therapiestationen in Anspruch nehmen. Die Psychotherapiegruppe ist in drei Trimester strukturiert, nach denen jeweils ein Ein- bzw. Ausstieg möglich ist, und bildet einen geschützten Rahmen für den Austausch untereinander. Die Gruppe ist gemischt – sowohl hinsichtlich des Alters oder sozialer Faktoren als auch des Substanzkonsums.

Da verschiedene Berichte und die Daten aus den Suchthilfeeinrichtungen auf eine Zunahme des Konsums von Methamphetamin zumindest in Oberösterreich schließen lassen (vgl. Abschnitte 4.3, 5.3 und 9.2), stellt sich die Frage, ob dies nicht auch zu spezifischen Anpassungen der Konzepte in der Suchthilfe führen sollte. Die meisten Suchthilfeeinrichtungen – ausgenommen Spezialeinrichtungen für Alkoholabhängige – stehen grundsätzlich für Konsumierende aller psychoaktiven Substanzen offen. Für Methamphetamin-Konsumierende scheint ein niederschwelligerer, flexiblerer und unkomplizierterer Zugang zu den Angeboten notwendig zu sein (Institut Suchtprävention 2013). Zu erinnern ist hier an die Situation vor ein paar Jahren in Graz, als aufgrund eines teilweise massiven Konsums von Mephedron v. a. niederschwellige Einrichtungen ihre Arbeitsweise angepasst haben, um die Betroffenen betreuen zu können (vgl. GÖG/ÖBIG 2011).

Hinsichtlich **Qualitätssicherungsmaßnahmen** kann von einer Wiener Arbeitsgruppe zum Thema „Mutter und Kind“ berichtet werden, die Qualitätsstandards für die Zusammenarbeit bei der Aufnahme von Müttern in Substitutionsbehandlung und deren Kindern im AKH (Station 4A) erarbeitet und dadurch eine gute Betreuung während des stationären Aufenthalts und danach gewährleisten soll (SDW 2014). Von der bundesländerübergreifenden Arbeitsgruppe *ANS-Ost* (Burgenland, Niederösterreich, Wien) wird derzeit auf Basis der neuen Leitlinien für die Arbeit mit Angehörigen, die auf der diesjährigen Fachtagung vorgestellt wurden, ein Curriculum für Fachleute aus dem Suchtbereich und anderen Beratungsbereichen erarbeitet (Hörhan, p. M.).

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. Dazu gehören z. B. jährliche Ver-

anstaltungen wie das „Substitutionsforum“ in Mondsee (April 2014), das „Symposium zur Suchterkrankung“ in Grundlsee (März 2014), die Jahrestagung des *Anton Proksch Instituts* zu „Therapiezielen im Wandel“ (Januar 2014) oder die 7. Tiroler Suchttagung in Innsbruck (Juni 2014)<sup>31</sup>.

## 5.3 Zugang zum Behandlungssystem

### 5.3.1 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Betreuungsjahrgang 2013 sind zum achten Mal Daten des österreichweiten „Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI verfügbar (vgl. auch Tabelle A25 bis Tabelle A30). Gemäß TDI Protocol 3.0 der EBDD<sup>32</sup> wird ab heuer die erste Behandlungssequenz im Betreuungsjahr für die Auswertung herangezogen, bislang war es immer die letzte Behandlungssequenz. Dies führt zu Veränderungen in der Zeitreihe und erschwert Vergleiche mit den Vorjahren.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 2.976 Personen vor, die im Jahr 2013 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben<sup>33</sup>. 1.549 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 655 Personen begonnen, bei 237 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 1.908 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 4.684 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben.

---

31

Mehr unter <http://www.kontaktco.at/suchttagung/> (23. 6. 2014).

32

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/tdi-protocol-3.0>.

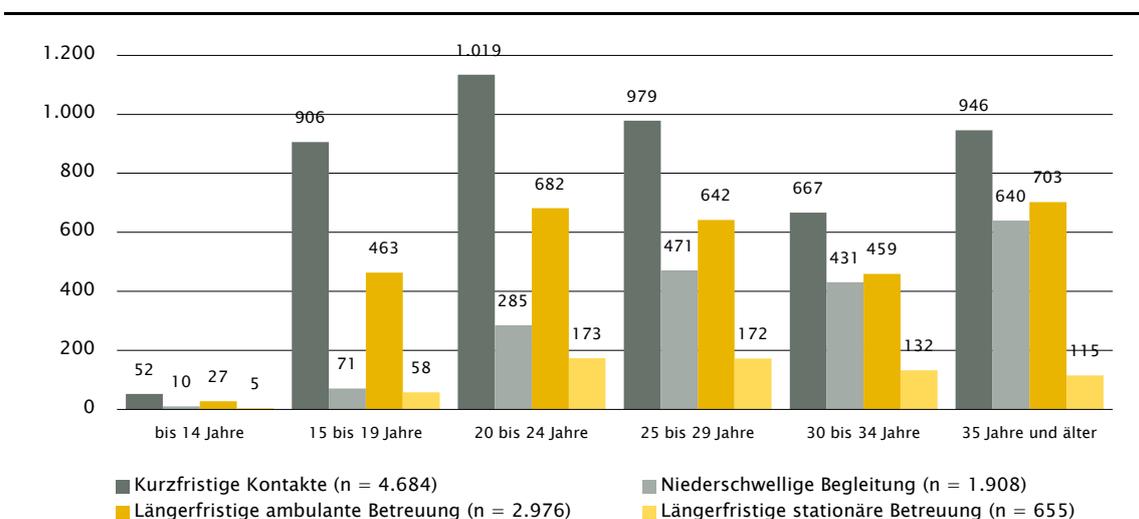
33

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 2013 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 von 2011 zu entnehmen, da in diesem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ausfällt.

17 Prozent der längerfristig ambulant und 9 Prozent der stationär betreuten Personen sind unter 20 Jahre alt (niederschwellige Begleitung: 5 %, kurzfristige Kontakte: 20 %). Zwischen 40 (niederschwellige Begleitung) und 52 Prozent (langfristige stationäre Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abbildung 5.8, Tabelle A25).

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen zwischen 19 und 26 Prozent.

Abbildung 5.8:  
Anzahl der Personen, die 2013 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



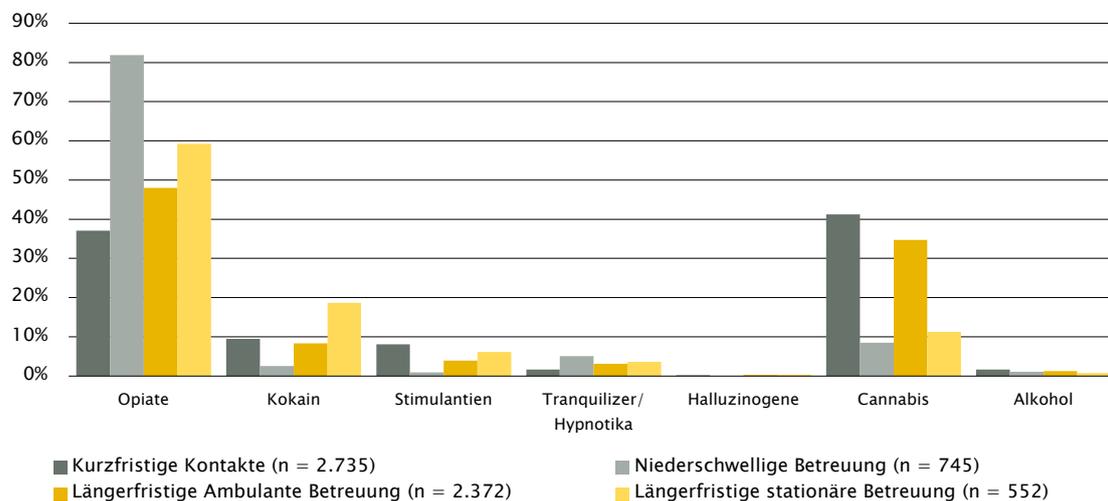
Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge<sup>34</sup>. Kokain als Leitdroge hat nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.9 und Tabelle A29). 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).

34

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 2013d).

Abbildung 5.9:  
Leitdroge(n) der Personen, die 2013 in Österreich eine drogenspezifische Betreuung  
begonnen haben, nach Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DOKLI-Auswertung; Betreuungsjahr 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Anteil von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 8 und 41 Prozent. Dies ist allerdings zum Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Anteil von Personen mit behördlicher Therapieauflage in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist (siehe auch GÖG/ÖBIG 2013d).

Aufgrund von Hinweisen aus anderen Quellen des Drogenmonitorings (vgl. Abschnitte 4.3, 9.2 und Tabelle A14) wurden die DOKLI-Daten einer vertiefenden Analyse hinsichtlich des behandlungsrelevanten Konsums von Stimulantien (ohne Kokain, MDMA und Amphetamin) unterzogen. Zu diesem Zweck wurden alle Angaben in den Drogenkategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ herangezogen. Methamphetamin, andere Stimulantien (ohne Spezifizierung) und Mephedron sind die häufigsten Nennungen hinsichtlich Stimulantien in den oben angeführten Drogenkategorien (vgl. Tabelle A32).

Tabelle 5.2:

Ausgewählte Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen, 2013

Bundesland	Methamphetamin			Mephedron			andere Stimulantien ohne Spezifizierung**		
	LD*	BD*	SU*	LD*	BD*	SU*	LD*	BD*	SU*
Burgenland	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Kärnten	0	11	11	16	78	94	2	3	5
Niederösterreich	2	3	5	6	1	7	1	4	5
Oberösterreich	40	36	76	0	2	2	5	23	28
Salzburg	3	0	3	0	1	1	0	5	5
Steiermark	2	6	8	11	22	33	14	9	23
Tirol	1	6	7	2	12	14	1	4	5
Vorarlberg	1	3	4	0	1	1	0	0	0
Wien	0	13	13	1	21	22	25	157	182

Anmerkung:

\* LD = Leitdroge, BD = Begleitdroge, SU = Summe aus Leit- und Begleitdroge

\*\* Mit anderen Stimulantien ohne Spezifizierung ist gemeint, dass zwar die Kategorie „andere Stimulantien“ angekreuzt wurde, jedoch keine Angabe zur Art des Stimulantiums gemacht wurde. Andere Stimulantien exkludieren Kokain, Crack, Amphetamin und MDMA.

Mehrfachnennungen möglich.

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Aus Tabelle 5.2 ist ersichtlich, dass Methamphetamin als Leit- und Begleitdroge fast ausschließlich in Oberösterreich eine gewisse Rolle spielt. Insgesamt geben 76 Personen in Oberösterreich (9 % aller in Oberösterreich Betreuten) Methamphetamin als Leit- oder Begleitdroge an. Mephedron geben in Kärnten 7 Prozent und in der Steiermark 3 Prozent der DOKLI-Klientinnen und -Klienten als Leit- oder Begleitdroge an. Diese Ergebnisse deuten auf lokale Szenen hinsichtlich der beiden Drogen hin. Insbesondere die Methamphetaminszene in Oberösterreich lässt sich auch in anderen Datenquellen des Drogenmonitorings belegen und dürfte mehr als hundert Personen umfassen (vgl. Abschnitte 4.3, 9.2 und Tabelle A14). Auch in Wien geben 7 Prozent andere Stimulantien als Leit- oder Begleitdroge an, es kann aber nicht spezifiziert werden, um welche es sich handelt.

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 2014“ (Busch et al. in Vorbereitung) wird unter Berücksichtigung von Überschneidungen von pseudonymisiertem Substitutionsregister und DOKLI, von Doppelzählungen in DOKLI und der Coverage von DOKLI hochgerechnet, dass sich 2013 insgesamt etwa 22.000 Personen in drogenspezifischer Betreuung befanden. Bei 85 Prozent dieser Klientinnen und Klienten liegt eine (polytoxikomane) Drogenproblematik mit Beteiligung von Opioiden vor (vgl. Abbildung 5.10; Busch et al. in Vorbereitung).

Abbildung 5.10:

Verteilung verschiedener Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung in Österreich (Schätzung), 2013



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2013, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

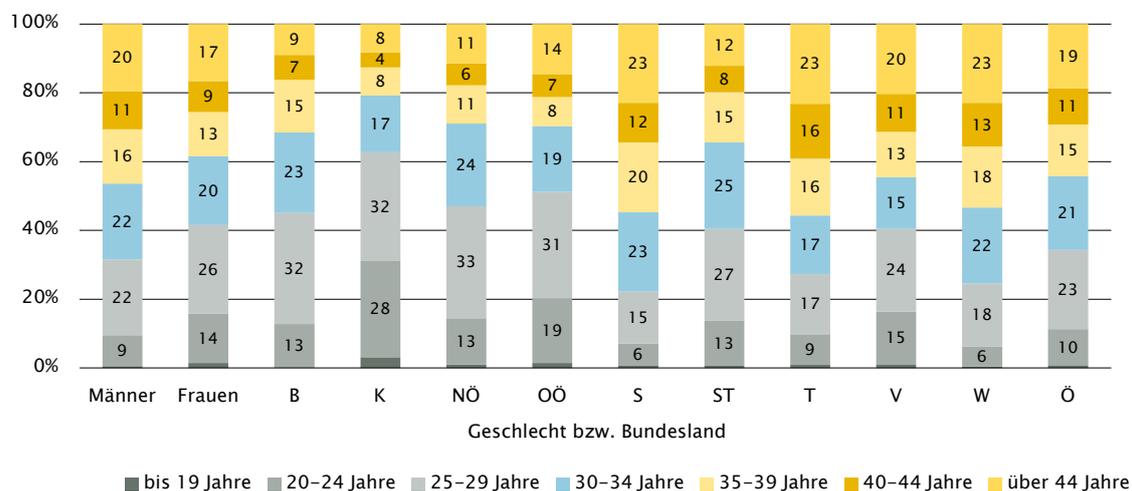
Etwa 20 Prozent der Klientinnen und Klienten in stationärer bzw. 32 Prozent in längerfristiger ambulanter Betreuung sind zu Beginn in Substitutionsbehandlung (Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst). Im niederschweligen Bereich beträgt der entsprechende Anteil 87 Prozent.

Bereits einmal intravenös Drogen konsumiert haben im ambulanten Bereich 37 Prozent und im stationären Bereich 50 Prozent der in DOKLI dokumentierten Klientel. Der Anteil von Personen mit intravenösen Konsumerfahrungen ist über die Jahre leicht rückläufig und bei Personen, die erstmals im Leben eine längerfristige drogenspezifische Betreuung in Anspruch nehmen, deutlich geringer (vgl. Busch et al. in Vorbereitung). Die große Bedeutung des Sniffens beim Heroin- bzw. Opiatkonsum bestätigt sich auch bei den DOKLI-Daten 2013 (vgl. Busch und Eggerth 2010 bzw. GÖG/ÖBIG 2008a).

Von den 16.989 insgesamt im Jahr 2013 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 73 Prozent männlich und 27 Prozent weiblich. Die Verteilung nach Geschlecht bei den 1.061 im Jahr 2013 erstmals in Substitutionsbehandlung Gemeldeten ist ähnlich (76 % Männer, 24 % Frauen).

Abbildung 5.11:

Altersstruktur der in Österreich in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland in Prozent, 2013



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Abbildung 5.11 zeigt die Altersstruktur der 2013 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind 11 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt. 23 Prozent liegen in der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre, 36 Prozent befinden sich im Alter von 30 bis 39 Jahren, und 30 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen. Während beispielsweise in Kärnten 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. Abschnitt 5.3.1). Eine weit zurückreichende Zeitreihe liegt bezüglich des Monitorings der Substitutionsbehandlungen vor (vgl. auch ST TDI und ST24)<sup>35</sup>.

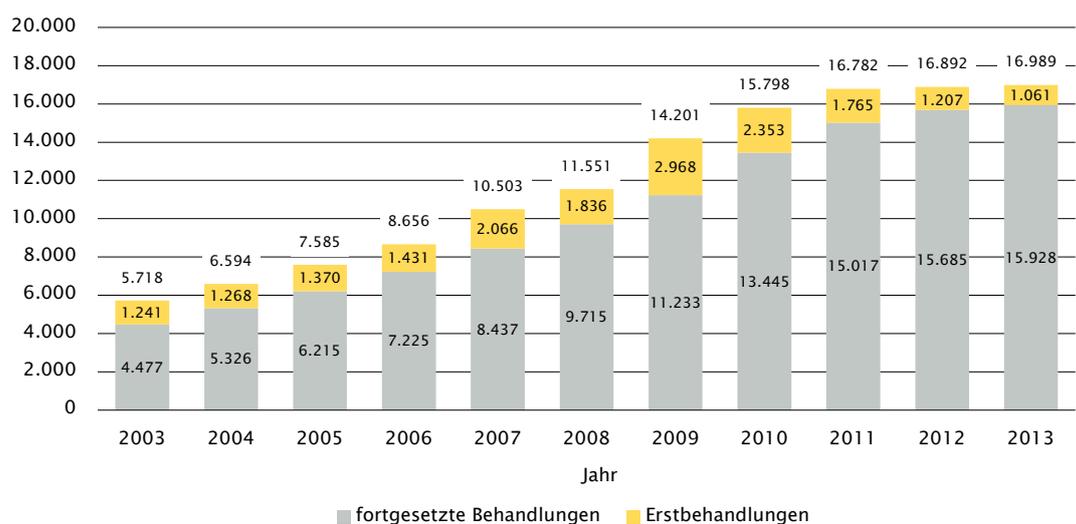
35

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 2010b). 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“-

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abbildung 5.12). Das Abflachen des Anstiegs der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen dürfte durch einen Sättigungseffekt zu erklären sein (es ist bereits der Großteil der Personen, für den diese Behandlung in Frage kommt, in Substitutionsbehandlung). 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 und in den letzten Jahren leicht rückläufig ist, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht (vgl. Abbildung 5.13). Insgesamt werden von den geschätzten 28.000 bis 29.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 59 und 61 Prozent durch Substitutionsbehandlung erreicht bzw. zwischen 66 und 68 Prozent durch drogenspezifische Behandlung (Busch et al. in Vorbereitung). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.12:

Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2003–2013



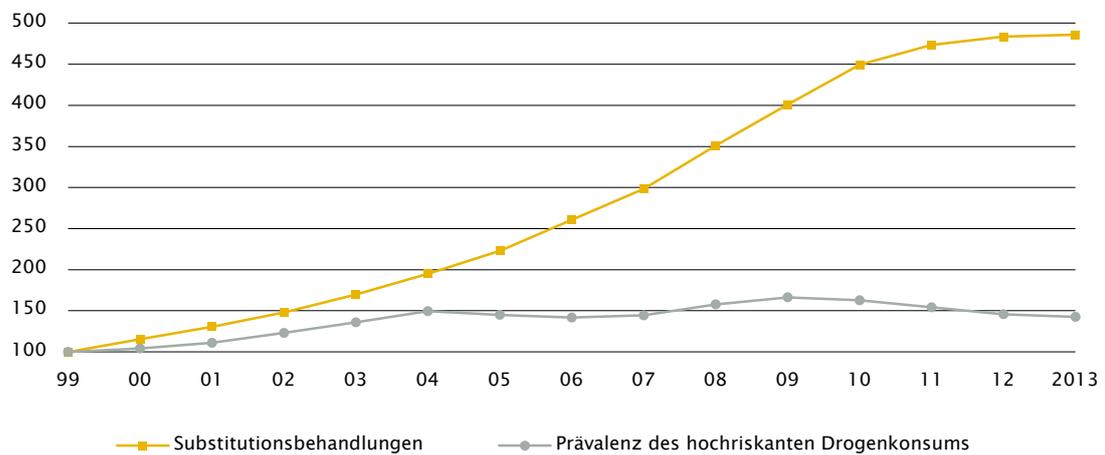
Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlung** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Fehlers; vgl. GÖG/ÖBIG 2013d). 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 2011). 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 5.13:

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



Quellen: Prävalenzschätzungen 2014, GÖG/ÖBIG 2013d, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eine Aufschlüsselung der Personen in Substitutionsbehandlung nach Alter, Geschlecht und Region findet sich in Punkt 5.3.1, eine Darstellung der gemeldeten Behandlungen nach Bundesland in Tabelle A24.

# 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 2009b) 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. Es wird davon ausgegangen, dass in der Kohorte etwa zwei Drittel aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen erfasst werden (AHIVCOS 2014).

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 und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die beiden wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI und die im Rahmen des freiwilligen Testangebots der Wiener niederschweligen Einrichtung *ambulatorium suchthilfe wien* erfassten Daten dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist (z. B. wird sich eine Person, die bereits über eine HIV-Infektion Bescheid weiß, nicht erneut testen lassen). Dieser Bias liegt zwar bei den 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 Daten und Berichte aus dem Behandlungsbereich.

Seit 1989 werden in Österreich vom BMG Daten zu drogenbezogenen Todesfällen gesammelt. Bei direkt drogenbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Drogenkonsum 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 (2013: 0 % bis 11 %; vgl. Tabelle 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. 2012: 5 % bis 12 %; vgl. GÖG/ÖBIG 2013c). Abbildung 6.1 zeigt, dass die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie<sup>36</sup> 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 und 2013 stark gesunken.

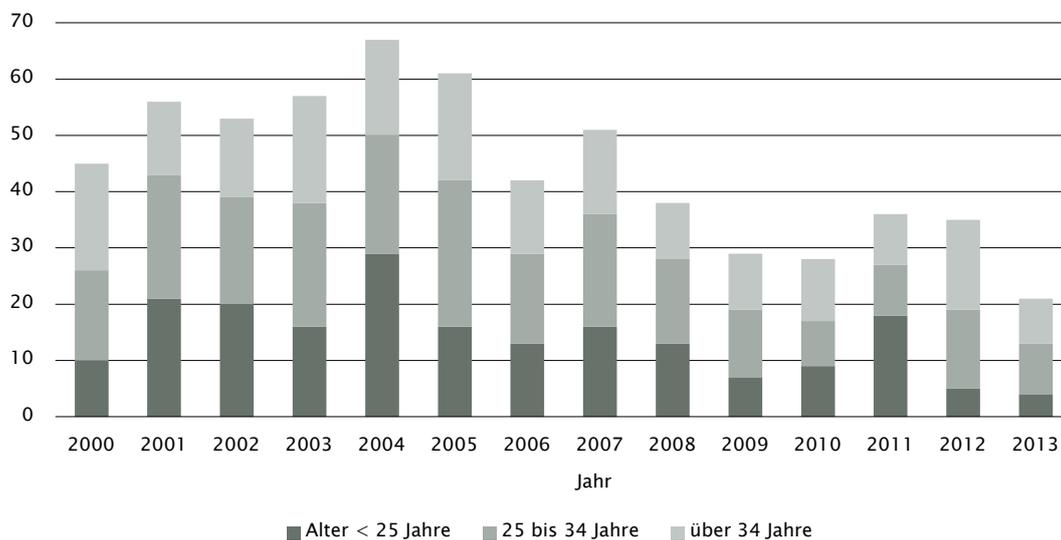
---

36

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. 2014 wurden insgesamt 7.919 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass etwa 85 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und etwa die Hälfte aller diagnostizierten HIV-positiven Personen ohne antiretrovirale Therapie in der Kohorte erfasst sind. Bei einer Schätzung von etwa 2.000 undiagnostizierten HIV-positiven Personen sind in der Kohorte somit etwa zwei Drittel aller HIV-positiven Personen in Österreich erfasst. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2014).

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



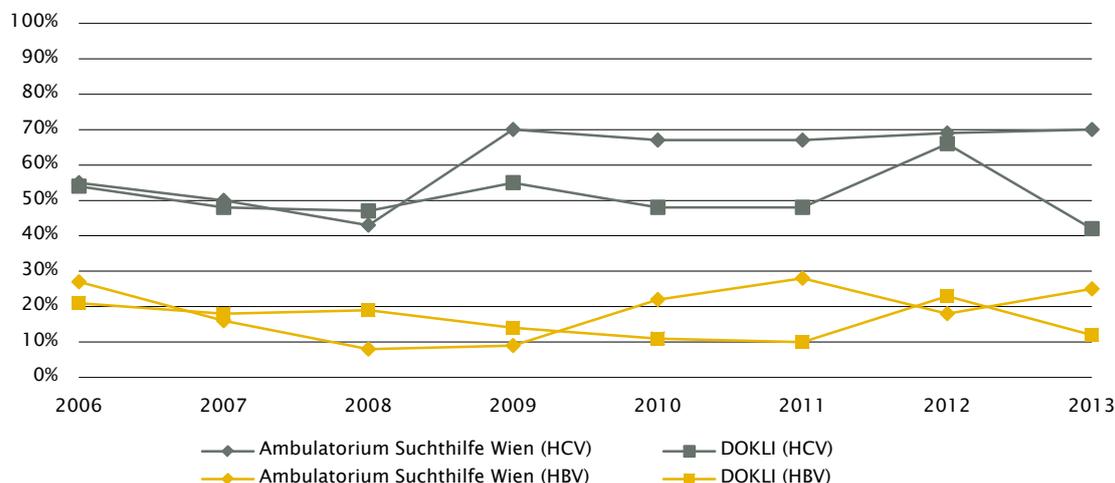
Quellen: AHIVCOS 2014 und Zangerle, p. M.; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Die Prävalenzrate für Hepatitis B streut in den verfügbaren Datenquellen im Berichtsjahr von 5 Prozent bis 25 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 über 50 Prozent eingependelt. 2012 lag sie bei 20 bis 69 Prozent und 2013 bei 13 bis 70 Prozent. 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).

Abbildung 6.2:

HCV- und HBV-Infektionsraten in DOKLI und *ambulatorium suchthilfe wien* (vormals Daten *ganslwirt*), 2006–2013



Anmerkung: Legende zu den Datenquellen siehe Tabelle 6.1

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

Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (z. B. Marienambulanz: 65 %, *ambulatorium suchthilfe wien*: 61 %).

Tabelle 6.1:

Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogen Konsumierenden in Österreich, 2013

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
<i>Therapiestation Lukasfeld</i>	5 % (5/100) <sup>1</sup>	67 % (67/100)	1 % (1/100)
<i>ambulatorium suchthilfe wien</i>	25 % (34/139) <sup>2</sup>	70 % (119/171)	1 % (1/145)
<i>Caritas Marienambulanz</i>	8 % (8/85) <sup>3</sup>	67 % (57/85)	0 % (0/85)
DOKLI	12 % (5/43)	42 % (19/45)	0 % (0/44)
Drogenbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2013	nicht erfasst	13 % (15/119) <sup>4</sup> 31 % (15/48) <sup>4</sup>	4 % (5/119) <sup>4</sup> 11 % (5/47) <sup>4</sup>

- 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 47 bzw. 48 von 119 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

Die Meldungen der kontinuierlichen nationalen Statistik der Aids-Erkrankungsfälle zeigen, dass i. v. Konsum mit 10 Nennungen (29 %) als Risikosituation an zweiter Stelle nach heterosexuellen Kontakten (n = 14) liegt (homosexuelle Kontakte n = 9) (BMG 2014; vgl. Tabelle A8).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich der Tuberkulose (Tbc) vor. Von 108 Tbc-Angaben im DOKLI-Datensatz (vgl. Abschnitt 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-Impfquote basiert auf den Daten von 327 Personen. Auch die diesjährigen Daten bestätigen die geringe Durchimpfungsrate bei Tbc (1 %; Busch et al. in Vorbereitung).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 435 Personen, zum Hepatitis-B-Impfstatus von 433 Personen vor. Die **Durchimpfungsrate** von 25 Prozent bei Hepatitis A bzw. von 26 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 (Busch et al. in Vorbereitung)<sup>37</sup>. 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

Die Statistik der Themen, die in den Beratungsgesprächen des *ambulatoriums suchthilfe wien* angesprochen werden, zeigt, dass bei 28 Prozent der 6.672 Gespräche psychische Gesundheitsprobleme und bei 29 Prozent physische Probleme thematisiert werden (SHW 2014b; vgl. Kap. 9). Bei *streetwork* in Wien wurde die psychische bzw. physische Gesundheit in jeweils etwa einem Drittel der durchgeführten Beratungs- und Betreuungsgespräche thematisiert (SHW 2014c).

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 Drogenkonsumierenden (Busch et al. in Vorbereitung).

---

37

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

Bei den meisten indirekt drogenbezogenen Todesfällen<sup>38</sup> erlagen die Opfer (52 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose (größtenteils bedingt durch Hepatitis C) oder Krebs. Eine Person verstarb an Aids. Von weiteren 14 sind andere Gründe bekannt (z. B. Suizid oder Unfälle).

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.

## 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 von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS).

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 2013 auf Basis von Obduktionsbefunden 122 tödliche Überdosierungen verifiziert. Weitere 16 – allerdings nicht obduzierte – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)<sup>39</sup>. In Summe wird daher für das Jahr 2013 von 138 auf eine Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen ausgegangen. Es zeigt sich ein Rückgang der drogenbezogenen Todesfälle in den letzten Jahren (vgl. Abbildung 6.3). Die Zahlen nach Bundesländern und Altersgruppen finden sich in Tabelle A3 bis Tabelle A7.

---

38

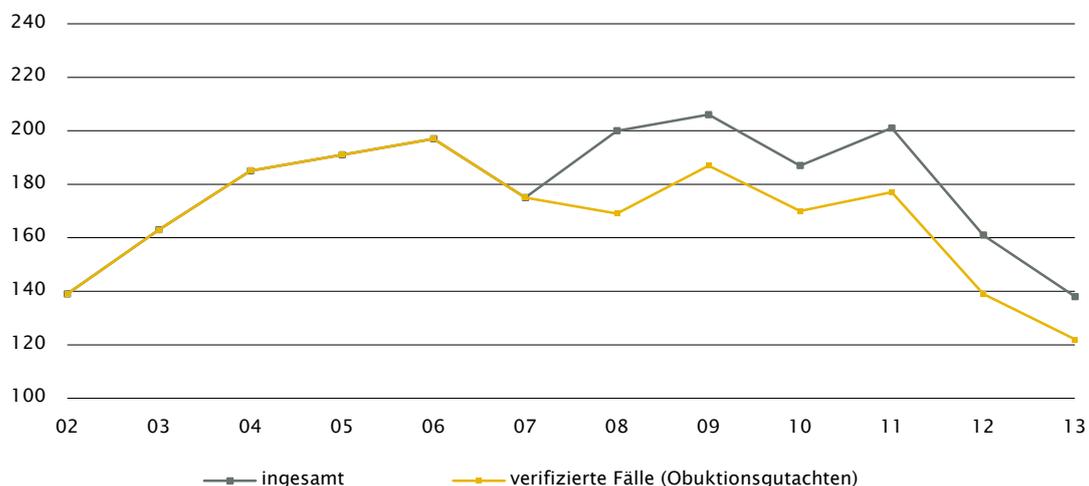
Bei indirekt drogenbezogenen Todesfällen ist die Todesursache nicht eine akute Intoxikation mit Beteiligung einer Droge. Aufgrund einer drogenbezogenen Vorgeschichte ist aber eine Beziehung zwischen Tod und Drogenkonsum denkbar. Da eine Klassifizierung nur möglich ist, wenn ein entsprechender Verdacht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

39

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).

Abbildung 6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich: mit Obduktionsgutachten verifiziert und insgesamt, 2002–2013



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

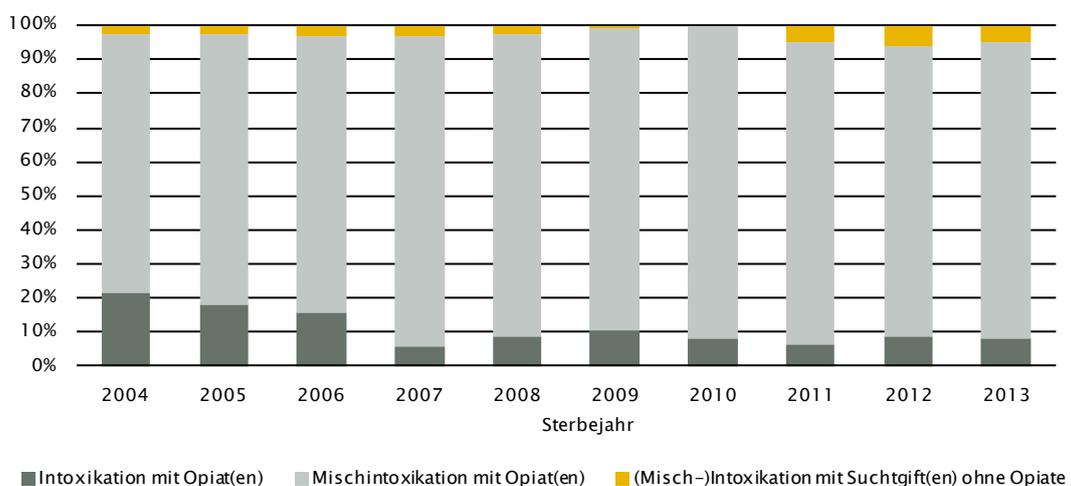
Bei 13 Prozent der drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie wurden ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich nachgewiesen wurden bei 61 Prozent der Fälle auch Psychopharmaka, bei 6 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 20 Prozent beides (Alkohol und Psychopharmaka). Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (vgl. Abbildung 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 von Heroinkonsum festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn 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 acht 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 78 Fällen mit Beteili-

gung von Morphin lediglich sieben auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

2013 verstarb keine Person an NPS ohne Beteiligung von Suchtgiften. In drei Fällen wurden NPS (GBL bzw. MDPV, 4-Fluoramphetamin) in Kombination mit Suchtgiften (Methamphetamin, Morphin) im Blut festgestellt.

Abbildung 6.4:  
Prozentanteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2004–2013



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

Der gruppierte Median<sup>40</sup> des Sterbealters betrug im Jahre 2013 29<sup>41</sup> Jahre. Somit liegt der Median im Schwankungsbereich der Jahre zuvor (2010: 29; 2011: 30; 2012: 30). Der Anteil der Gruppe der Personen unter zwanzig Jahren liegt mit 5 Prozent<sup>42</sup> leicht unter dem Anteil in den letzten zehn Jahren (2010: 7 %; 2011: 13 %; 2012: 7 %; vgl. Abbildung 6.5 und Tabelle A5 im Anhang). Der Anteil der Frauen an den direkt an den Folgen von Drogenkonsum verstorbenen

40

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

41

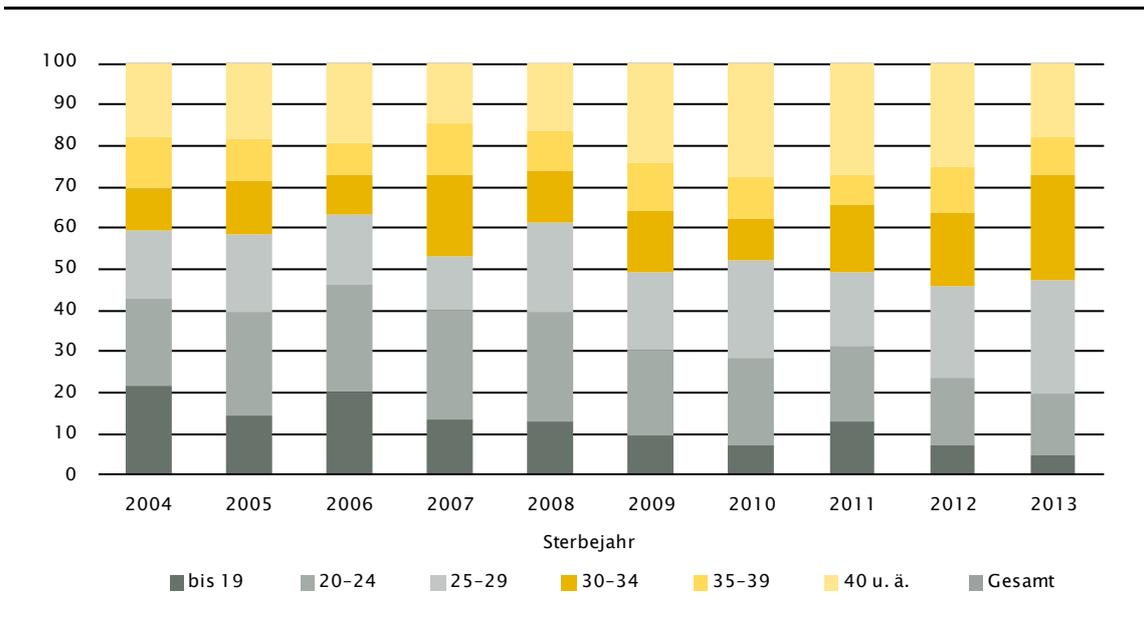
Der Median beträgt 30 Jahre bei Berücksichtigung der nicht obduzierten drogenbezogenen Todesfälle.

42

Der Anteil beträgt 4 Prozent bei Berücksichtigung der nicht obduzierten drogenbezogenen Todesfälle.

Personen entspricht mit 20 Prozent der verifizierten direkten drogenbezogenen Todesfälle<sup>43</sup> dem langjährigen Durchschnitt.

Abbildung 6.5:  
Altersverteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich,  
in Prozent, 2004-2013



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

<sup>43</sup> Der Anteil beträgt 18 Prozent bei Berücksichtigung der nicht obduzierten drogenbezogenen Todesfälle.

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

## 7.2 Prävention von drogenbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen

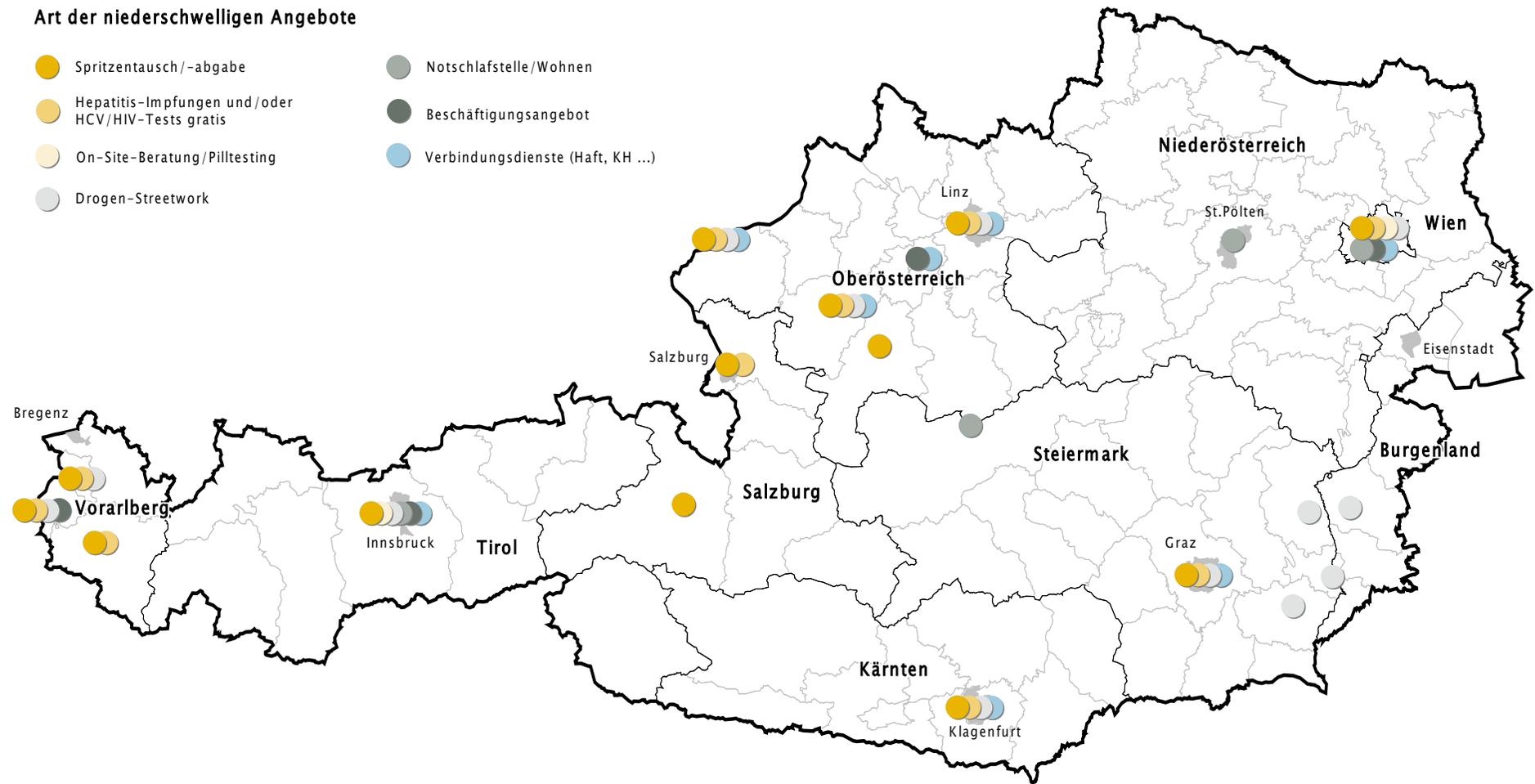
Auf Bundesebene stellen Maßnahmen zur Reduzierung von drogenbezogenen Todesfällen und zur Schadensminimierung nach wie vor ein wichtiges Thema dar und werden auch in die nationale Suchtstrategie (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c) einfließen.

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 2014g). Spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Konsumierende bzw. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in niederschweligen Einrichtungen weiterhin angeboten (vgl. SQ23/29). Zu drogenindizierten Notfallaufnahmen in Krankenhäusern liegen österreichweit keine Daten vor.

Naloxon ist in Österreich verschreibungspflichtig, und die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärzte, bzw. gehört es zur Standardausrüstung von Notärzten bzw. Rettungswägen. Es wird jedoch nicht direkt an Drogenkonsumierende im Sinne einer Notfallsprophylaxe bei Überdosierungen abgegeben. Der Einsatz von Naloxon im niederschweligen Bereich der Drogenhilfe war Inhalt einer REITOX Academy, die im Dezember 2013 von der Gesundheit Österreich GmbH veranstaltet wurde. Basierend auf einem Impulsreferat zum Dänischen Naloxon-Projekt und

Karte 7.1:

Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2014



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

einer umfassenden GÖG-Übersichtsarbeit (vgl. GÖG/ÖBIG 2013b) diskutierten vorwiegend Mediziner/innen und Sozialarbeiter/innen aus der niederschweligen Drogenhilfe zusammen mit Vertreterinnen und Vertretern des BMG bzw. einiger Bundesländer über diesen Ansatz zur Reduktion von drogenbezogenen Todesfällen.

Eine Studie zur Buprenorphin- und Naloxon-Abgabe im Kontext der Substitutions-Behandlung (vgl. Abschnitt 5.2) kommt zu dem Schluss, dass diese Kombination vor allem im niederschweligen Setting einen Beitrag zur Behandlungssicherheit bietet. In einem offenen Behandlungssetting ist die Wahrscheinlichkeit einer intravenösen Anwendung erhöht, eine Überdosierung kann durch die Naloxon-Beigabe verhindert werden (Jagsch et al. 2013).

Drug Checking, wie von *checkit!* in Wien angeboten, ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting**. 2013 wurden insgesamt 1.022 Proben analysiert. Der Anteil an Proben, vor denen wegen besonders bedenklicher Inhaltsstoffe bzw. Substanzkombinationen gewarnt werden musste, lag bei 19 Prozent. Im Rahmen des EU-Projekts NEWIP arbeitete *checkit!* zusammen mit anderen europäischen Party-Projekten an der Erstellung einer umfassenden Datenbank der Analyseergebnisse<sup>44</sup> (vgl. Abschnitt 10.4; SHW 2014d). *MDA basecamp* startete in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck und gefördert vom Land Tirol im Januar 2014 ein Pilotprojekt. Neben den Beratungsständen auf Veranstaltungen (2013: 21 Veranstaltungen mit insgesamt 2.876 Kontakten) gibt es nun auch die Möglichkeit eines stationären Drug Checkings (MDA basecamp 2014). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse an das *Österreichische Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum*.

**Drogenkonsumräume** werden in Österreich weiterhin auf fachlicher Ebene diskutiert. In einer von der Europäischen Kommission beauftragten Studie zu schadenminimierenden Maßnahmen in der Drogenhilfe werden Konsumräume als relevante Maßnahme empfohlen (vgl. GÖG/ÖBIG 2013a).

### 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 (vgl. Caritas Diözese Graz-Seckau 2014b; SHW 2014b). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern die Möglichkeit, Spritzen-sets an Automaten zu kaufen. Die Sets enthalten zusätzlich Injektionszubehör wie z. B. Tupfer, aber auch Informationen zu Safer Use (vgl. Abbildung 7.1, Abbildung 7.2, Tabelle A31).

---

44

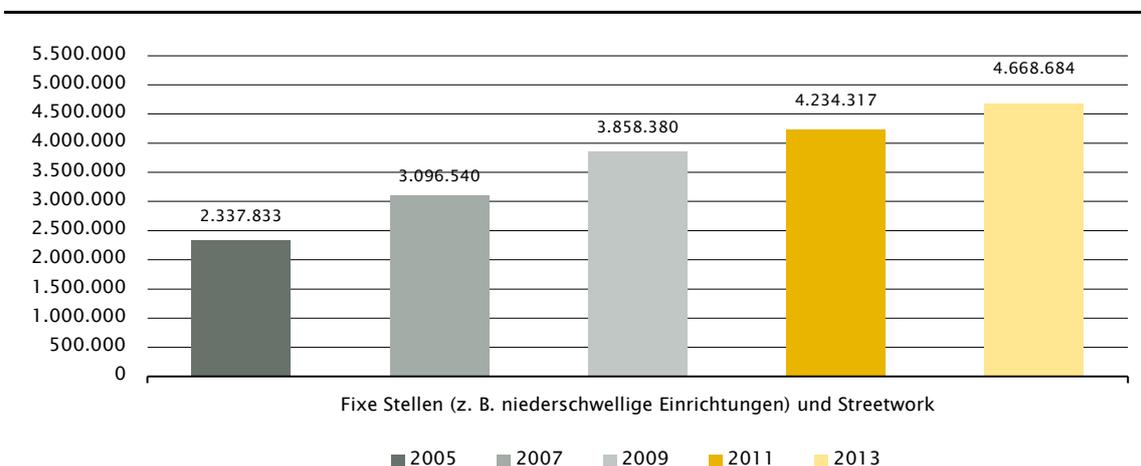
<http://www.safernightlife.org/newip-news> (3.7.2014)

Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzenaustausch und -verkauf ist es in Österreich möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken zu erwerben.

In den Bundesländern ist die Gesamtzahl der abgegebenen bzw. verkauften Spritzen weiter angestiegen. 2013 wurden österreichweit insgesamt 4.762.999 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben (2012: 4.625.121). Geht man österreichweit von 11.000 bis 15.000 Personen mit intravenösem Substanzkonsum aus, kommt man pro i. v. konsumierender Person auf ca. 360 sterilen Spritzen/Jahr, die im Rahmen der Spritzenaustauschangebote zur Verfügung gestellt werden. Österreich liegt damit im europäischen Spitzenfeld und erfüllt auch die Zieldefinition der WHO-Kriterien in hohem Maße<sup>45</sup> (vgl. GÖG/ÖBIG 2013a). Die Anzahl der fixen Einrichtungen, die Spritzenaustausch bzw. -verkauf anbieten, hat sich nicht verändert. In Kärnten gibt es ein Streetwork-Angebot weniger, und in Oberösterreich wurde im Berichtsjahr ein zusätzlicher Spritzenautomat aufgestellt (vgl. Tabelle A31; ST10).

In Wien gab es 2013 im Zuge des Spritzenaustauschprogramms 210.021 Kontakte mit Klientinnen und Klienten. Dieser Wert bedeutet zwar einen Anstieg zu den beiden Jahren davor, liegt aber dennoch unter den Werten der Jahre 2007 bis 2009 mit 245.000 bis 279.000 Kontakten. Leicht gestiegen ist auch die Anzahl der getauschten Spritzen im Berichtszeitraum (2012: 2.924.487; 2013: 2.940.457) (vgl. SHW 2014a; Tabelle A31). *streetwork* am Stützpunkt Karlsplatz bietet ausschließlich die Abgabe von Notfallspritzensets an. 2013 waren dies im Tagesschnitt 24 Sets (2012: 54) und im Rahmen der Straßensozialarbeit im Tagesschnitt 13 Sets (2012: 10) (SHW 2014a, SHW 2014c).

Abbildung 7.1:  
Anzahl der getauschten und verkauften Spritzen in Österreich: fixe Stellen und Streetwork



Quelle: Standard Table 10; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

45

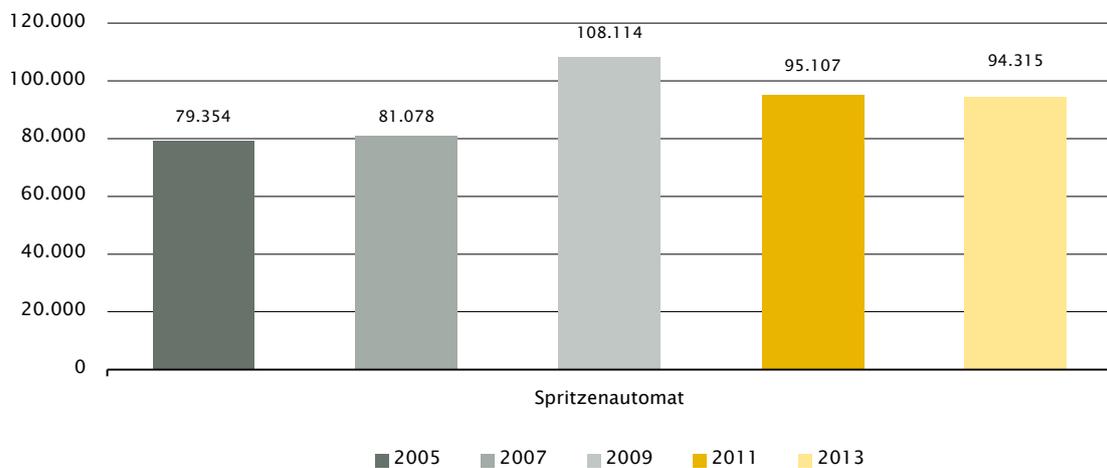
Niedrig= ≤100 pro IDU/Jahr; Mittel= >100–≤200; Hoch= >200; Die Zahlen beziehen sich auf die Prävention einer HIV-Ansteckung. Zur Prävention von HCV wird von einer höheren Anzahl von Spritzen/IDU/Jahr ausgegangen.

Abbildung 7.1 zeigt, dass die Zahlen vor allem beim Spritzentausch und -verkauf in niederschweligen Einrichtungen inklusive Streetwork-Angebote steigen. 2013 wurden im Rahmen dieser Angebote 4.668.684 Spritzen abgegeben. Die Zahl der gekauften Sets an den Spritzenautomaten, wie in Abbildung 7.2 ersichtlich, ist hingegen leicht rückläufig. Eine allgemeine Interpretation dieses Rückgangs ist nicht möglich, da im Berichtsjahr nicht von allen Angeboten Daten vorliegen (2013: 13/19; 2012: 17/18). Auf die Relevanz von Injektionszubehör zusätzlich zum Spritzentausch vor allem in Hinblick auf die Prävention von HCV-Infektionen verweisen Empfehlungen der ECDC/EBDD (2011). In Österreich gibt es keine systematischen Erhebungen über Anzahl bzw. Art des Zubehörs.

Graz berichtet von einem rückläufigen Trend bei den verkauften Spritzensets an den beiden Präventionsautomaten (2011: 25.972; 2012: 23.756; 2013: 21.168 Sets), die Anzahl der getauschten Sets im *Kontaktladen* ist weiterhin am Steigen. Eine Verlagerung in Richtung *Kontaktladen* ist ersichtlich (vgl. ST10, Tabelle A31). Die Einrichtung bietet zudem den Tausch von spezifischem Injektionszubehör an, etwa Löffel (n = 3.296). Seit Oktober 2013 gibt es auch die Möglichkeit, Mikrofilter zu tauschen, um die Substanzen bei jedem Konsumvorgang ausreichend filtern zu können. In den ersten drei Monaten wurden bereits 2.343 Filter getauscht (Caritas Diözese Graz-Seckau 2014b).

Abbildung 7.2:

Anzahl der getauschten und verkauften Spritzen in Österreich: Spritzenautomaten



Quelle: Standard Table 10; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Der Spritzenverkauf an Drogenkonsumierende in Apotheken wird weiterhin nicht systematisch erhoben, es liegen daher keine vergleichbaren Zahlen vor (vgl. ST10).

**Safer Use** und **Safer Sex** sind weiterhin relevanter Bestandteil der niederschweligen Drogenhilfe und oftmals, aber nicht ausschließlich, mit Spritzentauschangeboten kombiniert. In Wien bietet die Einrichtung *jedmayer* im Zusammenhang mit dem Spritzentausch an 365 Tagen rund um die

Uhr Safer-Use-Beratungen an. Niederschwellige Einrichtungen führen zum Teil auch Safer-Use-Schulungen für Konsumierende wie auch für Mitarbeiter/innen relevanter Einrichtungen an (vgl. SHW 2014b; SHW 2014c). Auch die Abgabe von Kondomen ist fixer Bestandteil vieler niederschwelliger Angebote (u. a. Institut Suchtprävention 2014). 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.

Eine weitere wesentliche Maßnahme im Bereich Prävention und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten stellen **Hepatitis-Impfprojekte** dar, die jedoch nur in einigen Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe angeboten werden. Vor allem in Wien und Graz gibt es seit einigen Jahren das Bestreben, Drogenkonsumierenden ein umfassendes Hepatitis-Behandlungsangebot anzubieten. Ausgehend von kostenlosen Statusbestimmungen hinsichtlich HIV und Virushepatitis, wird in enger Kooperation mit Krankenhäusern versucht, die **Behandlung von Hepatitisinfektionen** möglichst niederschwellig zu gestalten.

Das *ambulatorium suchthilfe wien* hat im April 2013 mit dem Aufbau einer Hepatitis-Ambulanz begonnen. In Zusammenarbeit mit der 4. Medizinischen Abteilung des Wilheminspitals (Wien) können Patientinnen und Patienten nach einer HCV- oder HBV-Diagnose die weitere Abklärung bzw. Behandlung im *ambulatorium suchthilfe wien* durchführen (SDW 2014; SHW 2014g). Auch der Verein Dialog bietet seit 2012 eine Hepatitis-Behandlung an (Verein Dialog 2014). Beide Angebote wurden beim 17. Substitutions-Forum der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS; vgl. Kapitel 5) präsentiert<sup>46</sup>. Betont wurden in diesem Zusammenhang auch die Schwierigkeiten für drogenkonsumierende Patientinnen und Patienten bei der derzeitigen Standard-Therapie hinsichtlich der Compliance bzw. der Kontraindikationen (z. B. Leberzirrhose). Gerade für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten bieten die neuen HCV-Medikamente eine große Chance, da sie kaum Nebenwirkungen und Kontraindikationen haben, wenig Wechselwirkungen und fast 100-prozentige Heilungsraten aufweisen (vgl. Gschwantler 2014).

Die Hepatitis-Sprechstunde ist seit Jahren ein fixes Angebot der Einrichtung *Kontaktladen* (Graz). Seit Herbst 2013 wird zweiwöchentlich ein kostenloser Shuttle-Service von der Einrichtung ins LKH Hörgas-Enzenbach organisiert, um den Klientinnen und Klienten weiterführende Untersuchungen bzw. den Beginn einer HCV-Therapie zu erleichtern (Caritas Diözese Graz-Seckau 2014b).

Der aktuelle Bericht der österreichischen HIV/AIDS-Kohortenstudie (vgl. Abschnitt 6.2) zeigt auf, dass 4.260 HIV-positive Personen (davon 619 mit Ansteckungsweg intravenöser Drogenkonsum) in den letzten 12 Monaten einen Kontakt mit dem Behandlungszentrum hatten (follow-up). Personen (insbesondere Frauen) mit Ansteckungsweg intravenöser Drogenkonsum haben zwar kein höheres Risiko für eine späte Diagnose einer HIV-Infektion, jedoch ein erhöhtes Risiko für Behandlungsunterbrechungen (AHIVCOS 2014).

---

46

[http://www.oegabs.at/17\\_substitutionsforum.php](http://www.oegabs.at/17_substitutionsforum.php) (3. 7. 2014).

## 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 2013c). Psychiatrische Komorbidität war inhaltlicher Schwerpunkt der von der GÖG bereits zum zweiten Mal organisierten Fokusgruppe zu riskant konsumierenden Jugendlichen (vgl. Abschnitt 5.2). In der Diskussion waren sich die Expertinnen und Experten einig, dass Vernetzung und Kooperation unter den spezifischen Hilfesystemen wie auch mit anderen relevanten Settings (z. B. Schule, außerschulische Jugendarbeit) die wesentlichen Ansatzpunkte in der Arbeit mit dieser schwer erreichbaren Zielgruppe darstellen. Präsentiert wurde zum einen das bereits etablierte Jugendangebot im Verein Dialog (Wien) (CORE 2011; vgl. GÖG/ÖBIG 2012), zum anderen das seit März 2014 bestehende Pilotprojekt einer jugendpsychiatrischen Kontakt- und Anlaufstelle an einer Jugendnotschlafstelle in Klagenfurt/Kärnten. Ziel ist es, die Versorgungslücke in der Früherfassung und -intervention schwerer psychiatrischer und substanzassoziierter Störungsbilder bei Jugendlichen zu schließen wie auch die Behandlungsmotivation riskant konsumierender Jugendlichen (bis 21 Jahre) zu stärken. Eine Krankenversicherung ist nicht Voraussetzung. Das Pilotprojekt entspricht den Maßnahmenempfehlungen der nationalen Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (Ziel 15) zur Verbesserung der kinder- und jugendpsychiatrischen Versorgung (vgl. BMG 2013). Den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der involvierten Einrichtungen werden zudem Weiterbildungen zur Wahrnehmung von kinder- und jugendpsychiatrischen Störungsbildern angeboten (vgl. Drogenkoordination des Landes Kärnten 2014; Wladika 2014).

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 2014b, Caritas Tirol 2014; vgl. Abschnitt 6.3). So verzeichnete etwa *streetwork* (Wien) im Berichtsjahr insgesamt 1.783 Beratungs- und Betreuungsgespräche, wobei über 30 Prozent der Gespräche das Thema Gesundheit (physisch und psychisch) beinhalteten (vgl. SHW 2014c; Abschnitt 9.3).

Neben der seit Jahren bestehenden *marienambulanz* (Caritas Diözese Graz-Seckau) hat nun auch in Innsbruck ein niederschwelliges medizinisches Versorgungsangebot den Betrieb aufgenommen. *Medcare* ist ein Kooperationsprojekt von Caritas und Rotem Kreuz Tirol und bietet vorwiegend Menschen ohne Versicherung stationär wie auch mobil (Bus) eine medizinische Basisversorgung an<sup>47</sup> (Gstrein, p. M.). In beiden Angeboten werden u. a. Drogenkonsumierende, vorwiegend aus der Straßenszene, behandelt.

---

47

<http://www.rotekreuz.at/nocache/berichten/news/datum/2013/11/18/medcare-ein-projekt-von-caritas-und-rotem-kreuz/> (23. 7. 2014)

Frauen sind weiterhin eine relevante Zielgruppe in der Arbeit mit Drogenkonsumierenden. Die meisten Einrichtungen bieten spezifische Öffnungszeiten für Frauen und/oder Frauenräume an, die konstant angenommen werden. Die Schwerpunkte der **frauenspezifischen Arbeit** liegen auf sozialarbeiterischer Beratung und Erfahrungsaustausch mit anderen Frauen. In einigen niederschweligen Einrichtungen werden zudem gynäkologische Behandlungen angeboten; zuletzt wurde im *ambulatorium suchthilfe wien* eine gynäkologische Ambulanz eröffnet. Relevante Themen sind Safer Use bzw. Safer Work, Mutterschaft und Obsorgerecht, Partnerschaft, Gewalterfahrungen, Essstörungen, in der medizinischen Betreuung gynäkologische Grunduntersuchungen, Verhütung, Schwangerschaftstests (vgl. u. a. Verein Dialog 2014; SHW 2014c; Caritas Diözese Graz-Seckau 2014a und b; Caritas Tirol 2014).

# 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 (insbesondere von schwer Drogenabhängigen aus der Straßenszene) betreffen – wie schon in den Vorjahren – Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden.

Maßnahmen zur sozialen (Re-)Integration von (ehemals) Drogenabhängigen wenden sich an Klientinnen und Klienten nach einer Abstinenztherapie, an Personen in Substitutionsbehandlung und 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. Abschnitt 5.3).

In Österreich waren im Jahr 2013 nach Angaben der Statistik Austria<sup>48</sup> etwa 215.000 Personen (internationale Definition) von Arbeitslosigkeit betroffen, was einen Anstieg von 26.100 Perso-

---

48

[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose\\_arbeitssuchende/index.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/arbeitsmarkt/arbeitslose_arbeitssuchende/index.html) (16. 7. 2014).

nen im Vergleich zum Vorjahr und eine Arbeitslosenquote von 4,7 Prozent bedeutete. Besonders betroffen waren Ausländer/innen, Behinderte, Ältere und Jugendliche unter 25 Jahren; fast die Hälfte der Arbeitslosen hatte keine die Pflichtschule übersteigende Schulbildung, weniger als ein Drittel verfügte über einen Lehrabschluss<sup>49</sup>.

Betrachtet man im Gegensatz dazu den DOKLI-Klientinnen- und Klientenjahrgang 2013 (vgl. Abschnitt 5.3), so zeigte sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich (4 %) weiterhin am geringsten war. Besonders im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung waren immer noch deutlich weniger Frauen (22 %) als Männer (35 %) erwerbstätig (vgl. Tabelle A26). Zusätzlich gaben im Klientinnen- und Klientenjahrgang 2013 nur 61 Prozent der Personen in niederschwelliger Begleitung an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen gaben dagegen weiterhin etwa 90 Prozent eine gesicherte Wohnsituation an (Busch et al. in Vorbereitung und Tabelle A28).

In Österreich waren im Jahr 2012 1,2 Millionen der hier lebenden Menschen armutsgefährdet – mit steigender Tendenz –, wobei einkommensschwache Haushalte bereits die Hälfte ihres Haushaltseinkommens für Wohnkosten aufbringen mussten (Verband Wiener Wohnungslosenhilfe 2014). Zur Wohnungslosigkeit in Österreich sind keine aktuelleren Zahlen als die im letztjährigen Bericht präsentierten verfügbar (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c).

Großen Einfluss auf die finanzielle Situation der Bezieher/innen hatte im Bereich der Sozialhilfe die Umstellung auf die bedarfsorientierte Mindestsicherung, die auch für Drogenabhängige relevant sein könnte (BMS; vgl. GÖG/ÖBIG 2012, GÖG/ÖBIG 2013c). Genaue Daten dazu liegen nicht vor.

### 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 2011, 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.

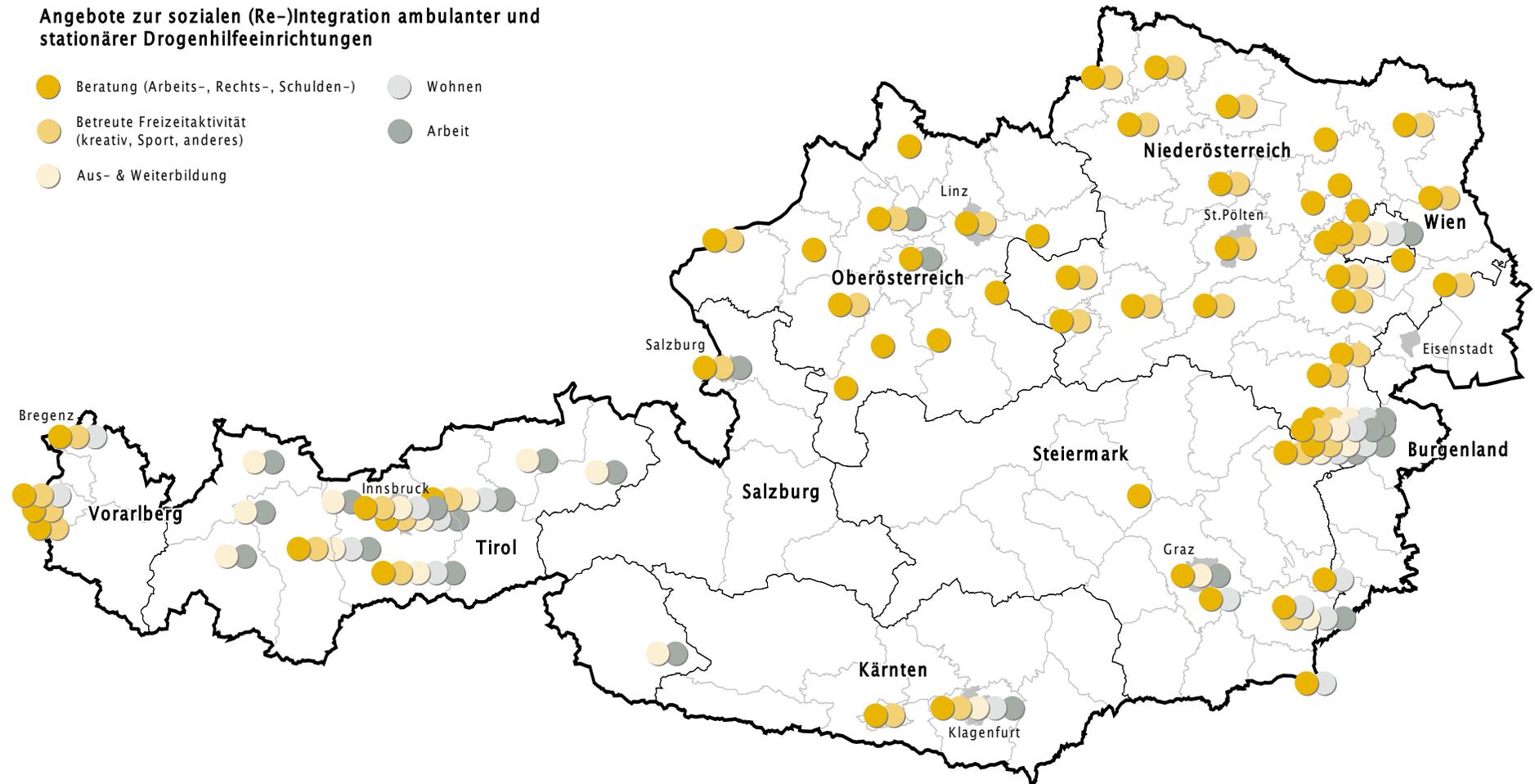
---

49

<http://www.ams.at/ueber-ams/medien/arbeitsmarktdaten/berichte-auswertungen> (16. 7. 2014)

Karte 8.1:

Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2014



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

In Wien wurde im Berichtszeitraum damit begonnen, sämtliche Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik für die Zielgruppe Suchtkranke an die bevorstehenden Veränderungen im Bereich Invaliditätspension<sup>50</sup> und die daraus resultierende veränderte Finanzierung durch Arbeitsmarktservice und Pensionsversicherungsanstalt formal anzupassen (SDW 2014).

Die Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013 (SDW 2013; vgl. Abschnitt 1.3) weist darauf hin, dass bei der (Re-)Integration von Suchtkranken in das Arbeitsleben erforderlich ist, die individuellen Bedürfnisse und Erfordernisse der Klientinnen und Klienten zu berücksichtigen, um den Krankheitsverlauf positiv zu beeinflussen. Dabei sollen Personen, die (noch) nicht in den ersten Arbeitsmarkt integriert werden können, die Möglichkeit erhalten, in einem geschützten Rahmen – etwa in sozialökonomischen Betrieben – einer befristeten Beschäftigung nachzugehen (SDW 2013). Einer dieser sozialökonomischen Betriebe ist *fix und fertig* (Träger: Suchthilfe Wien gGmbH; vgl. GÖG/ÖBIG 2012, GÖG/ÖBIG 2013c), der seine Tätigkeit auch 2013 fortgesetzt hat. Während allerdings in den Vorjahren keine Abbrüche zu verzeichnen waren, beendete 2013 ein Drittel der Transitarbeitskräfte die Betreuung vorzeitig durch Abbruch. Dies entspricht der grundsätzlichen Entwicklung auf dem Wiener Arbeitsmarkt (Nivellierung nach unten). Aufgrund der angespannten Arbeitsmarktsituation gelang 2013 auch erstmals keine Vermittlung in den nicht geförderten Arbeitsmarkt, die Benchmark „jobready“<sup>51</sup> konnte allerdings bei 54 Prozent der betreuten Personen erreicht werden (SHW 2014f).

Im Rahmen einer sogenannten „Bezugsbetreuung“ werden beim *jedmayer* (Träger: Suchthilfe Wien gGmbH) konkrete sozialintegrative Schritte gesetzt. Betroffene werden z. B. beim Erlangen einer Krankenversicherung, bei der Vermittlung von Therapieplätzen und Unterkünften oder bei der Abklärung finanzieller Ansprüche unterstützt und bei Amtswegen begleitet. Zudem sollen berufliche Perspektiven und/oder eine befriedigende Tagesstruktur, eine aktive Freizeitgestaltung und ein stabiles soziales Umfeld entwickelt werden. Diese Form der Betreuung nahmen 2013 etwa 300 Personen in Anspruch (SHW 2014b).

Seit 2010 ist das vom Europäischen Sozialfonds (ESF) und dem Land Oberösterreich geförderte Projekt *TALON*<sup>52</sup> des Vereins zur Förderung von Arbeit und Beschäftigung (FAB) fixer Bestandteil des Suchthilfe-Netzwerkes im Raum Wels und Umgebung. Hauptziel des Beschäftigungsprojekts ist die Begleitung von akut drogenabhängigen Jugendlichen und jungen Erwachsenen von 16 bis

---

50

Für Personen, die am 1. Jänner 2014 jünger als 50 Jahre alt waren, gibt es eine Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension nur noch bei dauerhafter Invalidität bzw. Berufsunfähigkeit. Im Falle einer vorübergehenden Berufsunfähigkeit bzw. Invalidität wird Rehabilitationsgeld bzw. Umschulungsgeld ausgezahlt. Bei Anspruch von Rehabilitationsgeld und Erwerbseinkommen über der Geringfügigkeitsgrenze sind die Bezieher/innen von Rehabilitationsgeld sowohl in der Krankenversicherung als auch in der Pensionsversicherung teilversichert. Personen, die Umschulungen absolvieren, sind in der Pensionsversicherung pflichtversichert. Das gilt auch für Bezieher/innen von Umschulungsgeld. (<https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/340/Seite.34060808.html>; 21. 7.2014)

51

Jobready bedeutet, dass die betreute Person prinzipiell in der Lage ist, einen Arbeitsplatz zu bekleiden.

52

<http://www.drogensubstitution.at/index.php?id=510> (17. 7. 2014).

25 Jahren, auch haftentlassene Jugendliche mit Suchterkrankung werden aufgenommen. Die Teilnahme am Projekt ist freiwillig, und eine regelmäßige Anwesenheit ist nicht erforderlich. Es werden auch Personen aufgenommen, die sich aufgrund eines Gerichtsurteils „Therapie statt Strafe“ (vgl. Abschnitt 9.4) unterziehen müssen, wodurch die Wartezeit vom Urteil bis zum Antritt der Therapie überbrückt werden kann. Ziel von *TALON* ist es nicht, die Betroffenen möglichst schnell in den Arbeitsmarkt zu integrieren. Primär geht es darum, den Prozess zum Wiedererlangen der psychischen und physischen Gesundheit zu unterstützen und die dazu passenden Aufgabenstellungen und Tätigkeiten anzubieten. Dadurch sollen Lebenskompetenzen gestärkt und Belastungen reduziert werden. Von Montag bis Donnerstag stehen für maximal drei Stunden pro Tag zwölf Betreuungsplätze zur Verfügung. Der Lohn wird täglich ausgezahlt. In den Produktionsräumen des Projekts werden Trashdesign-Produkte hergestellt und im projekt-eigenen Shop verkauft. Die Tätigkeiten reichen von leicht zu bewältigenden Arbeitsaufträgen für Personen, die durch die Tagesstruktur ihre Belastbarkeit am Arbeitsplatz testen wollen, bis hin zu Arbeitsaufgaben, die handwerkliche Vorkenntnisse und hohe Konzentrationsfähigkeit und Ausdauer erfordern. Im Jahr 2013 nahmen 53 Personen am Projekt *TALON* teil (20 Frauen, 33 Männer) und konnten zum Teil wieder eine Anstellung (Lehrstelle) auf dem ersten Arbeitsmarkt finden oder entschieden sich z. B. für eine Substitutionsbehandlung oder eine Entzugstherapie. Fünf jungen Menschen konnte aus der Obdachlosigkeit geholfen werden (Schröder 2014).

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, wobei die in früheren Berichten zur Drogensituation dargestellten Angebote (zum Teil in anderer Form oder an anderen Standorten, z. B. *jedmayer*) weitergeführt werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a, GÖG/ÖBIG 2011, GÖG/ÖBIG 2012, GÖG/ÖBIG 2013c).

Ein neues Projekt ist der *Landeplatz für eine Nacht* im Salzburger Pinzgau. Hier hat die Privatinitiative „Pinzgauer Mutmacher“ (Pimuma) eine mobile Notübernachtungsmöglichkeit für 18- bis 22-Jährige geschaffen. Der *Landeplatz für eine Nacht* bietet jungen Erwachsenen, die aus irgendwelchen Gründen nicht wissen, wo sie die Nacht verbringen können, unentgeltlich Unterkunft für eine Nacht (eventuell auch für zwei Nächte); sie erhalten auch Abendjause und Frühstück. Die Hilfesuchenden können sich bei einer Hotline oder bei der Polizei melden und werden von einem Taxi zum nächstgelegenen *Landeplatz* gebracht. Die Übernachtungen finden bei derzeit zehn ehrenamtlichen Quartiergebern statt, die dafür eine Aufwandsentschädigung (35 Euro) erhalten, die jedoch meistens nicht angenommen wird. Junge Erwachsene mit Suchtproblemen werden nicht abgewiesen, es wird aber versucht, diese Menschen an die dafür zuständigen Stellen des Bezirks oder des Landes zu vermitteln (Herr, p. M.).

Das *betreute wohnen* der Suchthilfe Wien gGmbH wurde konzeptionell in die Angebotspalette der sozialmedizinischen Einrichtung *jedmayer* integriert. Die in diesem Rahmen von der Suchthilfe Wien gGmbH am freien Wohnungsmarkt angemieteten Wohnungen (15 Wohnplätze) waren 2013 durchgängig belegt (SDW 2014).

Viele Einrichtungen der Drogenhilfe haben zusätzlich Angebote im **Freizeitbereich**, die nicht-derschwerlich 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. 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, GÖG/ÖBIG 2013c). Integraler Bestandteil der Therapiekonzepte sind unterschiedlichste Freizeitaktivitäten.

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. An den 34 Outdoor-Freizeitaktionen (z. B. Reiten, Bootfahren etc.) im Jahr 2013 nahmen 127 Teilnehmer/innen teil. Die 30 Indoor-Freizeitaktionen (z. B. Kreativworkshops, Gärtnern im Hof etc.), die im *jedmayer* stattfanden, wurden von 130 Teilnehmenden besucht (SHW 2014c).

Das Projekt *LOGINCLUSION*<sup>53</sup> knüpft an die Erfahrungen des Projekts *LOGIN* (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a) an, will Menschen über aktive und sinnstiftende Beschäftigungen in ihrer Freizeit erreichen und zur Schaffung stabiler sozialer Netzwerke beitragen. Es richtet sich an Arbeitssuchende und an Personen in prekären Arbeitsverhältnissen, die von Armut bedroht bzw. betroffen sind. Eine weitere Zielgruppe sind Menschen, die sich in Qualifizierungsmaßnahmen des AMS bzw. in sozialökonomischen Beschäftigungsverhältnissen befinden. *LOGINCLUSION* bietet wöchentlich über 15 regelmäßige Sport- und Bewegungs-, Kultur- und Kreativangebote, ein Internetcafé und mehrmals im Jahr Sport- und Freizeitevents in öffentlichen Parks im Raum Wien an. Die Angebote werden wöchentlich von etwa 80 Menschen genutzt, seit Projektstart im Juli 2011 kann *LOGINCLUSION* über 300 Teilnehmer/innen verzeichnen.

Während der Tiroler Suchttagung im Juni 2013 wurde der Workshop „Erlebnispädagogische Gruppenarbeit mit jugendlichen Drogenkonsumentinnen/-konsumenten“ abgehalten. Ziel des Workshops war es, anhand des praxiserprobten Konzepts von *Walk About* (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c) Grundzüge der Erlebnispädagogik vorzustellen und zu erarbeiten. Der Workshop diente auch der Beschäftigung damit, wie erlebnispädagogische Settings in der Praxis bestmöglich genutzt werden können (Drogenberatung Z6 2014).

---

53

[http://www.sozialmarie.org/projekte/logininclusion\\_-\\_gesundheitsforderung\\_bei\\_arbeitslosigkeit\\_armut\\_und\\_isolation.2710.html](http://www.sozialmarie.org/projekte/logininclusion_-_gesundheitsforderung_bei_arbeitslosigkeit_armut_und_isolation.2710.html) (21. 7.2014)

[http://www.sozialmarie.org/projekte/logininclusion\\_\\_begegnung\\_in\\_bewegung.2222.html](http://www.sozialmarie.org/projekte/logininclusion__begegnung_in_bewegung.2222.html) (21. 7.2014)

<http://www.wig.or.at/LOGINCLUSION.181.0.html> (21. 7.2014)

# 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 wissenschaftlichen Publikationen und Jahresberichten der Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Angaben der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder. 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 2008b) entnommen werden. Zu Verstößen gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* lagen im Jahr 2012 erste Zahlen vor.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom BMI betont (BMI 2014), entspricht die Anzeigenstatistik in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden.

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz ist 2013 im Vergleich zu den Vorjahren stark gestiegen und erreichte den höchsten Wert der letzten zehn Jahre. Der Großteil der Anzeigen erfolgte im Zusammenhang mit Cannabis. Der überdurchschnittlich hohe Anstieg bei der Zahl der Sicherstellungen von Cannabis basiert laut BMI 2014 auf mehreren Einzelsicherstellungen größeren Ausmaßes. Zusätzlich ist der Anstieg bei der Zahl der Sicherstellungen auf die 2013 generell gestiegene Kontrolldichte zurückzuführen (BMI 2014). Weiterhin lag die Anzahl der SMG-spezifischen Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28) weit unter der Zahl der Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27).

## 9.2 Straftaten wegen Drogendelikten

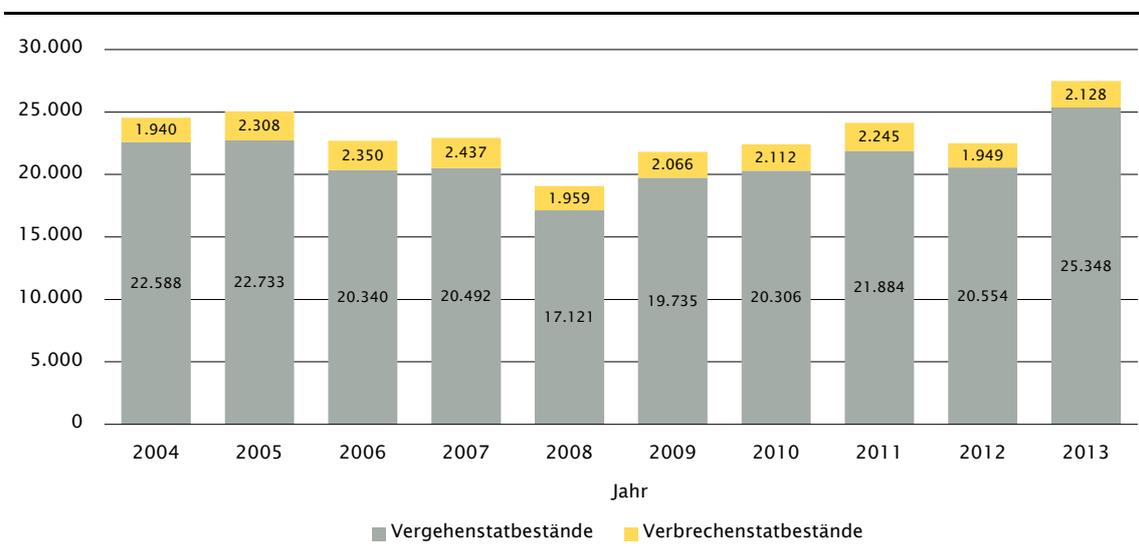
Unter **drogenbezogenen Delikten** werden im vorliegenden Bericht Vergehen oder Verbrechen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz (SMG) dargestellt. Die Zahl der Anzeigen wegen

Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) stieg im Jahr 2013 (28.227) im Vergleich zu 2012 (23.797) stark an (vgl. auch Tabelle A9 und Tabelle A10) und erreichte innerhalb des betrachteten Zeitraums den Maximalwert.

Insgesamt 27.476 Anzeigen (2012: 22.503) bezogen sich auf Suchtgifte. Von den übrigen 741 (2012: 1.294) betrafen die meisten psychotrope Stoffe, die allerdings um 43 Prozent unter der Zahl des Vorjahres lagen. Lediglich zehn Anzeigen bezogen sich auf Drogenausgangsstoffe (vgl. Tabelle A10 und Tabelle A11). Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 9.1), so kam es 2013 zu einem erheblichen Anstieg sowohl bei den Verbrechenstatbeständen (+9 %; Vorbereitung von Suchtgifthandel – § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel – § 28a SMG) als auch bei den Vergehenstatbeständen (+23 %; 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, 2004–2013

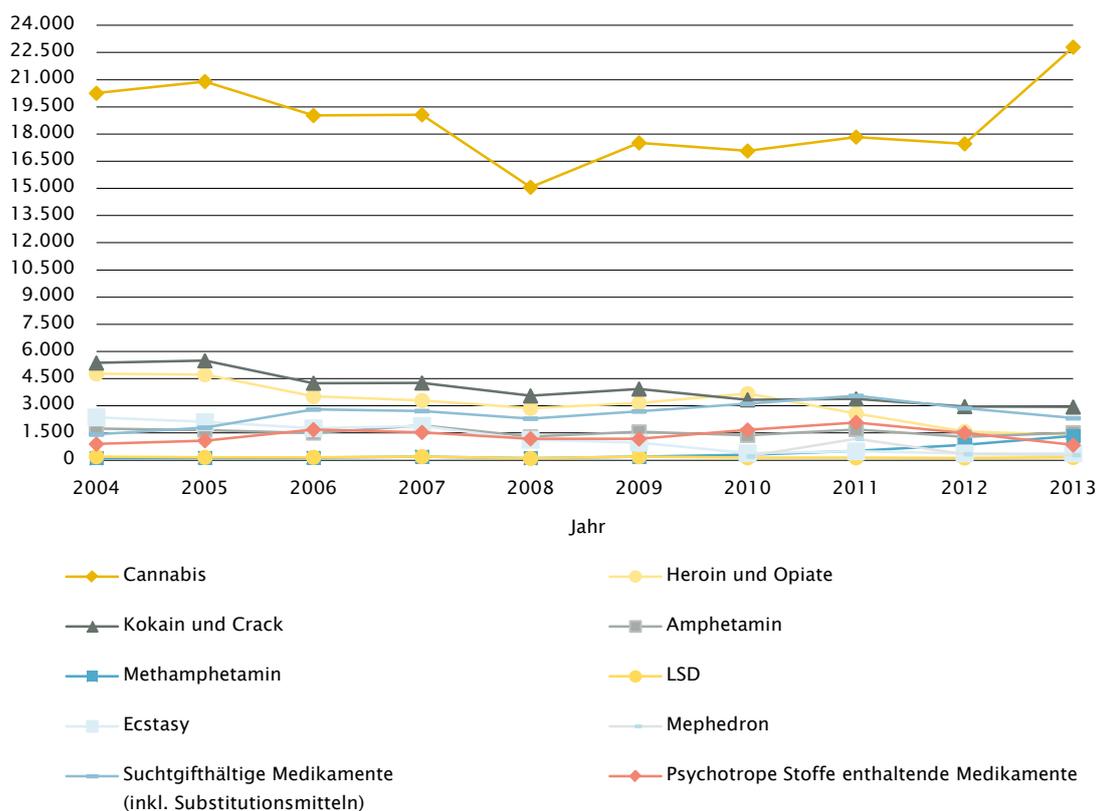


Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Unterscheidet man bei den Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A13 und Abbildung 9.2), so fanden sich im Vergleich zum Vorjahr Anstiege bei vielen Substanzen. Für Methamphetamin betrug diese Steigerung sogar 60 Prozent, bei Cannabis 31 Prozent. Zum Teil stark rückläufig verliefen allerdings die Anzeigenzahlen für suchtgifthaltige Medikamente (-19 %; inkl. Substitutionsmittel), psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (-44 %), Heroin und Opiate (-12 %) sowie für Mephedron (-14 %). Die Summe der Anzeigen wegen Heroin und Opiaten und suchtgifthaltigen Medikamenten zeigte 2013 den niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre, während die Zahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis den höchsten Wert aufwies und zwei Drittel der Anzeigen betraf (vgl. Tabelle A13). Die Entwicklung der Anzeigen auf Länderebene entsprach im Wesentlichen der auf Bundesebene (vgl. Tabelle A14). Die bereits in den Abschnitten 4.3 und 5.3 beschriebene Situation bezüglich des Konsums von Methamphetamin in Oberösterreich wird durch die Höhe der entsprechenden Anzeigenzahlen in Oberösterreich unterstrichen (vgl. Tabelle A14).

Erstmals tabellarisch dargestellt wurden heuer auch Anzeigen wegen Verstoßes gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz*, die im Vergleich zu 2012 (93 Anzeigen) einen Anstieg um fast 40 Prozent (2013: 128 Anzeigen) verzeichneten (vgl. Tabelle A12), im Vergleich zu den anderen Substanzen allerdings eine geringe Rolle spielen.

Abbildung 9.2:  
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2004–2013



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

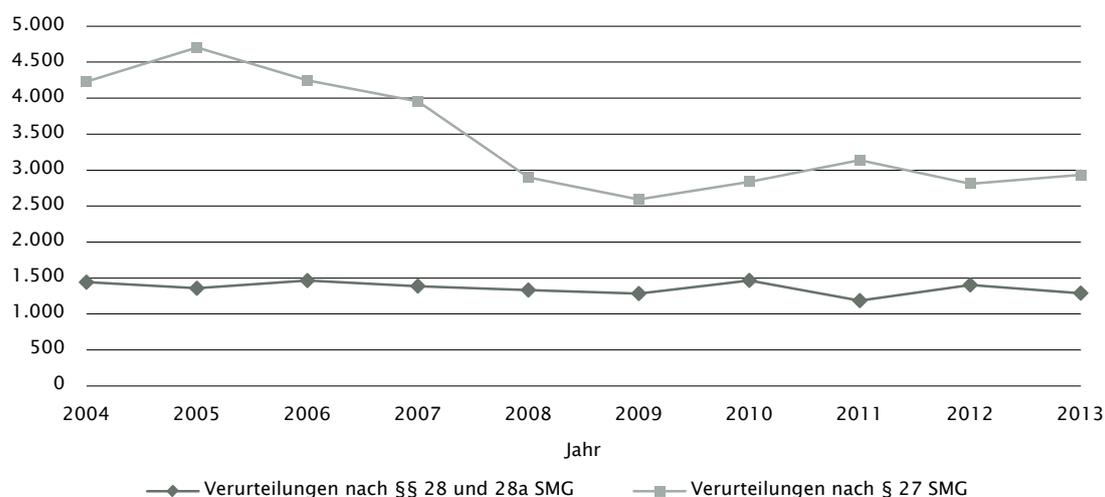
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Den 28.227 Gesamtanzeigen standen im Jahr 2013 insgesamt 1.297 (2012: 1.569) Festnahmen im Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es zu Letzteren allerdings keine genaueren Aufschlüsselungen gibt (Arten der Vergehen, Substanzen etc.).

Nachfolgende Abbildung 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 und 2013 sind aufgrund des erwähn-

ten Zeitreihenbruchs nur eingeschränkt mit den Daten aus den Jahren davor vergleichbar. Aber wie bereits in den Vorjahren bestand auch im Jahr 2013 mit 2.933 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen im Zusammenhang mit Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen nach Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.289 Fällen. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich stieg im Vergleich zum Vorjahr leicht an und betrug im Jahr 2013 12,4 Prozent (vgl. auch Tabelle A15).

Abbildung 9.3:  
Anzahl der Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in Österreich, 2004–2013\*



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 die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte<sup>54</sup> zur Verfügung. Im Jahr 2013 waren bei den Verurteilungen von 4.252 Personen durch die österreichischen Gerichte 7.368 Suchtmitteldelikte strafsatzbestimmend. Gerichtliche Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren, spielten eine untergeordnete Rolle (2013: 30 Verurteilungen). Insgesamt wurden jedoch 116-mal (2012: 195-mal) Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (mit-)verurteilt (Statistik Austria, Gerichtliche Kriminalstatistik).

54

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

In Tabelle 9.1 werden rechtskräftige Verurteilungen dargestellt, denen Delikte nach dem SMG zugrunde lagen. Die seit 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 Strafraumen zugeordnet wurde. Die jetzt verfügbaren Zahlen (vgl. Tabelle 9.1 und Tabelle A16) zeigen, dass ein großer Teil der nach dem SMG Verurteilten wegen mehrerer SMG-Delikte verurteilt wurde. Das gilt im Besonderen für Delikte nach § 27 SMG, nach denen insgesamt 5.379 Verurteilungen – davon 4.889 von Männern – stattfanden.

Tabelle 9.1:  
Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG),  
nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2013\*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	791	2.087	1.494	933	1.368	6.673
	weiblich	62	209	191	84	149	695
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	110	380	361	262	572	1.685
	weiblich	10	45	48	25	59	187
§ 27 SMG	männlich	679	1.692	1.111	646	761	4.889
	weiblich	52	159	139	56	84	490

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Im Jahr 2013 erhielten – wie schon 2012 – etwas mehr als 70 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen von 43 Prozent im Jahr 2012 auf 40 Prozent im Jahr 2013 zurückging. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, lag bei 2,6 Prozent; zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 2 Prozent verurteilt (vgl. Tabelle A17).

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

Angaben über **andere Formen von drogenbezogener Kriminalität** – im konkreten Fall Beschaffungs- und Begleitkriminalität – können Auswertungen entnommen werden, die anlässlich des 15-jährigen Bestehens des Schweizer Hauses Hadersdorf (SHH – für stationäre, dezentrale und ambulante Drogentherapie) durchgeführt wurden. Dabei zeigte sich, dass etwa 90 Prozent der im Jahr 2013 ambulant (amb.) bzw. stationär (stat.) betreuten Patientinnen und Patienten des SHH über Hafterfahrung – mit oftmals mehrfachen und längeren Inhaftierungen – verfügten. Der häufigste Grund dafür waren Verstöße gegen das Suchtmittelgesetz (amb.: 42 %, stat.: 54 %),

gefolgt von Diebstahl (amb.: 8 %, stat.: 15 %), Raub (amb.: 15 %, stat.: 9 %) und Einbruch (amb.: 8 %, stat.: 7 %) – Eigentumsdelikte, die zu den klassischen Delikten im Bereich der Beschaffungskriminalität gehören (SHH 2014).

### 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.

So zielen die Maßnahmen der Sucht- und Drogenkoordination Wien (vgl. Abschnitt 1.3) im Bereich „Öffentlicher Raum und Sicherheit“ darauf ab, für marginalisierte Personen den Zugang zu Hilfe zu verbessern (Integration), ein sozial verträgliches Nebeneinander im öffentlichen Raum auf hohem Niveau zu erreichen und dort das subjektive Sicherheitsgefühl der Bevölkerung zu steigern. Betont wird das auch in der neuen Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013, in der u. a. festgehalten wird, dass Vertreibungen oder Wegweisungen von Personen oder Personengruppen aus dem öffentlichen Raum – sofern keine Gesetzesübertretung vorliegt – rechtswidrig und stigmatisierend sind und keine nachhaltige Lösung darstellen. Durch den Einsatz niedrigschwelliger Angebote und bedarfsorientierter Leistungen sowie von Öffentlichkeitsarbeit und von partizipativen Prozessen soll Entstigmatisierung gefördert werden (SDW 2014; SDW 2013).

In diesem Zusammenhang wurde 2013 das Glossar „Soziale Arbeit im öffentlichen Raum“ (Krisch et al. 2013) als Beispiel der Zusammenarbeit zwischen Fachhochschule, Praxis und Politik in Wien vorgestellt. Es wurde vom Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit am FH Campus Wien im Auftrag der Stadt Wien erstellt und klärt die Positionierung der sozialen Arbeit im öffentlichen Raum. Das Glossar enthält eine umfangreiche Begriffsbestimmung und dient dazu, soziale Arbeit im öffentlichen Raum von jener der Ordnungsdienste abzugrenzen. Damit bietet es den Akteurinnen und Akteuren der sozialen Arbeit fachliche und inhaltliche Orientierung und spricht Handlungsfelder in folgenden fünf Geschäftsgruppen (im Rahmen der Wiener Stadtverwaltung) an: Bildung, Jugend, Information und Sport; Gesundheit und Soziales; Integration und Frauenfragen; Schutz der Konsumentinnen/Konsumenten und Personal; Stadtentwicklung und Verkehr; Wohnen, Wohnbau und Stadterneuerung. Vernetzt sind diese Geschäftsgruppen in der ressortübergreifenden Beratungsgruppe „Soziale Arbeit im öffentlichen Raum“. Das Glossar beschreibt z. B. unterschiedliche Dimensionen des Zielgruppenbegriffs und hält fest, dass Zielgruppendifinitionen situativ entwickelt werden und eine akzeptierende Haltung gegenüber den Zielgruppen und eine Orientierung an deren Ressourcen eingenommen werden (SDW 2014).

Zusätzlich wurde von den genannten Geschäftsgruppen ein Mission Statement „Soziale Arbeit im öffentlichen Raum“ erstellt, in dem die Haltung der Stadt Wien zur sozialen Arbeit im öffentlichen Raum ausgedrückt wird. Darin wird beispielsweise auf eine Politik der Toleranz hingewiesen, für die Integration, Inklusion und Prävention grundlegend sind (Stadt Wien 2013).

Die in den Vorjahresberichten (vgl. GÖG/ÖBIG 2013c, GÖG/ÖBIG 2012, GÖG/ÖBIG 2011) beschriebenen Angebote im öffentlichen Raum in Wien wurden weitergeführt und teilweise ausge-

weitet. Beispielsweise bietet *help U* seit 2014 seine Leistungen je nach Bedarf wienweit im Bereich des U-Bahn-Netzes der Wiener Linien an. Der Name der Einrichtung *sam 9* wurde auf *sam nordwest* geändert, da der Zuständigkeitsbereich vom neunten Bezirk auf das Areal um die U6-Station Josefstädter Straße ausgeweitet wurde. Seit 2013 ist *sam flex* nicht nur im Bereich Wien-Mitte, sondern auch im Auftrag der Bezirksvertretung bedarfsorientiert im gesamten dritten Bezirk im Einsatz. Während hier die Anzahl der Kontakte im Vergleich zum Vorjahr stabil geblieben ist, kam es zu einer Erhöhung der Zahl der Interventionen, bei denen eine intensive Beratungstätigkeit notwendig war. Bei *sam 2* – im Bereich Praterstern und Umgebung tätig – erhöhte sich gegenüber dem Vorjahr sowohl die Anzahl der Interventionen (+67 %) als auch die Anzahl der Kontakte (+42 %). Bei *streetwork* entsprach 2013 der Anteil der über 50-jährigen Personen (8 %) jenem der bis 24-Jährigen und war damit – im Vergleich zu früher – relativ hoch. Wesentliche Themen im Rahmen der Beratungsgespräche betrafen Finanzielles, Dokumente, Wohnen/Schlafplatz, Gesundheit und Substanzkonsum (vgl. auch Abschnitt 6.3; SDW 2014, SHW 2014c, SHW 2014e, SHW 2014h, SHW 2014i, SHW 2014j).

Auch in den Bundesländern wurden Angebote im öffentlichen Raum fortgesetzt. Durch die starke Frequentierung der Szeneplätze in Feldkirch (Vorarlberg) kam es dort bei der aufsuchenden Sozialarbeit zu einer Erhöhung der Streetworkstunden (2012: 255 Stunden, 2013: 319 Stunden) und zu einem Anstieg der Kontakte mit den Klientinnen/Klienten (2012: 2.800 Kontakte, 2013: 3.723 Kontakte) im Vergleich zum Vorjahr (Caritas Vorarlberg 2014).

## 9.4 Interventionen im System der Strafjustiz

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“<sup>55</sup> – 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 Abschnitt 9.3) werden in Abbildung 9.4 und in Tabelle A18 die Daten bezüglich des vorläufigen Rücktritts von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschiebs des Strafvollzugs (§ 39 SMG) dargestellt.

Aus Abbildung 9.4 ist ersichtlich, dass sich 2013 der erhebliche Anstieg vorläufiger Rücktritte von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft in jenen Fällen fortgesetzt hat, in denen ausschließlich der persönliche Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen Gegenstand der Verfahren war und in denen – weil die Angezeigten zuvor (seit zumindest 5 Jahren) noch nicht wegen eines Suchtmitteldelikttes auffällig

---

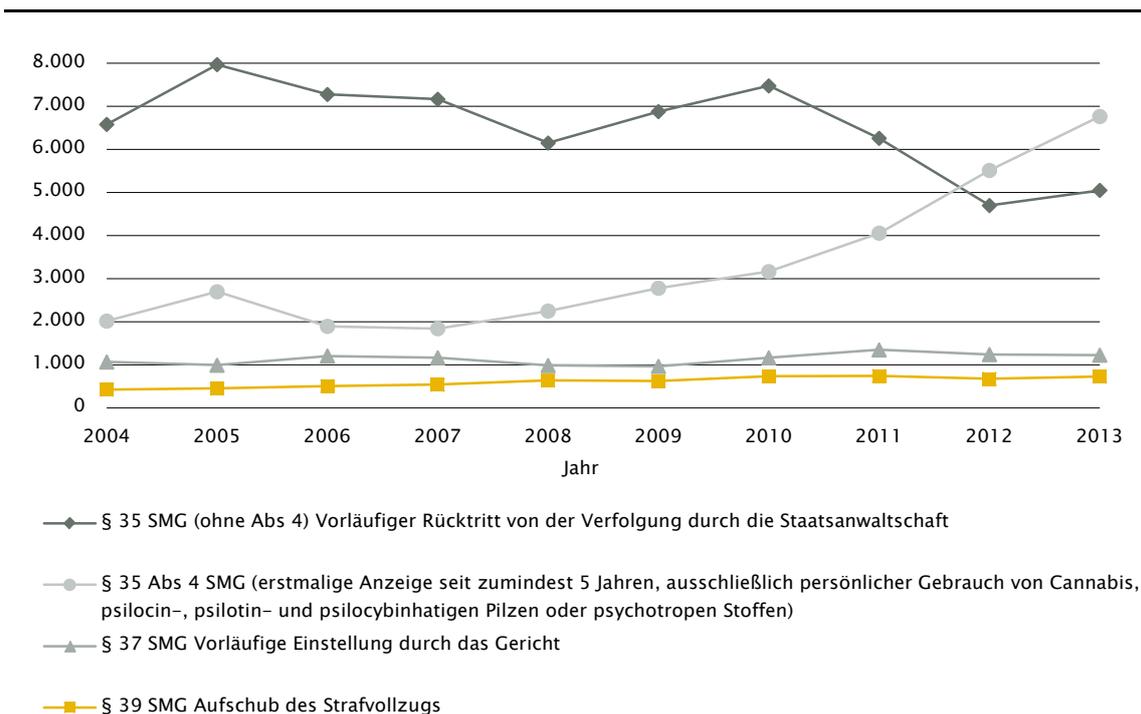
55

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 Strafaufschiebes, die bei Verurteilungen wegen Straftaten nach dem SMG oder damit zusammenhängenden Beschaffungsdelikten eingeräumt werden kann (Rast 2013).

geworden waren – von der Einschaltung der Gesundheitsbehörde abgesehen wurde (§ 35 Abs 4 SMG). Bereits im Jahr 2012 überstiegen diese Fälle die Zahl der sonstigen vorläufigen Rücktritte von der Strafverfolgung nach § 35 (exklusive Abs 4) SMG. Dies ist möglicherweise auch durch den Anstieg der Anzeigen bezüglich Cannabis mit bedingt gewesen. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen für 2013 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tabelle A16 entnommen werden.

Zum Aufschub des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) zeigen Abbildung 9.4 und Tabelle A18, dass der geringfügige Rückgang der entsprechenden Fälle nur für das Jahr 2012 galt und sich für 2013 erneut ein Anstieg der Zahl beobachten ließ. Trotzdem sanken die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ für 2013 weiter, was vermutlich mit der eingeschränkten Kostentragung des BMJ (die gemäß § 41 SMG für gesundheitsbezogene Maßnahmen erfolgt) begründet werden kann (vgl. Tabelle 9.2 und GÖG/ÖBIG 2012).

Abbildung 9.4:  
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2004-2013



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 BMJ von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.

Quelle: BMJ; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Wie bereits in GÖG/ÖBIG (2012) berichtet, wurde 2011 erstmals eine Zeitbeschränkung für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ und eine generelle Einschränkung des Zugangs zu „Therapie statt Strafe“ für Wiederholungstäter/innen eingeführt. Nach Aussagen von Expertinnen und Experten zeigt sich dabei, dass Personen, für die nach Auffassung von Gutachterinnen/Gutachtern eine sechsmonatige Therapie nicht ausreicht, gleich eine Haftstrafe antreten müssen, wobei diese Auslegung nicht den Intentionen des Gesetzgebers entspricht. Vielmehr passiert es auch, dass sich – bei Therapie- bzw. Geldbedarf über den engen Rahmen der Justiz hinaus – die Länder bedarfsbezogen bereit erklären, für längere stationäre Aufenthalte aufzukommen (SHH 2014).

Tabelle 9.2:

Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ 2004 bis 2013

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aufwand in Millionen Euro	3,20	4,61	4,85	5,86	6,48	7,03	8,54	8,77	8,46	7,71

Quelle: BMJ 2014; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Eines der Ziele von „Therapie statt Strafe“ ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Für die Staatsanwaltschaft besteht unter gewissen Voraussetzungen die Verpflichtung, vorläufig von der Verfolgung zurückzutreten, wenn die/der Betroffene einer gesundheitsbezogenen Maßnahme zustimmt. Der endgültige Rücktritt von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit (Rast 2013).

Die Zahl der Diversionsangebote (2013: 14.147) nach den §§ 35 (vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft) und 37 (vorläufige Einstellung durch das Gericht) SMG stieg 2013 im Vergleich zum Vorjahr um 13 Prozent. Der Großteil davon wurde mit 86 Prozent von den Staatsanwaltschaften angeboten, wobei hier die Diversion nach § 35 SMG bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (44 % bzw. 42 % aller diversionellen Erledigungen) die größte Rolle spielte. Insgesamt wurden 81 Prozent aller Diversionsverfahren erfolgreich mit einem endgültigen Rücktritt von der Verfolgung beendet. Im Bereich des Suchtmittelgesetzes (§§ 35 und 37 SMG) betrug dieser Wert 77 Prozent (Frauen: 80 %, Männer: 76 %, Jugendliche: 77 %, junge Erwachsene: 77 %; BMJ 2014).

Ziel eines wissenschaftlichen Artikels<sup>56</sup> von Köchl et al. (2014) war, strukturierte medizinische, psychologische und rechtliche Daten zur Implementierung des Suchtmittelgesetzes bezüglich gesundheitsbezogener Maßnahmen und rechtlicher Interventionen zu sammeln. Dabei stellten die Autorinnen/Autoren fest, dass österreichische Gerichte Suchtkranken mit leichteren Delikten

56

Im Rahmen der dem genannten Artikel zugrundeliegenden Erhebung wurden 96 opioidabhängige Personen – davon 10 Prozent weiblich – ausgewählt, die im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ ambulant bzw. stationär gesundheitsbezogene Maßnahmen erhielten. Als Vergleichsgruppe dienten 228 wegen suchtgiftbezogener Delikte einsitzende und in Substitutionsbehandlung befindliche Personen, davon 15 Prozent weiblich.

(Besitz von Suchtmitteln allein und/oder Handel) die Möglichkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen einräumten und jene mit schwereren Delikten (Eigentums- oder Gewaltdelikte in Kombination mit Drogenbesitz bzw. -handel) zu Gefängnisstrafen verurteilten. Die Mehrheit beider Gruppen war bereits vorbestraft, wobei dies noch mehr für die inhaftierten Personen galt. Daraus wurde geschlossen, dass ein früher, standardisierter, multiprofessioneller und holistischer Diagnoseprozess durch ausgebildete Fachkräfte notwendig sei und so früh wie möglich (beim Erstkontakt mit dem Justizsystem) eine entsprechende Behandlung zu beginnen habe. Auch sei es notwendig, Qualität und Genauigkeit der Empfehlungen für gesundheitsbezogene Maßnahmen durch die Expertinnen/Experten zu erhöhen, um so eine passendere Zuweisung der Patientinnen/Patienten zu den verschiedenen Maßnahmen zu erreichen (Köchler et al. 2014).

In ihrer Projektarbeit im Rahmen der berufsbezogenen Grundausbildung im Bereich Justizanstalten beschäftigte sich Hellmair (2013) in einer Katamnesestudie<sup>57</sup> mit der Entwöhnungsbehandlung im österreichischen Strafvollzug am Beispiel der Justizanstalten Innsbruck (JA I) und Wien Favoriten<sup>58</sup> (JA F). Diese Evaluierung wurde anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Maßnahmenabteilung der JA I durchgeführt und untersuchte die Rückfälligkeit<sup>59</sup> der (ehemaligen) Insassen. Aus der Studie geht hervor, dass die in der JA I behandelten Insassen zu 51 Prozent und die in der JA F Behandelten zu 61 Prozent erneut straffällig wurden. Wesentlich für die Rückfälligkeit war in beiden Justizanstalten, ob die Therapie (durch die Insassin / den Insassen selbst oder die behandelnde Person) abgebrochen worden war (59 % Rückfälligkeit) oder erfolgreich und vorbereitet abgeschlossen werden konnte (45 % Rückfälligkeit). Vergleicht man die Rückfälligkeit mit der Dauer der Therapie, so gilt für beide Justizanstalten, dass diejenigen Insassen, die sich länger als ein Jahr einer Entwöhnungsbehandlung im Strafvollzug unterzogen hatten, wesentlich weniger erneut straffällig wurden. Für beide Justizanstalten bestätigte sich, dass Insassen, die vom Gericht zu einer Therapie „verurteilt“ worden waren (JA I: 59 %, JA F: 68 %), wesentlich öfter erneut delinquent wurden als Insassen, die sich freiwillig (JA I: 50 %, JA F: 60 %) einer Therapie unterzogen (Hellmair 2013).

---

57

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.

58

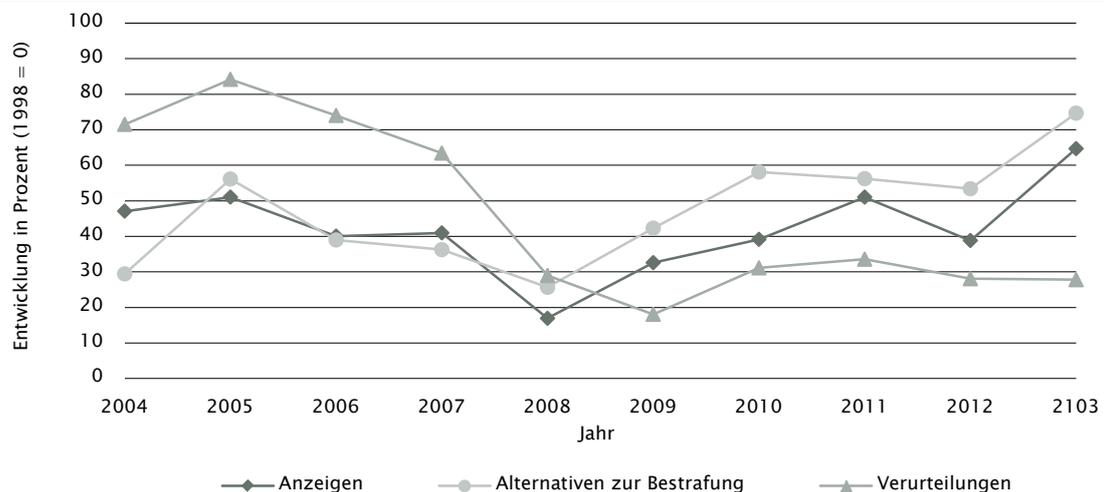
In die Katamnesestudie aufgenommen wurden 287 (ehemalige) Insassen, die ihre Entwöhnungsbehandlung zwischen 1. Jänner 1996 und 1. März 2013 in der Maßnahmenabteilung der Justizanstalt Innsbruck absolviert hatten. Die Kontrollgruppe bestand aus 215 zufällig ausgewählten Probanden der Justizanstalt Wien-Favoriten, die dort im selben Zeitraum angehalten worden waren. Die Stichprobe wurde unabhängig von der Art der Abhängigkeit der Probanden gewählt (Missbrauch von unterschiedlichen Drogen, Polytoxikomanie oder Alkoholabhängigkeit). Die Insassen der Maßnahmenabteilung in Innsbruck waren im Schnitt etwa zehn Jahre älter und hatten zwei Vorverurteilungen weniger zu verzeichnen. Ihre Behandlungsdauer war im Vergleich zur Wiener Kontrollgruppe wesentlich geringer (4,7 Monate vs. 24,7 Monate). Aus der Arbeit geht nicht hervor, ob ausschließlich männliche (ehemalige) Insassen untersucht wurden oder ob nicht zwischen männlichen und weiblichen Insassen unterschieden wurde.

59

Unter Rückfälligkeit wird in der beschriebenen Studie immer die neuerliche Straffälligkeit verstanden.

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 Abbildung 9.5, dass im Analysezeitraum bis 2005 die Verurteilungen anteilmäßig am stärksten stiegen. Ab dem Jahr 2007 kam es bei Anzeigen und Verurteilungen zu einem anteilmäßig gleichen Rückgang, der für die gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung schwächer ausfiel. Ab 2008 stiegen Anzeigen und gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig etwa gleich an, während sich die Verurteilungen erst ab 2009 diesem steigenden Trend anschlossen. Anzeigen und Verurteilungen stiegen 2011 weiter an und fielen 2012 ab, wobei bei den Verurteilungen der in Abschnitt 9.2 beschriebene Zeitreihenbruch zu berücksichtigen ist.

Abbildung 9.5:  
Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2004–2013\*



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

## 9.5 (Risikoreicher) 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 2011) 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. Abschnitt 6.2).

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

Zahlen zur Substitutionsbehandlung zeigen, dass sich im Oktober 2013 in den österreichischen Justizanstalten 783 Personen einer Substitutionsbehandlung unterzogen, was etwa neun Prozent der in den Justizanstalten (inkl. Außenstellen) Einsitzenden entsprach (Macheiner, p. M.).

Das im letztjährigen Bericht (GÖG/ÖBIG 2013c) dargestellte Projekt zur Entwicklung von Standards für die Beratung, Betreuung und Behandlung von Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug wurde weitergeführt und soll 2014 abgeschlossen werden (SDW 2014).

Eine Empfehlung des im Auftrag der Europäischen Kommission erstellten Berichts zur Schadensminimierung in Europa ist, Sprizentauschprogramme auch im Haftbereich zu implementieren (GÖG/ÖBIG 2013a, GÖG/ÖBIG 2013b).

## 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 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) zu entnehmen.

# 10 Drogenmärkte

## 10.1 Einleitung

Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), die Daten zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von *checkit!*<sup>60</sup>, dem BMI/.BK (vgl. ST13, ST14, ST15) und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)<sup>61</sup>. Die Angaben zum Preis stammen vom BMI/.BK (ST16).

## 10.2 Produktion, Schmuggel, Nachschubwege

Österreich ist als Transit- und Verbraucherland zu bezeichnen. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich – abgesehen von der steigenden Cannabisproduktion – keine wesentliche Rolle (BMI 2014). Die Transitrouten wurden bereits im Drogenbericht 2012 (GÖG/ÖBIG 2012) ausführlich beschrieben, seither hat sich wenig geändert. Heroin und Opiatprodukte werden vorwiegend aus Afghanistan über die sogenannte Balkanroute nach Europa geschmuggelt, mittlerweile wird jedoch auch Kokain, das auf dem Seeweg nach Afrika oder Europa gelangt, über diese Route geschmuggelt. Zusätzlich spielt der internationale Flughafen Wien–Schwechat eine gewisse Rolle als Transitpunkt. Anonyme Plattformen des sogenannten „Darknet“ im Internet scheinen als Handelsplatz für illegale Drogengeschäfte an Bedeutung zu gewinnen.

Cannabisprodukte werden laut BMI unverändert hauptsächlich aus den Niederlanden, der Schweiz und aus Marokko nach Österreich eingeführt. Marihuana wird auch durch Kleindealer aus der Tschechischen Republik nach Österreich geschmuggelt. Der Anbau in Österreich erfolgt zumeist für den Eigengebrauch oder für den Handel im kleineren Umfang. Professionelle Indoor-Anlagen mit bis zu 1.000 oder mehr Cannabispflanzen sind in Österreich die Ausnahme. Outdoor-Anbau spielt – vermutlich auch witterungsbedingt – in Österreich eine geringere Rolle.

Synthetische Drogen wie „Ecstasy“ und MDMA in Pulverform werden hauptsächlich aus den Niederlanden über Deutschland nach Österreich geschmuggelt. Amphetamin gelangt teilweise auch aus Polen nach Österreich. Methamphetamin – das vorwiegend in Oberösterreich eine Rolle

---

60

*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.

61

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.

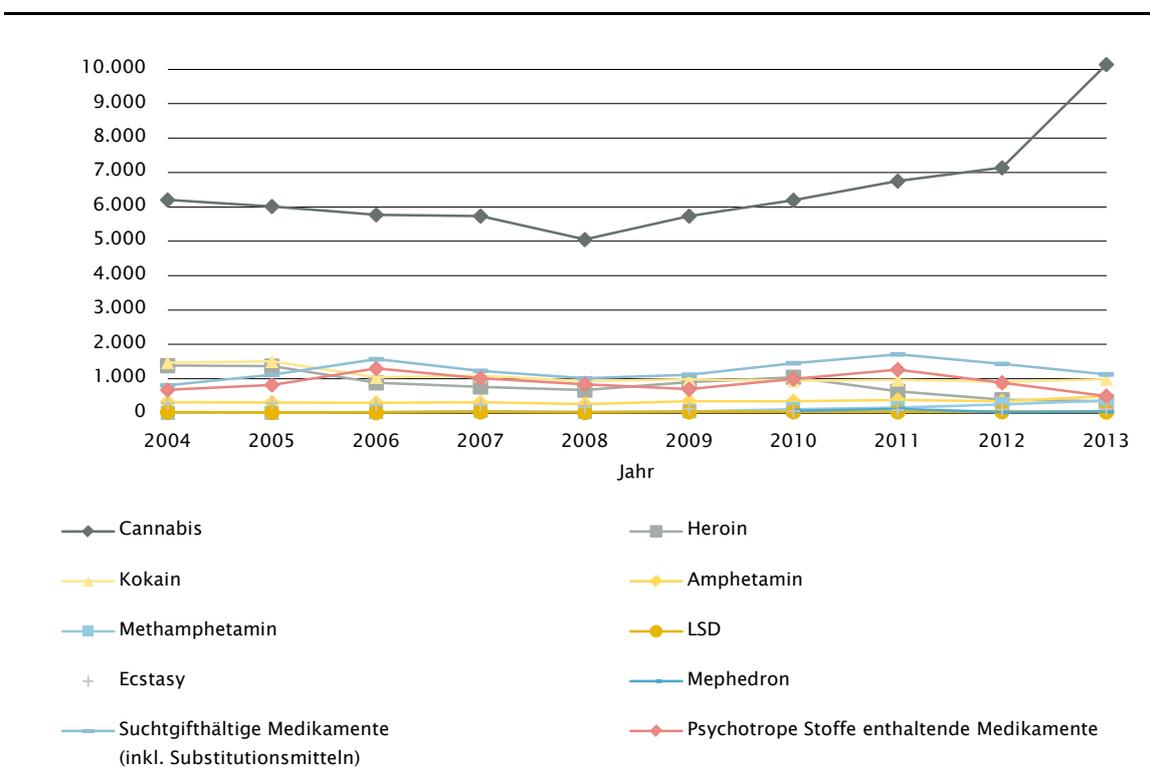
spielt (vgl. Abschnitt 4.3) – gelangt aus der Tschechischen Republik und teilweise aus der Slowakei ins Land.

NPS in Österreich haben laut BMI eindeutig China als Ursprungsland, werden zumeist über das Internet bestellt und gelangen auf dem Postweg nach Österreich. Die (Voraus-)Zahlung erfolgt per Geldüberweisung an Banken in China und Hongkong.

## 10.3 Sicherstellungen

Bei der Zahl der Sicherstellungen zeigen sich im Vergleich zu 2012 bei Heroin, suchtgifthaltigen Medikamenten und bei Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, Rückgänge. Bei Amphetamin und Methamphetamin sind Anstiege zu verzeichnen, bei Cannabis ist der Anstieg massiv (vgl. Abbildung 10.1, Tabelle A19). Die Menge der sichergestellten Suchtmittel zeigt über die Jahre große Schwankungen (vgl. Tabelle A20). Dabei ist zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmungen mit großen Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), das Bild verzerren können.

Abbildung 10.1:  
Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie von psychotrope Stoffe enthaltenden Medikamenten in Österreich, 2004–2013



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

## 10.4 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Während 99 bzw. 98 Prozent der 501 im Rahmen des Eurobarometers<sup>62</sup> (Europäische Kommission 2014b; vgl. auch Abschnitt 2.3) befragten österreichischen Jugendlichen es ziemlich bis sehr einfach fanden, innerhalb von 24 Stunden an Alkohol und/oder Zigaretten heranzukommen, lag der diesbezügliche Prozentsatz für illegale Drogen bei Cannabis bei 53 Prozent, bei „Ecstasy“ bei 23 Prozent und bei Kokain bei 18 Prozent, für NPS lag dieser Wert bei 21 Prozent. Die österreichischen Jugendlichen schätzen es der Umfrage zufolge schwerer ein, an illegale Substanzen (inklusive NPS) zu kommen, als der europäische Durchschnitt. Im Gegensatz dazu schätzen sie es leichter als der europäische Durchschnitt ein, an die legalen Substanzen Alkohol und Tabak zu kommen, was aber auch die in den einzelnen Ländern unterschiedlichen rechtlichen Rahmenbedingungen widerspiegeln dürfte.

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, finden sich in Tabelle 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, 2013

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- min*	Metham- phetamin*	„Ecstasy“***
Reinheit	Untergrenze	0,06 %	0,3 %	0,2 %	–	0,8 %	0,6 %	0,2 %	19,4 mg
	Obergrenze	43,5 %	30,7 %	55,1 %	–	74,8 %	59,8 %	80,3 %	83,2 mg
	Median	9,9 %	8,5 %	6,9 %	–	22,7 %	7,5 %	69,8 %	40,3 mg
Preis	Untergrenze	5	6	30	–	50	6	40	4
	Obergrenze	12	12	100	–	130	60	120	12
	Typisch	8,5	9	60	–	75	45	75	6

\* 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.

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

Im Kontext des *checkit!*-Projekts (vgl. Abschnitt 2.4) wurden im Jahr 2013 bei 15 Musikveranstaltungen der Party- und Clubszene in den Bundesländern Wien und Niederösterreich 1.023 Proben vermeintlich psychoaktiver Substanzen analysiert. Von allen analysierten Proben enthielten 26 Prozent den zu erwartenden Inhaltsstoff in der „erwartbaren“ Dosierung. Weitere

62

Im Rahmen des Eurobarometers wurde im Juni 2014 in 28 EU Ländern ein repräsentatives Sample von insgesamt 13.128 Personen zwischen 15 und 24 Jahren per Telefon befragt. Die Stichprobengröße betrug in Österreich 501 Personen.

21 Prozent enthielten zwar den erwarteten Inhaltsstoff, allerdings musste wegen der hohen Dosierung gewarnt werden. 34 Prozent der Proben enthielten unerwartete Inhaltsstoffe, vor 19 Prozent der Proben musste aufgrund gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe gewarnt werden (SHW 2014d).

Von den 108 als „Ecstasy“ gekauften Tabletten enthielten rund 63 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA<sup>63</sup> (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen, das ist der höchste Wert seit 2008 (vgl. Tabelle A21). Wie bereits im Vorjahr war die Anzahl jener Tabletten, die MDMA in hoher Dosierung enthielten, auffällig hoch: In rund einem Viertel der getesteten Tabletten wurden zwischen 100 und 200 Milligramm des zu erwartenden Inhaltsstoffes nachgewiesen (Vergleichswert 2011: 3 %), vier Tabletten enthielten sogar über 200 mg. 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. Während im Vergleich zum Vorjahr die Zahl der PMA-haltigen<sup>64</sup> Proben von 14 auf 2 Tabletten zurückging, musste häufiger vor vermeintlichen Ecstasy-Tabletten gewarnt werden, welche die neue synthetische Substanz Methoxetamin enthielten. Methoxetamin ist von der chemischen Struktur her Ketamin und PCP ähnlich, die Wirkung wird von Konsumentinnen und Konsumenten jedoch als intensiver und länger andauernd beschrieben. Der Mischkonsum scheint bei dieser Substanz besonders problematisch zu sein, europaweit wurden bereits mehrere Todesfälle im Zusammenhang mit dem Konsum von Methoxetamin berichtet. Da es sich bei Methoxetamin um eine NPS handelt, liegen bislang wenige wissenschaftliche Erkenntnisse über Risiken und mögliche Langzeitfolgen vor.

Bei den insgesamt 290 als MDMA in Pulver-, Kristall- oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben zeigte sich ein ähnliches Bild wie in den Vorjahren: Bei 78,3 Prozent der Fälle wurde ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (vgl. Tabelle A22). Bei rund 16 Prozent der Proben wurden Substanzen aus der Gruppe der NPS nachgewiesen (2012: 9,9 %).

Die 321 als „Speed“ gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten zu 18 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente (2012: 7 %), weitere 57 Prozent enthielten neben Amphetamin auch Koffein (vgl. Tabelle A23). In 8 Proben (2012: 19 Proben) wurde neben Amphetamin 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 „Speed“-Proben, in denen NPS gefunden wurden, hat sich gegenüber 2012 weiter verringert (von 4,0 % auf 2,0 %). Methamphetamin

---

63

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

64

Die Substanzen Paramethoxyamphetamin bzw. das verwandte Paramethoxymethamphetamin (PMA bzw. PMMA) haben in der Vergangenheit immer wieder zu Todesfällen in Europa und auch in Österreich geführt.

wurde nur in 0,9 Prozent der als „Speed“ gekauften Proben detektiert. Rund ein Viertel der als „Speed“ gekauften Proben wurde als „gesundheitlich besonders bedenklich“ eingestuft.

Von den 110 als Kokain gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten nur rund 19 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengung. Häufig wurden mehrere unerwartete Inhaltstoffe in den Proben gefunden. Levamisol und/oder Phenacetin sind die häufigsten Beimengungen – ein Phänomen, das auch in anderen europäischen Ländern zu beobachten ist. 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. Basierend auf den Ergebnissen von *checkit!* konnten Hofmaier et al. (2013) zeigen, dass die Wirkung des Levamisolmetaboliten Aminorex auf das Neurotransmittersystem eine mögliche Erklärung für die Levamisol-Beimengung sein könnte. 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. 58 Prozent der als Kokain zur Analyse gebrachten Proben wurden als gesundheitlich besonders bedenklich eingestuft.

Bezüglich NPS zeigte sich auch 2013 ein weiterer Rückgang. Während im Jahr 2011 noch 18 Prozent und im Jahr 2012 13 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, so waren es 2013 nur mehr 11 Prozent. Abgenommen hat auch die Häufigkeit, mit der NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden (von 13,3 % im Jahr 2011 auf 8,9 % 2013). Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, ist auf rund 2 Prozent zurückgegangen.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat im Berichtszeitraum 33 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. In Pulvern und Tabletten wurden u. a. die Substanzen 5FUR-144 (= XLR-11), 2C-C-NBOMe und 2H-NBOMe analysiert.

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2013 insgesamt 123 Proben mit Verdacht auf Verstoß gegen das NPSG analysiert und die Ergebnisse für das Monitoring an das Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Die am häufigsten gefundene Substanz war PVP (Pyrrolidinovalerophenon) mit 13 Prozent aller Proben, gefolgt von 4-MEC (8,9 %) und Pentedron (6,5 %). 4-Methylamphetamin wurde in 5,7 Prozent der Proben festgestellt.



# Quellenverzeichnis



# Bibliographie

- AHIVCOS (2014). HIV/AIDS in Austria – 25<sup>th</sup> Report of the Austrian HIV Cohort Study. Innsbruck.
- Akzente Fachstelle Suchtprävention (2014). Jahresbericht Suchtprävention 2013. Akzente Fachstelle Suchtprävention. Salzburg.
- 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.
- BMG (2013). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2013. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMG (2014). Österreichische AIDS-Statistik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMI (2014). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2013. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMJ (2014). Sicherheitsbericht 2013. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- Bundesregierung (2013). Erfolgreich. Österreich. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 – 2018. Wien
- Busch, M., und Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. Sucht 56 (6), 415–422.
- Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (in Vorbereitung). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2014a). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2013. Graz.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2014b). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Begleittext zum Jahresbericht 2013. Graz.
- Caritas Tirol (2014). Drogenarbeit, Jahresbericht 2013. Innsbruck.
- Caritas Vorarlberg (2014). Suchtarbeit Wirkungsbericht 2013. Feldkirch.

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

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

Drogenberatung Z6 (2014). Tätigkeitsbericht 2013. Innsbruck.

Drogenkoordination des Landes Kärnten (2014). Kärntner Bericht zur Drogensituation. Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 – Sanitätswesen, Unterabteilung Drogenkoordination – Sozialmedizin. Klagenfurt.

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.

EBDD (2012). Jahresbericht 2012. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon.

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

EBDD (2014). Europäischer Drogenbericht. Trends und Entwicklungen 2014. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

ECDC (2011). Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Stockholm.

Europäische Kommission (2011a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/flash\\_arch\\_344\\_330\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm) (16. 9. 2011).

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

Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/flash\\_arch\\_404\\_391\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm) (13. 7. 2014).

Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs –data. Brüssel. [http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/flash\\_arch\\_404\\_391\\_en.htm](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm) (13. 7. 2014).

- Falbesoner, B., und Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt.
- Gegenhuber, B. (2013). Online-Beratung für polytoxikomane Drogenabhängige. Fachhochschule Campus Wien. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- 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 Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- GÖG/ÖBIG (2008b). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009a). Bericht zur Drogensituation 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009b). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010a). Bericht zur Drogensituation 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010b). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖB/ÖBIG (2013a): Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries. Final Report – Deliverable 2, 4, 5 and 6. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

- GÖG/ÖBIG (2013b): Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries. Final Report – Annex 2: Systematic Literature Reviews – part of Deliverable 2. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013c). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013d). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- Gschwantler, M. (2014). Therapiestandards und neue Entwicklungen. Vortrag im Rahmen des 17. Substitutions-Forums Mondsee 2104. Wilhelminenspital, 4. Medizinische Abteilung. Wien.
- Haas, S., Busch, M., Kerschbaum, J., Türscherl, E., und Weigl, M. (2012). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ (Hg.). Wien.
- Hellmair, Chr. (2013). Katamnesestudie zur Entwöhnungsbehandlung im österreichischen Strafvollzug am Beispiel der Justizanstalten Innsbruck und Wien-Favoriten. Eine Evaluierung anlässlich des 20-jährigen Bestehens der Maßnahmenabteilung der Justizanstalt Innsbruck. Projektarbeit in Rahmen der v1-Grundausbildung. Innsbruck.
- Hofmaier, T., Luf, A., Seddik A., Stockner T., Holy M., Freissmuth M., Ecker G. F., Schmid R., Sitte H. H., Kudlacek O. (2013). Aminorex, a metabolite of the cocaine adulterant levamisole, exerts amphetamine like actions at monoamine transporters. In: Neurochemistry International 73, 32–41; <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuint.2013.11.010>
- 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). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. 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 (2013). Fortyfour. Das Präventionsmagazin. Nr. 21, Herbst/Winter 2013. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Institut Suchtprävention (2014). Flow Akut. Tätigkeitsbericht 2013. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Jagsch, R., Fischer, G., Köchl, B., Unger, A. (2013). Buprenorphin/Naloxon – Ergebnisse aus dem niedergelassenen Bereich. In: Suchttherapie 14, 84–91.
- Juen, F. (2013). Abschlussbericht *plus*-Evaluation. Universität Innsbruck, Institut für Psychologie.
- Klimont, J., Kytir, J., und Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- Köchel, B.; Danner, S.; Jagsch, R.; Brandt, L.; Fischer, G. (2014). Health-related and legal interventions: A comparison of allegedly delinquent and convicted opioid addicts in Austria. In: Drug Science, Policy and Law 1.
- Kontakt+co (2013/4). Newsletter Sucht+Prävention. Vierteljährliche Informationen für Schule, Jugendarbeit, Familie, Arbeitswelt und Gemeinde. Kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz. Innsbruck.
- Kontakt+co (2014/1). Newsletter Sucht+Prävention. Vierteljährliche Informationen für Schule, Jugendarbeit, Familie, Arbeitswelt und Gemeinde. Kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz. Innsbruck.
- Krisch, R., Stoik, C., Benrazougui-Hofbauer, E., und Kellner, J. (2013): Glossar „Soziale Arbeit im öffentlichen Raum“. Kurzfassung. Kompetenzzentrum für Soziale Arbeit am FH Campus Wien im Auftrag der Stadt Wien. Juni 2013. Wien.
- Kreutzer, A. (2013). Soziale Folgekosten von Lust & Sucht in Österreich. (Meta)Analyse zu den sozialen Folgekosten des (unkontrollierten) Konsums von Alkohol, Tabak, Drogen & Glücksspiel. Kreutzer Fischer & Partner Consulting GmbH. Wien
- Lehner, L., Adamowitsch, M., Hoffmann, F., und Felder-Puig, R. (2013). Leitfaden zur Unterstützung der Implementierung von Schulsozialarbeit in Österreich. Ludwig Boltzmann Institut Health Promotion Research. Wien
- MDA basecamp (2014). Tätigkeitsbericht 2013. 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.
- 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 (2006). Österreichischer Infektionskrankheitenbericht 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- Ramelow, D., Griebler, R., Hofmann, F., Unterweger, K., Mager, U., Felder–Puig, R., und Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO–HBSC–Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85, 6.
- Schröder, H. (2014). Jahresbericht 2013 zum Projekt TALON. Linz.
- SDW (2013). Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien.
- SDW (2014). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2014“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz.
- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz.
- SHH (2014). Schweizer Haus Hadersdorf. Festschrift zum 15-jährigen Bestehen – 1998 bis 2013. Wien.
- SHW (2014a). Infektionsprophylaxe. Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014b). *jedmayer* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014c). *streetwork* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.

- SHW (2014d). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014e). *sam nordwest* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014f). *fix und fertig* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014g). *ambulatorium suchthilfe wien* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014h). *help U* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014i). *sam flex* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2014j). *sam 2* Tätigkeitsbericht 2013. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Stadt Wien (2013): Mission Statement „Soziale Arbeit im öffentlichen Raum“. Erstellt von den Ressorts Soziales, Jugend, Stadtplanung, Wohnen, Integration/Frauen. Jänner 2013. Wien.
- Statistik Austria (2014). Statistisches Jahrbuch 2014. Wien.
- Stiftung Maria Ebene (2014). Jahresbericht 2013. Frastanz.
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R., Kobrna, U., und Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Uhl, A., und Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien.
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., 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 Informations-Stelle (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., Bachmayer, S., Puhm, A., Strizek, J., Kobrna, U., und Musalek, M. (2013). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 1: Statistiken und Berechnungsgrundlagen 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Verband Wiener Wohnungslosenhilfe (2014). Obdach – Fertig – Los. Verband Wiener Wohnungslosenhilfe in Kooperation mit „wieder wohnen“ (Hg.). Wien.
- Verein Dialog (2014). Jahresbericht 2013. Wien
- Wladika, W. (2014). Projekt: niederschwellige kinder- und jugendpsychiatrische Betreuung in Einrichtungen von Streetwork und Juno. Referat im Rahmen der REITOX-Fokusgruppe zu risikant drogenkonsumierenden Jugendlichen; 26. 3. 2014

## Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

LGBl 2013/81 v. 14. 5. 2013 über den Schutz und die Förderung von Kindern und Jugendlichen (Steiermärkisches Jugendgesetz – StJG 2013)

## Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

<b>Name</b>	<b>Institutionen bzw. Funktionen</b>
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Gesundheit
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordinator Steiermark
Gstrein, Christof	Suchtkoordinator Tirol
Herr, Christina	Projektleiterin von <i>Landeplatz für eine Nacht</i> im Pinzgau
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Klein, Jean-Paul	Bundesministerium für Gesundheit
Macheiner, Franz	Vollzugsdirektion
Prehslauer, Brigitte	Drogenkoordinatorin Kärnten
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg
Schopper, Johanna	Bundesministerium für Gesundheit, Bundesdrogenkoordinatorin
Schwarzenbrunner, Thomas	Sucht- und Drogenkoordinator OÖ
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

# Datenbanken

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

In der Folge werden alle wissenschaftlichen Arbeiten aufgelistet, die (teilweise unter Mitwirkung) von österreichischen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Jahr 2013 bzw. bis Frühling 2014 publiziert wurden und identifiziert werden konnten<sup>65</sup>. Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Jene Arbeiten, die auch im Hauptteil des Berichts zitiert werden, werden auch in der Bibliographie genannt.

Beer, B., Erb, R., Pavlic, M., Ulmer, H., Giacomuzzi, S., Riemer, Y., und Oberacher, H. (2013). Association of polymorphisms in pharmacogenetic candidate genes (OPRD1, GAL, ABCB1, OPRM1) with opioid dependence in European population: a case-control study. *PLoS One* 8/9:e75359

Comer, S. D., Metz, V. E., Cooper, Z. D., Kowalczyk, W. J., Jones, J. D., Sullivan, M. A., Manubay, J. M., Vosburg, S. K., Smith, M. E., Peyser, D., und Saccone, P. A. (2013). Comparison of a drug versus money and drug versus drug self-administration choice procedure with oxycodone and morphine in opioid addicts. *Behavioural Pharmacology* 24/5-6, 504-516

Eisenbach-Stangl, I. (2013). Deviance or innovation? Recent changes of drug substitution treatment policy in Austria. *Substance Use & Misuse* 48/11, 1010-1021

Grunder, G., Baumann, P., Conca, A., Zernig, G., Hiemke, C. (2013). Therapeutic drug monitoring in psychiatry: A brief summary of the new consensus paper by the task force on TDM of the AGNP. *Nervenarzt* 85/7, 847-55

Harkany, T., Zeilhofer, H. U., und Cattaneo, A. (2014). Neurotrophin and endocannabinoid interactions in the neurobiology of pain. *European Journal of Neuroscience* 39/3, 331-333

Hobl, E. L., Stimpfl, T., Ebner, J., Schoergenhofer, C., Derhaschnig, U., Sunder-Plassmann, R., Jilma-Stohlawetz, P., Mannhalter, C., Posch, M., und Jilma, B. (2014). Morphine decreases clopidogrel concentrations and effects: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Journal of the American College of Cardiology* 63/7, 630-635

---

65

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.

- Hofmaier, T., Luf, A., Seddik, A., Stockner, T., Holy, M., Freissmuth, M., Ecker, G. F., Schmid, R., Sitte, H. H., und Kudlacek, O. (2013). Aminorex, a metabolite of the cocaine adulterant levamisole, exerts amphetamine like actions at monoamine transporters. Neurochemistry International 73, 32–41
- 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 and Alcohol Dependence 132/1–2, 329–334
- 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. Journal of Substance Abuse Treatment 7, 61–74
- Ostermann, K. M., Luf, A., Lutsch, N. M., Dieplinger, R., Mechtler, T. P., Metz, T. F., Schmid, R., und Kasper, D. C. (2014). MALDI Orbitrap mass spectrometry for fast and simplified analysis of novel street and designer drugs. Clinica Chimica Acta 433C, 254–258
- 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 Chemical Neuroscience 4/1, 182–190
- 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: Clinical and Experimental 28/1, 15–24
- Zernig, G., Kummer, K. K., Prast, J. M. (2013). Dyadic Social Interaction as an Alternative Reward to Cocaine. Frontiers in Psychiatry 4/100

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

- Bayer, K. M. (2013). Die Stressantwort bei Suchtkranken: Aggression und selektive neuroendokrine Parameter im Vergleich zwischen männlichen polytoxikomanen Suchtkranken und einer gesunden Kontrollgruppe. Medizinische Universität Graz. Unveröffentlichte Dissertation.
- Cherkaoui, D. (2013). Die Emotionen Schuld und Scham bei Drogenabhängigen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Universität Innsbruck, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

- Donabauer, A. (2013). Drogen neben Drogen?: strafbarer Umgang mit neuen Psychoaktiven Substanzen, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen. Universität Salzburg, Rechtswissenschaftliche Fakultät. Unveröffentlichte Dissertation.
- Fischberger, S. (2013). Auswirkungen nach intrauteriner Opioidexposition im 10-Jahres-Vergleich. Medizinische Universität Wien, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Gegenhuber, B. (2013). Online-Beratung für polytoxikomane Drogenabhängige. FH Campus Wien. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Greller, T. I. (2013). Drogenkonsum – Drogensucht – Drogenkriminalität: Erfahrung und Motive jugendlicher DrogenkonsumentInnen. Fachhochschule Kärnten. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Klauber, K. E. (2013). Research chemicals – eine übersichtliche Klassifizierung der Neuen Designerdrogen. Universität Graz, Naturwissenschaftliche Fakultät, Institut für Pharmazeutische Wissenschaften. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Köchler, B., Danner, S., Jagsch, R., Brandt, L., und Fischer, G. (2014). Health-related and legal interventions: A comparison of allegedly delinquent and convicted opioid addicts in Austria. Drug Science, Policy and Law 1.
- Krug, J. (2014). Der Einfluss von computergestütztem Kognitions- und Kreativitätstraining auf die Befindlichkeit von SuchtpatientInnen im Rahmen der stationären Rehabilitation. Universität Graz, Naturwissenschaftliche Fakultät, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Mühlegger, C. (2013). Untersuchung zur Konzentration und Aufmerksamkeit von substituierten und abstinenten Abhängigkeitserkrankten. Universität Innsbruck, Fakultät für Psychologie und Sportwissenschaften, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Scherlofsky, K. C. (2013). The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population: a United States and European Union perspective with a special emphasis on Mississippi and Austria. Universität Wien, Rechtswissenschaftliche Fakultät. Unveröffentlichte Dissertation.
- Schweigard, V. H. J. (2013). Reversal of cocaine conditioned place preference with social interaction in rats: neuronal ensembles. Medizinische Universität Innsbruck, Universitätsklinik für Allgemeine und Sozialpsychiatrie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Seidl, Y. (2013). Enantiomerentrennung von neuartigen Designerdrogen mit HPLC. Universität Graz, Naturwissenschaftliche Fakultät, Institut für Pharmazeutische Wissenschaften. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

- Steinkellner, T. (2013). Amphetamine action at dopamine and serotonin transporters is modulated by aCaMKII. Medizinische Universität Wien, Zentrum für Biomolekulare Medizin und Pharmakologie. Unveröffentlichte Dissertation.
- Strobl, F. (2013). Psychoaktive Pflanzen und Pilze und die Behandlung im Schulunterricht mit speziellem Fokus auf (Sucht-)Prävention. Universität Innsbruck, Institut für Fachdidaktik. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Summereder, J. (2013). Die Strafbarkeit des Umgangs mit neuen Psychoaktiven Substanzen. Universität Innsbruck, Institut für Strafrecht, Strafprozessrecht und Kriminologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Tatschl, S. (2013). Eine Analyse des gesellschaftlichen Umgangs mit dem „Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz“ (NPSG) und dessen mögliche Auswirkungen auf die Suchtprävention. FH Campus Wien. Unveröffentlichte Master-Arbeit.
- Thöny, C. (2013). Lebensqualität und Suchtanamnese: über den Zusammenhang zwischen unterschiedlichen Wohnformen und subjektivem Wohlbefinden in einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Universität Innsbruck, Institut für Psychologie. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
- Tzanetakis, M. (2013). Funktionsweisen von Großhandel mit illegalen Drogen in der EU und neoliberale Prozesse: eine Fallstudie. Universität Wien, Fakultät für Sozialwissenschaften. Unveröffentlichte Dissertation.
- Windner, S. (2014). Effekte von Trainings der kognitiven und kreativen Leistungsfähigkeit bei stationären SuchtpatientInnen. Universität Graz, Naturwissenschaftliche Fakultät, Institut 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 2014<sup>66</sup>).

**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)

---

66

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)

**Grenzwert**  
(Landesstelle für Suchtprävention Kärnten)

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

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

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

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

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

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

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

**Jugendberatungsstelle WAGGON**  
(TENDER – Verein für Jugendarbeit, Niederösterreich)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Niederschwellige Einrichtung ganslwirt**  
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

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

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

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

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

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

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

**Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle ganslwirt**  
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

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

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

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

**Suchtbehandlung an der Drogenambulanz Klagenfurt**  
(Magistrat Klagenfurt)

**Suchtprävention im steirischen Fußballverband**

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

**Supromobil** – Bezirkskonferenz „Jugend und Drogen“

(Stiftung Maria Ebene)

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

(Institut für Sozialdienste, Vorarlberg)

**Viktoria hat Geburtstag**

(Fachstelle für Suchtprävention NÖ)

**Way Out** – Frühinterventionsangebot für erstaußfällige

drogenkonsumierende Jugendliche

(Kooperation der Landesstelle Suchtprävention und Neustart, Kärnten)

**Wiener Berufsbörse** – Verein zur beruflichen Integration

von drogen-, medikamenten- und alkoholabhängigen Personen

(Wiener Berufsbörse, Wien)

**Wien–Favoriten** – Behandlung und Betreuung von drogenabhängigen Straffälligen

(Justizanstalt Wien–Favoriten, Wien)

**Zertifikatslehrgang „Sucht- und Gewaltprävention“**

(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

# Websites

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

Eine ausführliche Liste von sucht- und drogenrelevanten Internet-Adressen auch aus dem europäischen und internationalen Bereich findet sich unter <http://www.goeg.at> (Abteilung Gesundheit und Gesellschaft / Schwerpunkt Drogen und Sucht / 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](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](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](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>

#### **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/>

# 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
			Amphetamin	14+	2,4
			Kokain	14+	2,3
			Opiate	14+	0,7
			biogene	14+	2,7
			Drogen	14+	1,7
			LSD	14+	2,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)	Cannabis	15-24	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009b)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamin	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene	14+	2
			Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene	15+	4
			Drogen	15+	3
			andere Drogen (z. B. LSD)		
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahre (n = 1.547) (15-59: n = 1.385)	Cannabis	15-59	19,6
			Ecstasy	15-59	3,2
			Amphetamin	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	15-59	3,5
			Drogen		
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	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
			Amphetamin	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 2014

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	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
			Amphetamin	14-17	5
			GHB	14-17	1
			LSD	14-17	2
			Schnüffelstoffe	14-17	15
			Magic Mushrooms	14-17	4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner et al. 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	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
			Amphetamin	15-20	3,1
			Halluzinogene	15-20	1,8
			Schnüffelstoffe	15-20	11,4
			Magic Mushrooms	15-20	8,9
HBSC-Studie (Dür und Griebler 2007)	Österreich 2005/6 (Lebenszeit)	15-jährige 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
			Amphetamin	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe	15-24	16,5
			biogene Drogen	15-24	13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	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

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung nach Alter	
				Alter	%
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
			Amphetamin	15-16	7,7
			GHB	15-16	2,3
			LSD	15-16	2,8
			Schnüffelstoffe	15-16	14,1
			Magic Mushrooms	15-16	4,1
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 590)	Cannabis	15-24	26,2
			Ecstasy	15-24	4,7
			Heroin	15-24	2,1
			Morphium	15-24	1,7
			Amphetamin	15-24	5,1
			Kokain	15-24	2,6
			LSD	15-24	2,1
			Schnüffelstoffe	15-24	8,9
			biogene Drogen	15-24	1,3
Erhebung zum 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
Flash Eurobarometer Young people and drugs (Euopäische Kommission 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	38
			NPS	15-24	7

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2004–2013

Todesursache	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Intoxikation mit Opiat(en)	38	31	27	9	13	18	13	11	11	10
Mischintoxikation mit Opiat(en)	133	134	137	138	136	153	148	151	111	103
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS <sup>1</sup> ohne Opiate	4	4	5	5	4	1	0	8	8	6
Intoxikation unbekannter Art	10	22	28	23	16	15	9	7	9	3
Summe verifizierte direkt drogenbezogene Todesfälle	185	191	197	175	169	187	170	177	139	122
Nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle <sup>2</sup>	-	-	-	-	32	19	17	24	22	16
Summe drogenbezogene Todesfälle					201	206	187	201	161	138

1: NPS = neue psychoaktive Substanz(en)

2: Vgl. GÖG/ÖBIG 2011b

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

Tabelle A4:

Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2004–2013

Bundesland	2004	2005	2006	2007	2008 <sup>1</sup>	2009 <sup>2</sup>	2010 <sup>3</sup>	2011 <sup>4</sup>	2012 <sup>5</sup>	2013 <sup>6</sup>	2004–2013
Burgenland	5	3	3	5	1	1	3	3	2	1	27
Kärnten	4	6	7	4	6	5	6	3	6	7	54
Niederösterreich	31	29	38	27	34	26	30	28	20	18	281
Oberösterreich	15	13	14	12	20	21	10	12	18	13	148
Salzburg	7	8	6	3	11	13	17	6	9	4	84
Steiermark	12	17	12	16	21	10	11	15	7	6	127
Tirol	15	17	16	11	18	15	18	23	14	14	161
Vorarlberg	8	6	6	7	2	14	10	8	7	8	76
Wien	88	92	95	90	55	82	65	79	56	51	753
Unbekannt	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Gesamt	185	191	197	175	169	187	170	177	139	122	1.712

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

5: Dazu kommen noch 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

6: Dazu kommen noch 16 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

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

Tabelle A5:

Anzahl der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2004–2013

Alters- gruppe	2004		2005		2006		2007		2008 <sup>1</sup>		2009 <sup>2</sup>		2010 <sup>3</sup>		2011 <sup>4</sup>		2012 <sup>5</sup>		2013 <sup>6</sup>	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 19	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	6	4,9
20–24	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	18	14,8
25–29	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	34	27,9
30–34	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	31	25,4
35–39	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	11	9,0
40 und älter	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	22	18,0
<b>Gesamt</b>	185	100	191	100	197	100	175	100	169	100	187	100	170	100	177	100	139	100	122	100,0
<b>männlich</b>	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	98	80,3
<b>weiblich</b>	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	24	19,7

1: Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

2: Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

3: Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

4: Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

5: Dazu kommen noch 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

6: Dazu kommen noch 16 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

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

Tabelle A6:

Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2013

Todesursache			Altersgruppen								Summe		
			< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		> 49	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	0	1	3	3	1	0	0	0	8	
		mehrere Opiate	0	1	0	0	0	1	0	0	0	2	
		+ Alkohol	0	0	3	0	1	0	0	0	0	4	
		+ Psychopharmaka	0	4	6	15	10	5	4	2	4	50	
		+ Alkohol & Psycho- pharmaka	0	0	2	2	4	4	2	3	1	18	
	Opiate und andere SG	ausschließlich SG	0	0	0	1	3	0	0	0	0	4	
		SG + Alkohol	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	
		SG + Psychopharmaka	0	1	4	6	7	0	1	0	1	20	
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	0	1	2	1	0	1	0	1	6	
	SG ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	
		SG + Alkohol	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	
		SG + Psychopharmaka	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
			Suchtgiftintoxikation unbekannter Art	0	0	0	1	0	0	2	0	0	122
			Summe verifizierter direkt drogen- bezogener Todesfälle	0	6	18	34	31	11	10	5	7	98
		davon Männer	0	4	13	29	27	9	8	3	5	24	

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

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

Tabelle A7:

Verteilung der verifizierten direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2013

Todesursache		Bundesland										
		B	K	N <sup>1</sup>	OÖ <sup>2</sup>	S	St	T	V <sup>3</sup>	W <sup>4</sup>	Ö <sup>5</sup>	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	2	0	2	0	1	0	0	3	8
		mehrere Opiate	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2
		+ Alkohol	1	0	1	0	0	0	0	0	2	4
		+ Psychopharmaka	0	2	9	4	2	3	10	2	18	50
		+ Alkohol & Psychopharmaka	0	1	3	1	1	1	1	1	9	18
	Opiate und andere SG	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4
		SG + Alkohol	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
		SG + Psychopharmaka	0	1	5	3	0	1	2	2	6	20
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	1	0	0	0	0	1	1	3	6
	SG ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		SG + Psychopharmaka	0	0	0	1	0	0	0	1	0	2
		SG + Alkohol & Psychopharmaka	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	0	1	0	0	0	0	2	3
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle		1	7	18	13	4	6	14	8	51	122	
Verifizierte direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		0,5	1,9	1,7	1,4	1,1	0,7	2,9	3,2	4,3	2,1	
Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		0,5	1,9	1,8	1,5	1,1	0,7	2,9	4,0	5,3	2,4	

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

- 1: Dazu kommt 1 nicht obduzierter drogenbezogener Todesfall.
- 2: Dazu kommt 1 nicht obduzierter drogenbezogener Todesfall.
- 3: Dazu kommen 2 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle
- 4: Dazu kommen 12 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle
- 5: Dazu kommen 16 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

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

Tabelle A8:

Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2004-2013

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

Quelle: BMG; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2004–2013

Anzeigen	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gesamtanzeigen	25.215	25.892	24.008	24.166	20.043	22.729	23.853	25.892	23.797	28.227
Ersttäter	14.346	15.569	15.808	16.053	13.634	14.893	19.409	21.828	19.683	22.979
Wiederholungstäter	9.990	9.520	7.636	7.569	5.990	7.258	3.681	3.247	3.107	3.688

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, 2004–2013

Bundesland	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Burgenland	967	923	1.033	1.008	871	953	716	801	687	844
Kärnten	1.464	1.529	1.190	1.408	1.153	1.372	1.522	1.422	1.165	1.460
Niederösterreich	3.531	3.632	3.050	3.464	2.583	3.165	2.978	2.917	2.683	3.134
Oberösterreich	3.521	3.769	3.209	3.786	3.245	3.908	3.660	3.590	3.547	4.446
Salzburg	1.077	1.092	1.001	1.116	1.015	1.096	1.099	1.431	1.145	1.350
Steiermark	1.705	1.516	1.435	1.929	1.372	1.669	1.607	1.878	1.879	2.465
Tirol	2.695	2.775	2.607	2.454	1.982	2.555	2.692	3.095	2.570	3.929
Vorarlberg	1.044	1.008	1.240	1.153	976	1.027	1.143	1.092	1.392	1.251
Wien	8.524	8.797	7.925	6.611	5.883	6.056	7.001	7.903	7.435	8.597
Gesamtanzeigen	24.528	25.041	22.690	22.929	19.080	21.801	22.418	24.129	22.503	27.476

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A11:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) in Österreich nach Bundesland, 2010–2013

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

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A12:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz in Österreich nach Bundesland, 2012–2013

Bundesland	2012	2013
Burgenland	5	4
Kärnten	3	5
Niederösterreich	25	32
Oberösterreich	10	9
Salzburg	9	3
Steiermark	15	35
Tirol	12	19
Vorarlberg	2	6
Wien	12	15
Gesamtanzeigen	93	128

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

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

Tabelle A13:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2004–2013

Suchtgift/Suchtmittel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cannabis	20.252	20.900	19.021	19.063	15.063	17.513	17.066	17.836	17.461	22.798
Heroin und Opiate	4.770	4.720	3.516	3.294	2.865	3.157	3.677	2.575	1.582	1.390
Kokain + Crack	5.365	5.491	4.252	4.263	3.551	3.930	3.332	3.383	2.963	2.936
Amphetamin	1.741	1.664	1.503	1.914	1.296	1.562	1.375	1.696	1.283	1.517
Methamphetamin	102	131	136	198	109	187	294	510	837	1.337
LSD	196	160	164	196	101	193	137	138	129	155
Ecstasy	2.362	2.106	1.763	1.889	1.127	966	388	485	375	378
Mephedron							209	1.179	331	285
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.420	1.795	2.800	2.714	2.294	2.693	3.113	3.552	2.864	2.317
Sonstige Suchtgifte*	304	427	355	323	263	363	185	160	143	164
Psychotrope Substanzen	11	4	14	20	13	16	37	58	35	59
Psychotrope Medikamente	892	1.081	1.687	1.535	1.185	1.174	1.666	2.086	1.502	837
Drogenausgangsstoffe	0	4	8	2	12	1	3	4	8	18

- = 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 A14:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2013

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	771	1.282	2.641	3.710	1.224	2.307	4.034	1.143	5.686	22.798
Heroin und Opiate	20	172	175	182	29	17	36	79	680	1.390
Kokain + Crack	64	167	193	281	94	92	340	185	1.520	2.936
Amphetamin	65	46	192	444	130	112	183	128	217	1.517
Methamphetamin	63	25	174	733	29	24	75	26	188	1.337
LSD	7	6	14	56	9	7	17	21	18	155
Ecstasy	13	32	39	88	34	36	78	30	28	378
Mephedron	8	12	65	4	4	114	13	0	65	285
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	21	93	232	543	83	108	82	36	1.119	2.317
Sonstige Suchtgifte*	5	22	28	36	12	14	27	10	10	164
Psychotrope Substanzen	1	4	13	10	2	2	10	3	14	59
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	4	54	80	107	26	33	60	24	449	837
Drogenausgangsstoffe	5	0	0	9	0	0	0	0	4	18

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 A15:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt  
in Österreich, 2004–2013

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 %
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
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4

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 Strafraumen 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 Strafraumen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A16:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte,  
nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2013\*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	468	1.226	874	518	753	3.839
	weiblich	34	127	106	55	91	413
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	84	267	244	170	385	1.150
	weiblich	8	35	34	17	45	139
§ 27 SMG	männlich	384	956	626	344	352	2.662
	weiblich	26	90	71	38	46	271

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt dargestellt.  
Daher sind in der Tabelle nicht alle Verurteilungen nach SMG 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 Strafraumen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A17:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte,  
differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund  
und Art der Strafe, 2013\*

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Straf- formen <sup>1</sup>	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	74	72	26	14	10	196
	Erwachsene	935	1.161	1.135	663	162	4.056
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	5	6	5	7	1	24
	Erwachsene	37	318	504	328	78	1.265
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	69	66	21	7	9	172
	Erwachsene	892	834	616	335	84	2.761

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

<sup>1</sup> 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 Strafraumen 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 Strafraumen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung). Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist nur eine eingeschränkte Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 möglich.

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

Tabelle A18:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung  
in Österreich, 2004–2013

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gesamt	9.666	11.660	10.379	10.175	9.384	10.627	11.807	11.667	11.455	13.044
§ 35 SMG Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwalt- schaft*	8.599	10.668	9.173	9.008	8.399	9.661	10.643	10.319	10.215	11.818
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	2.016	2.697	1.895	1.841	2.249	2.780	3.166	4.059	5.515	6.766
§ 37 SMG Vorläufige Einstellung durch das Gericht*	1.067	992	1.206	1.167	985	966	1.164	1.348	1.240	1.226
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	427	452	507	540	638	624	733	741	673	728

\* 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; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A19:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2004–2013

Suchtgift/Suchtmittel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cannabis	6.202	6.012	5.770	5.732	5.050	5.733	6.195	6.750	7.137	10.139
Heroin	1.383	1.371	883	765	673	901	1.048	640	393	346
Kokain	1.475	1.507	1.044	1.087	936	984	946	970	912	992
Amphetamin	324	312	299	319	262	347	352	383	348	496
Methamphetamin	18	16	35	61	37	53	114	162	259	363
LSD	29	20	20	39	20	39	43	41	47	39
Ecstasy	286	295	248	250	181	131	63	90	113	119
Mephedron							73	125	36	54
Suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	812	1.117	1.571	1.234	1.015	1.121	1.456	1.712	1.435	1.129
Sonstige Suchtgifte*	87	97	84	92	58	79	72	67	65	88
Psychotrope Substanzen	5	2	2	10	1	2	13	23	22	30
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	678	823	1.300	1.019	843	697	993	1.268	888	495
Drogenausgangsstoffe	0	2	7	1	12	0	1	0	8	9
Substanzen nach NPSG**										424

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

\*\* NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

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

Tabelle A20:

## Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2004–2013

Suchtgift/ Suchtmittel	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Cannabis (kg)	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8
Heroin (kg)	235,0	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6	96	64,9	222,1	80,2
Kokain (kg)	75,5	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2	241	139	64,6	24,7
Amphetamin (kg)	25,7	8,9	38,2	17,5	12,9	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4
Methamphetamin (kg)	1,9	0,7	0,7	1,9	0,1	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6
LSD (Trips)	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588	276	618
Ecstasy (Stk.)	122.663	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768
Mephedron (kg)	-	-	-	-	-	-	2,9	14,2	2,4	4,0
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.; inkl. Substitutionsmitteln)	9.031	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196
Sonstige Suchtgifte (kg)*	21,4	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2
Psychotrope Substanzen (kg)	0,05	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (Stk.)	21.119	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423
Drogenausgangsstoffe (kg)	0,00	0,10	9,85	0,17	22,16	0	1	0	2,8	149,7
Substanzen nach NPSG** (kg)										31,6

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

\*\* NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

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

Tabelle A21:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2004–2013

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben									
	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)	2013 (n=108)
MDMA	72,0	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0
MDMA + MDE	9,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
MDE und/oder MDA	7,5	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	1,1	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9
MDMA + Amphetamin	0,0	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9
MDMA + diverse Mischungen*	1,1	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0
PMA/PMMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9
Amphetamin	0,0	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	1,1	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3	– <sup>3</sup>	– <sup>3</sup>
diverse Mischungen*	7,5	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6
Neue psychoaktive Substanzen <sup>1</sup> / NPS <sup>2</sup> + diverse Mischungen***	–	–	–	–	–	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9

\* 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

<sup>1</sup> Neue psychoaktive Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG.

<sup>2</sup> Neue psychoaktive Substanzen

<sup>3</sup> 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:

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, 2005–2013

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)	2013 (n=290)
MDMA	100,0	100,0	81,5	87,1	69,6	51,6	82,2	80,2	78,3
MDMA + MDE	0,0	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	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,4
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	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	1,0
PMA/PMMA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,3
Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	0,0	0,3
Piperazin / Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	3,2	21,7	0,0	1,2	– <sup>3</sup>	– <sup>3</sup>
diverse Mischungen*	0,0	0,0	7,4	6,5	4,3	3,3	1,2	5,0	2,4
<i>Neue psychoaktive Substanzen</i> <sup>1</sup> / NPS <sup>2</sup> + diverse Mischungen***	–	–	–	–	8,7	35,2	8,0	9,9	16,2

\* 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

<sup>1</sup> *Neue psychoaktive Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG*

<sup>2</sup> *Neue psychoaktive Substanzen*

<sup>3</sup> 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 A23:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2004–2013

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Speed gekauften Proben									
	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)	2013 (n=321)
Amphetamin	22,0	33,3	24,0	22,5	15,2	9,7	14,5	5,4	7,0	18,1
Amphetamin + Koffein	19,5	6,1	29,3	10,1	27,3	50,4	61,3	55,7	55,7	56,7
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	39,0	24,2	24,0	31,8	34,3	15,0	10,5	18,2	24,9	19,3
Methamphetamin	2,4	3,0	0,0	10,1	1,0	0,9	1,6	0,5	2,2	0,9
Koffein	4,9	9,1	1,3	1,6	3,0	8,8	1,6	7,9	0,4	0,6
MDMA	0,0	6,1	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Diverse Mischungen*	12,2	18,2	17	23,3	14,1	14,2	7,3	5,4	5,5	2,5
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	0,9	0,8	1,0	-3	-3
Neue psychoaktive Substanzen <sup>1</sup> / NPS <sup>2</sup> +diverse Mischungen***	-	-	-	-	-	0,0	2,4	5,4	4,0	1,9

\* 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

<sup>1</sup> Neue psychoaktive Substanzen im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

<sup>2</sup> Neue psychoaktive Substanzen

<sup>3</sup> 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 A24:

Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2013

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Fortgesetzte Behandlung	217	576	2.255	1.629	448	1.204	1.057	594	7.948	15.928
Erstbehandlung	18	132	147	165	29	68	102	41	359	1.061
Gesamt	235	708	2.402	1.794	477	1.272	1.159	635	8.307	16.989

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 A25:

Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
10 bis 14	1	2	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0
15 bis 19	19	21	19	3	7	4	15	16	16	6	19	9
20 bis 24	25	21	24	13	21	15	23	24	23	26	28	26
25 bis 29	20	23	21	24	26	25	21	23	22	28	17	26
30 bis 34	14	15	14	24	19	23	16	15	15	20	21	20
35 bis 39	8	8	8	15	10	14	10	6	9	8	6	8
40 bis 44	6	4	5	11	7	10	6	6	6	6	2	5
45 bis 49	4	4	4	6	4	5	4	5	5	2	2	2
50 bis 54	2	2	2	3	3	3	2	2	2	2	2	2
55 bis 59	1	1	1	2	0	1	1	1	1	1	1	1
60 bis 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben	3.670	1.014	4.023	1.407	501	1.908	2.264	712	2.976	529	126	655
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 Betreuungsjahr 2013;  
Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A26:

Personen, die im Jahr 2013 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht in Prozent

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
erwerbstätig	-	-	-	15	11	14	35	22	32	3	8	4
arbeitslos	-	-	-	52	43	50	37	36	37	36	38	37
Bedarfsorientierte Mindestsicherung	-	-	-	14	26	17	9	18	11	7	10	7
Kind, Schüler/in, Student/in (=sog. "erhaltene Person")	-	-	-	1	3	1	3	6	4	0	2	1
Präsenz- oder Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	8	13	10	7	15	9	15	18	15
Haushalt, Umschulung, sonstiges nicht erwerbstätig und sonstiges unbekannt	-	-	-	6	6	6	7	8	8	41	34	40
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	1.147	403	1.550	2.054	662	2.716	503	124	627
unbekannt	-	-	-	236	85	321	152	32	184	13	2	15
missing	-	-	-	24	13	37	58	18	76	13	0	13

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensunterhalt wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A27:

Personen, die im Jahr 2013 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	-	-	-	-	-	-	1	1	1	2	0	1
Kärnten	-	-	-	-	-	-	15	16	15	3	5	3
Niederösterreich	-	-	-	-	-	-	9	8	9	17	22	18
Oberösterreich	-	-	-	-	-	-	1	1	1	15	16	15
Salzburg	-	-	-	-	-	-	5	6	6	7	5	6
Steiermark	-	-	-	-	-	-	9	12	10	6	7	6
Tirol	-	-	-	-	-	-	3	3	3	8	7	8
Vorarlberg	-	-	-	-	-	-	15	10	14	10	11	11
Wien	-	-	-	-	-	-	39	42	40	33	25	32
Ausland	-	-	-	-	-	-	2	1	1	0	1	0
Gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.151	684	2.835	509	122	631
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	31	12	43	1	0	1
Missing	-	-	-	-	-	-	82	16	98	19	4	23

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 Betreuungsjahr 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A28:

Personen, die im Jahr 2013 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)	-	-	-	61	63	61	86	88	87	84	80	83
Ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	33	32	33	7	7	7	9	11	9
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	0	0	2	1	1	5	7	5
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	6	5	5	1	1	1	2	1	2
Betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	0	0	1	1	1	0	1	0
Betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	0	0	0	2	2	2	0	1	0
Haft	-	-	-	0	0	0	1	0	1	0	0	0
Gültige Angaben	-	-	-	1.146	395	1.541	2.129	677	2.806	499	122	621
Unbekannt	-	-	-	237	94	331	110	29	139	6	0	6
Missing	-	-	-	24	12	36	25	6	31	24	4	28

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 Betreuungsjahr 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A29:

Personen, die im Jahr 2013 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
<b>Opioide gesamt</b>	<b>36</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>82</b>	<b>80</b>	<b>82</b>	<b>45</b>	<b>58</b>	<b>48</b>	<b>60</b>	<b>55</b>	<b>59</b>
Heroin	25	26	25	59	59	59	39	48	41	43	38	42
Methadon	4	3	4	44	40	43	4	7	5	13	17	14
Buprenorphin	4	3	4	40	37	39	5	8	6	3	6	4
Morphin in Retardform	9	16	11	61	60	61	14	20	15	14	22	16
Anderes Opioid	5	7	6	42	39	41	3	5	4	23	22	23
<b>Kokaingruppe</b>	<b>12</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>38</b>	<b>28</b>	<b>36</b>
Kokain	12	8	11	7	6	7	13	10	12	37	28	35
Crack	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1
Anderes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>Stimulantien gesamt</b>	<b>10</b>	<b>12</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>21</b>	<b>23</b>	<b>21</b>
Amphetamin (z. B. Speed)	6	6	6	1	1	1	5	5	5	15	17	15
MDMA (Ecstasy) und Derivate	2	2	2	0	0	0	3	2	3	16	16	16
Anderes Stimulans	4	6	4	1	0	0	1	2	1	0	2	1
<b>Tranquilizer/Hypnotika gesamt</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>22</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>18</b>	<b>36</b>	<b>22</b>
Benzodiazepine	8	7	7	21	21	21	10	15	11	18	36	22
Barbiturate	0	0	0	4	4	4	0	0	0	1	2	1
Anderer Hypnotikum bzw. Tranquilizer	0	0	0	11	12	11	0	0	0	1	2	1
<b>Halluzinogene gesamt</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>4</b>
LSD	1	0	1	0	0	0	1	0	1	5	0	4
Anderer Halluzinogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cannabis</b>	<b>57</b>	<b>45</b>	<b>55</b>	<b>11</b>	<b>13</b>	<b>11</b>	<b>49</b>	<b>38</b>	<b>46</b>	<b>58</b>	<b>50</b>	<b>56</b>
<b>Schnüffelstoffe</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Alkohol</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>25</b>	<b>18</b>
<b>Anderer Drogen</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>6</b>	<b>2</b>
Leitdroge (Nennungen)	3.355	779	4.134	1.742	548	2.290	2.809	968	3.777	1.185	315	1.500
Leitdroge angegeben (Personen)	2.191	549	2.740	563	182	745	1.803	569	2.372	445	109	554
Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	187	75	262	30	11	41	117	24	141	17	2	19
Keine Leitdroge angegeben (Personen)	1.276	383	1.659	814	308	1.122	303	106	409	21	6	27
Missing	16	7	23	0	0	0	41	13	54	46	9	55

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „Leitdroge (Nennungen)“, „Leitdroge angegeben (Personen)“, „Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)“, „keine Leitdroge angegeben (Personen)“ und „Missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“ beziehen. „Missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A30:

Personen, die im Jahr 2013 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	75	66	73	31	33	31	65	56	63	53	36	50
Ja	25	34	27	69	67	69	35	44	37	47	64	50
Gültige Angaben	3.385	875	4.260	1.114	392	1.506	2.108	671	2.779	463	116	579
Unbekannt	273	131	404	271	100	371	143	38	181	26	6	32
Missing	12	8	20	22	9	31	13	3	16	40	4	44

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 Betreuungsjahr 2013; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A31:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2013

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	4 <sup>2</sup>	0	29.000
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4 <sup>1</sup>	3	355.805
Salzburg	1	2	8.615
Steiermark	2 <sup>1,3</sup>	3	619.979
Tirol	2	4	472.069
Vorarlberg	4	7	323.599
Wien	2 <sup>1</sup>	0	2.953.932
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>4.762.999</b>

- 1: inkludiert ein Streetwork-Angebot  
 2: inkludiert zwei Streetwork-Angebote  
 3: Angebot beschränkt sich auf Graz

Quelle: ST10 Syringe Availability 2014; Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A32:

Feinkategorisierung der Leit- und Begleitdrogen in den Kategorien „andere Stimulantien“ und „andere Drogen“ aller 9.043 ambulant oder stationär betreuten Klientinnen und Klienten der DOKLI-Einrichtungen 2013

Substanz	Leitdroge	Begleitdroge	Summe
Nikotin	70	1.285	1.355
Methamphetamin	50	78	128
andere Stimulantien (ohne Spezifizierung)	48	207	255
Mephedron	36	138	174
Research Chemicals	21	21	42
Pilze	14	248	262
sonstiges	6	16	22
GHB	4	5	9
Ketamin	4	36	40
Kräutermischungen	2	13	15
andere Naturdrogen	1	21	22
4-MEC	1	0	1
Steroide	0	17	17

Anmerkung: Es handelt sich um Mehrfachnennungen

Quelle: DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2013; 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 A33:

Programm „Eigenständig werden“, Schuljahr 2013/2014

Bundesland	Anzahl abgeschlossene Schulungen SJ 2013/14	Anzahl an Trainingseinheiten Lehrer/innen <sup>1</sup> SJ 2013/14	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2013/14	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2013/14	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Elternabende SJ 2013/14	Anzahl Workshops SJ 2013/14	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2013/14	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2013/14 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2013/14	Anzahl erreichter VS bis SJ 2013/14 in %
B	1	28	15	1,5	1	0,5	1	2	170	17,2	75	38,0
K	4	120	65	2,8	13	5,5	2	2	366	15,8	119	50,4
NÖ	6	180	87	1,2	18	2,6	0	2	711	9,9	161	22,9
OÖ	8	224	164	2,9	21	3,7	21	2	1737	30,9	444	77,5
S	4	112	69	3,5	11	5,9	1	3	536	26,8	126	68,1
St	6	149	80	2,0	22	4,7	1	5	461	11,7	174	36,9
T	2	48	29	0,9	19	5,0	1	5	566	17,5	233	61,5
V	2	52	31	2,2	4	2,3	1	4	774	55,3	100	60,0
W	4	112	69	1,3	26	6,5	n.v.	3	1403	25,6	256	93,5

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

<sup>1</sup> 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 A34:  
Programm „plus“, Schuljahr 2013/2014

Bundesland	Anzahl Fort- bildungskurse für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl erreichter Lehrer/innen SJ 2013/14	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2013/14	Anzahl erreichter Klassen SJ 2013/14	Anteil erreichter Schulen SJ 2013/14 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2013/14	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2013/14 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2013/14	Anteil erreichter Schulen bis SJ 2013/14 in %	Anzahl erreichter Klassen bis SJ 2013/14
B	11	60	3,7	18	n. v.	34,0	60	3,7	18	34,0	n. v.
K	8	115	3,5	35	71	41,7	142	4,4	40	47,6	95
NÖ	5	13	0,1	5	6	1,7	80	0,9	14	4,7	67
OÖ	19	320	3,3	89	160	32,0	350	3,7	100	35,0	190
S	4 <sup>67</sup>	42	1,2	22	41	23,9	74	2,1	24	26,1	50
St	9	203	5,0	35	105	21,6 <sup>68</sup>	248	6,1	43	26,5 <sup>69</sup>	130
T	7	88	2,1	34	ca. 66	30,4	145	3,1	52	46,4	125
V	7	119	4,5	41	n. v.	60,0	119	4,5	41	62,0	n. v.
W	6	137	1,4	73	125	11,2	181	1,4	94	39,4	101

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

67

Nur Lehrgänge im Schuljahr 2013/2014

68

Prozentsatz bezieht sich nur auf HS und NMS.

69

Prozentsatz bezieht sich nur auf HS und NMS.

Unter dem Namen *movin'* bzw. *MOVE (W)* 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 A35:

Seminare *movin'* bzw. *MOVE*, 2013

Bundesland	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/Multiplikatoren)	Anzahl durchgeführter Schulungen/ Seminarreihen im Jahr 2013	Anzahl an Einheiten für Training von Multiplikatoren im Jahr 2013	Anzahl der zertifizierten Teilnehmer im Jahr 2013	Dokumentation ja/nein	Prozess-Evaluation ja/nein
K	12-21 jährige Jugendliche in Jugendzentren, bei Streetwork und in Sozialeinrichtungen	Mitarbeiter der offenen Jugendarbeit, Mitarbeiter von Jugendwohlfahrtseinrichtungen	2	32	28	ja	ja
NÖ	Kinder und Jugendliche; rauchende Personen; werdende Mütter, Mütter von Neugeborenen;	Multiplikatoren im Bereich der Suchtprävention, Mitarbeiter einer Jugendwohlfahrtseinrichtung, Hebammen, Mitarbeiter in der Gesundheitsförderung; 2 Reflexionsworkshops für <i>movin'</i> - Absolventen	4	80	33	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche in Jugendzentren, AMS-Projekten, Beratungs- und Sozialeinrichtungen bzw. in Kontakt mit Streetwork	Mitarbeiter der Offenen Jugendarbeit; Grundkurs des Landesjugendreferates zur Außerschulischen Jugendarbeit; Trainer aus arbeitsmarktpolitischen Projekten, Mitarbeiter aus Sozial- und Beratungseinrichtungen	3	56	47	ja	ja
S	Jugendliche in Jugendzentren; Jugendliche in div. soz. Maßnahmen (Arbeitsplatz / Lehre, betreuten WG's); Schüler, Klienten Drogenberatung/Streetwork u.a.	Mitarbeiter in Jugendzentren, Jugend-WGs und Jugendwohlfahrtseinrichtungen; Beratungslehrer; Berufsausbildner; Streetwork, Präventionspolizisten, etc.	3	48 EH (a 50 Min.)	39	ja	ja
St	12- bis 21-jährige Jugendliche / junge Erwachsene	Mitarbeiter von Offener Jugendarbeit und Schulsozialarbeit bzw. -beratung; sozialpädagogische Betreuer; Mitarbeiter in Jugendausbildung und -beschäftigung	3	48	45	ja	ja
T	Jugendliche, junge Erwachsene, 15-21	Mitarbeiter aus Jugendarbeit, Streetwork, Beschäftigungsprojekte, Drogenarbeit	1	22	14	ja	ja
V	12- bis 21-jährige Jugendliche; Klienten von (Sucht-) Beratungsstellen	Mitarbeiter von (Sucht-)Beratungsstellen und Offener Jugendarbeit; Freizeitpädagogen	1	19	19	ja	ja
W	12- bis 25-jährige Jugendliche	Mitarbeiter und Peers in der Offenen Jugendarbeit; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben	7	189	97	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 A36:

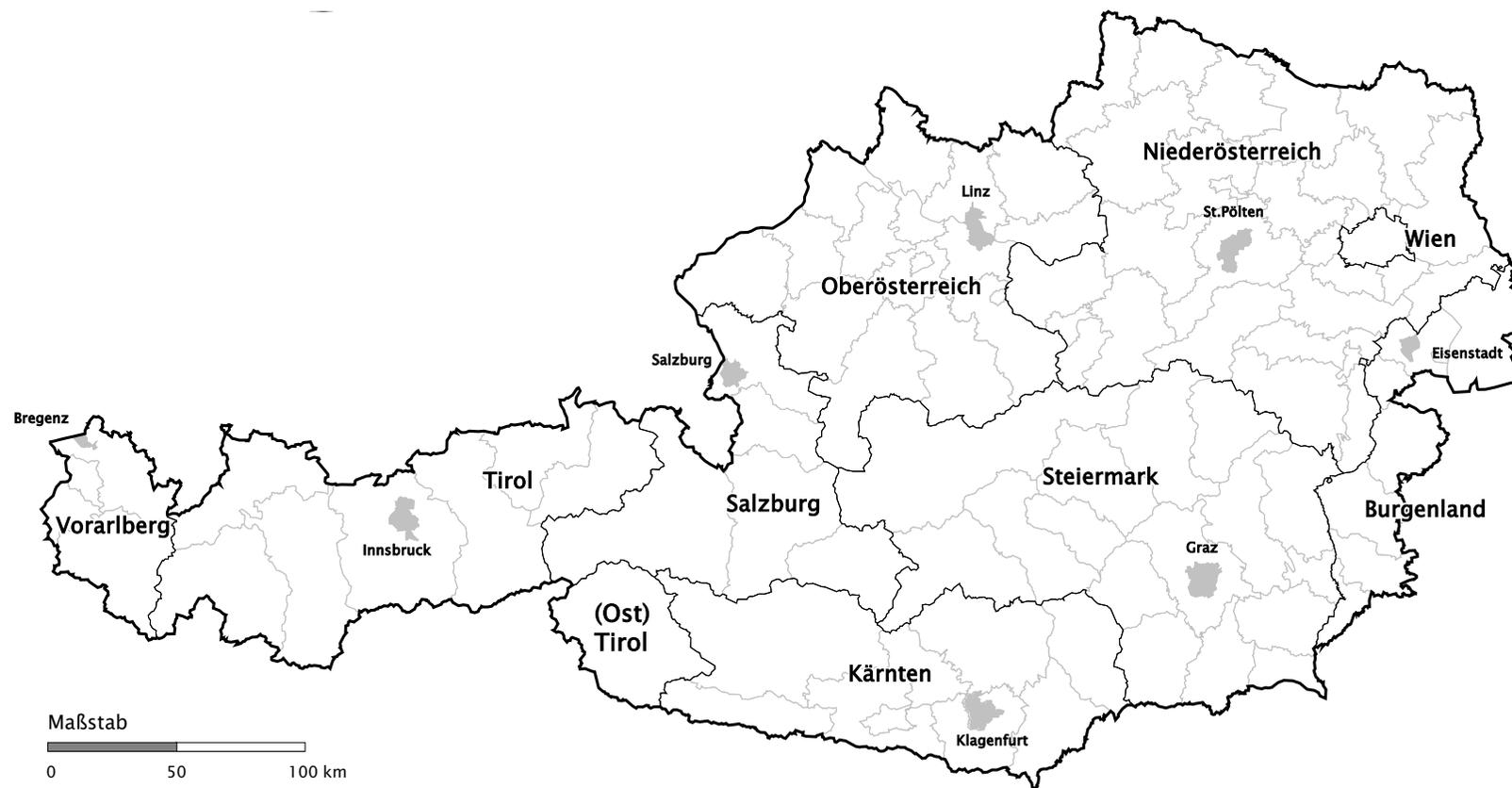
Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2012 nach fünf- bzw. 15-jährigen Altersgruppen sowie nach der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen und nach Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	203.087	191.948	395.035
5 bis 9 Jahre	207.118	197.674	404.792
10 bis 14 Jahre	215.731	205.056	420.787
15 bis 19 Jahre	248.739	235.672	484.411
20 bis 24 Jahre	270.764	262.166	532.930
25 bis 29 Jahre	277.338	274.666	552.004
30 bis 34 Jahre	275.709	273.121	548.830
35 bis 39 Jahre	275.513	279.550	555.063
40 bis 44 Jahre	331.894	331.822	663.716
45 bis 49 Jahre	358.257	352.580	710.837
50 bis 54 Jahre	320.858	319.817	640.675
55 bis 59 Jahre	259.444	270.177	529.621
60 bis 64 Jahre	228.939	246.410	475.349
65 bis 69 Jahre	191.806	215.973	407.779
70 bis 74 Jahre	194.202	229.812	424.014
75 bis 79 Jahre	111.043	149.589	260.632
80 bis 84 Jahre	84.012	134.477	218.489
85 Jahre und älter	54.977	146.370	201.347
<b>Gesamt</b>	<b>4.109.431</b>	<b>4.316.880</b>	<b>8.426.311</b>
0 bis 14 Jahre	625.936	594.678	1.220.614
15 bis 29 Jahre	796.841	772.504	1.569.345
30 bis 44 Jahre	883.116	884.493	1.767.609
45 bis 59 Jahre	938.559	942.574	1.881.133
60 bis 74 Jahre	614.947	692.195	1.307.142
75 Jahre und älter	250.032	430.436	680.468
<b>Gesamt</b>	<b>4.109.431</b>	<b>4.316.880</b>	<b>8.426.311</b>
15 bis 64 Jahre	2.847.455	2.845.981	5.693.436

Quelle: Statistik Austria (2014); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Karte A1:  
Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken

---



---

Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG



# Anhang B

---

## Abkürzungsverzeichnis



Abb.	Abbildung
abs.	absolut
Abs	Absatz
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKB-48	N-(1-adamantyl)-1-pentyl-1H-indazol-3-carboxamid
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
amb.	ambulant
AMS	Arbeitsmarktservice
ANS Ost	Angehörige Netzwerk Sucht OstÖsterreich
API	Anton Proksch Institut
ART	Antiretrovirale Therapie
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMS	Bedarfsorientierte Mindestsicherung
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWFW	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CND	Commission on Narcotic Drugs
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
d. h.	das heißt
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control

EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EH	Einheit(en)
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al	et alii
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
GBL	Butyro-1,4-lacton
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
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
IDU	Intravenous drug user
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
inkl.	inklusive
ISP	Institut für Suchtprävention
i.	in
i.v.	intravenös
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
LGBl.	Landesgesetzblatt
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
mCPP	meta-Chlor-Phenylpiperazin
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
MDPV	3,4-Methylendioxypropylvaleron
mg	Milligramm
Mio.	Million(en)
NEWIP	Nightlife Empowerment and Well-being Implementation Project

NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
n. v.	nicht verfügbar
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBB	Österreichische Bundesbahnen
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖVDF	Österreichischer Verein für Drogenfachleute
PCP	Phenylcyclohexylpiperidin
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PVP	Pyrrolidinovalerophenon
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
S	Salzburg
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SJ	Schuljahr
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
stat.	Stationär
STD	Sexually Transmitted Disease
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
STS-135	N-(adamantan-1-yl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-carboxamid
T	Tirol
Tbc	Tuberkulose
TDI	Treatment Demand Indicator
u. a.	unter anderem, und andere
UE	Unterrichtseinheiten
v.	vom/von
v. a.	vor allem

V	Vorarlberg
vgl.	vergleiche
vs.	versus/gegenübergestellt
W	Wien
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation
XLR-11	siehe 5FUR-144
z. B.	zum Beispiel
4-MA	4-Methylamphetamin= 1-(4-methylphenyl)propan-2-amin
4-MEC	4-Methylethcathinon
5FUR-144	(1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone
6-MAM	6-Monoacetylmorphin

# 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 ein<sup>70</sup>.

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 (für Österreich nicht verfügbar); 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, für Österreich nicht verfügbar)
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 (für Österreich nicht verfügbar)
Standard Table TDI:	Characteristics of individuals starting treatment for drugs by type of treatment centre
Standard Table:	Public expenditure (für Österreich nicht verfügbar)
Structured Questionnaire 22/25:	Universal prevention (letztes Update : 2013)
Structured Questionnaire 23/29:	Prevention and reduction of health-related harm associated with drug use (letztes Update: 2014)
Structured Questionnaire 26:	Selective prevention (letztes Update : 2013)
Structured Questionnaire 27:	Part 1: Treatment programmes; Part 2: Quality assurance treatment (letztes Update: 2014)

---

70

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)