

Bericht zur Drogensituation 2021

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2021

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Martin Busch
Judith Anzenberger
Angelina Brotherhood
Charlotte Klein
Birgit Priebe
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz
Julian Strizek

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Franz Pietsch, Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im Oktober 2021

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

Zitiervorschlag: Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Bericht zur Drogen-situation 2021. Gesundheit Österreich, Wien

ZI: P4/11/4231

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

Dieser Bericht trägt zur Umsetzung der Agenda 2030, insbesondere zu Nachhaltigkeitsziel (SDG) 3 „Gesundheit und Wohlbefinden“ sowie zu Unterziel SDG 3.5 „Prävention und Behandlung des Substanzmissbrauchs, namentlich des Suchtstoffmissbrauchs und des schädlichen Gebrauchs von Alkohol, verstärken“ bei.

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Themenbereich illegale Drogen, wobei in manchen Zusammenhängen auch auf Sucht allgemein – unabhängig vom Legalstatus – verwiesen wird. Der Bericht zur Drogensituation dient zum einen dem BMSGPK als nationaler Bericht und bildet zum anderen den österreichischen Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union.

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Sowohl die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* als auch die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und differenzieren zwischen der Anerkennung von Sucht als Erkrankung und dem Drogenhandel. Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den Bundesländern bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu.

Wesentliche Neuerungen haben sich im Berichtszeitraum aufgrund der COVID-19-Pandemie ergeben. Einerseits hat die Pandemie Möglichkeiten zur (persönlichen) Vernetzung reduziert, andererseits kam es zu verstärkter Zusammenarbeit und Koordination im Zuge eigens eingerichteter Krisenbeiräte, um die Anforderungen der Pandemie an die Einrichtungen und Klientinnen/Klienten bestmöglich zu meistern.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das *Suchtmittelgesetz* (SMG). Es differenziert nach Menge und Klassifizierung zwischen Suchtmitteln, Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Droгенаusgangsstoffen. Unter Strafe stehen beispielsweise Erwerb, Besitz und Erzeugung von Suchtmitteln, deren Konsum steht nicht unter Strafe. Unterschieden wird zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Weitere relevante Rechtsquellen sind die *Suchtgiftverordnung* (SV) und die *Psychotropenverordnung* (PV).

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

Die Gültigkeitsdauer des im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes geschaffenen § 8a Abs. 1c SMG, welcher den substituierenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eröffnet, Patientinnen/Patienten, bei denen keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutions-

dauerverschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen, wurde mit der am 1. Jänner 2021 in Kraft getretenen Novelle des SMG bis 31. Dezember 2021 verlängert.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) beziehen sich in Österreich am häufigsten auf Cannabis (Prävalenz etwa 30–40 Prozent bei jungen Erwachsenen). Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von maximal sechs Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie von maximal zwei Prozent für Opioide und *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS). Generell beschränkt sich der Konsum illegaler Substanzen aber meist auf eine kurze Lebensphase. Mittlerweile liegen ausreichend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen etc.) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzien- und insbesondere des Kokainkonsums in Österreich auszugehen. Inwiefern sich damit die Gruppe von Personen mit risikoreichen und behandlungsrelevanten Kokainkonsummustern (ohne Opioide) vergrößert, werden die nächsten Jahre zeigen.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der risikoreiche Drogenkonsum. Hier spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden die zentrale Rolle. Aktuelle Schätzungen zufolge konsumieren zwischen 31.000 und 37.000 Personen risikoreich Opioide, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 9.300 bis 14.800 geschätzt. Daten aus dem Drogenmonitoring deuten darauf hin, dass weniger junge Personen in einen risikoreichen Opioidkonsum einsteigen als in früheren Jahren. Einschränkend muss jedoch angemerkt werden, dass sich bei den drogenbezogenen Todesfällen 2020 ein Anstieg in dieser Altersgruppe feststellen lässt. Diese Entwicklung muss genau beobachtet werden. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen. Insgesamt zeigt sich eine Alterung der Population mit risikoreichem Opioidkonsum, die auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit wie auch auf die Effizienz der Versorgungsangebote für diese Zielgruppe zurückgeführt werden kann. Allerdings sind die mittel- bis längerfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum derzeit noch nicht abschätzbar.

Zwei Drittel der in der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“ Befragten, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, haben während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 ihren Konsum nicht in einem relevanten Ausmaß geändert. Der Anteil der Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten, die während des ersten Lockdowns weniger Cannabis rauchten (20 %) übersteigt den Anteil jener, die in diesem Zeitraum mehr Cannabis als zuvor rauchten (14 %). Der häufigste Grund für eine Reduktion des Cannabiskonsums ist, dass die betreffenden Personen nur in Gesellschaft anderer konsumieren und dies während der Coronakrise nicht bzw. schwerer möglich war. Personen mit einer Zunahme des Cannabiskonsums nennen zu zwei Dritteln mehr Freizeit als Motiv und zu einem Drittel Stress und Belastungen. Daten der zweiten Erhebungswelle im Herbst 2020 legen nahe, dass es während des ersten Lockdowns zu einem kurzfristigen Anstieg der Zahl der Personen mit mindestens wöchentlichem Cannabiskonsum kam, der im Herbst 2020 aber wieder auf das Ausgangsniveau absank.

Abwasserepidemiologische Analysen in Innsbruck legen nahe, dass im Jahr 2020 der Konsum von Amphetamin, Kokain und Ecstasy leicht zurückgegangen ist. Angestiegen (allerdings auf einem niedrigen Niveau) ist jedoch der Konsum von Methamphetamin. Dieses Phänomen muss sorgfältig weiterbeobachtet werden, da es bisher nur Hinweise auf lokal abgegrenzte Gruppen von Personen mit Methamphetaminkonsum vor allem in Oberösterreich gab.

Suchtprävention

Entsprechend dem substanzen- bzw. verhaltensweisenübergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpräventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus* (Lebenskompetenzprogramme im Schulsetting) sowie *movin'* (motivierende Gesprächsführung z. B. im außerschulischen Jugendbereich).

Qualitätssicherung erfolgt vor allem über die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in regionalen Fachstellen, österreichweite Koordination (durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbereitung*) und internationale Kooperationen, Leitbilder, Förderkriterien und spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie über diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen. Die steirische Fachstelle VIVID wurde im Berichtszeitraum für ihr langjähriges Engagement im Bereich Tabakprävention mit dem World No Tobacco Day Award 2020 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgezeichnet.

Maßnahmen der Suchtprävention waren in Österreich ab März 2020 stark von den Auswirkungen COVID-19-bedingter Regelungen geprägt. Hunderte Veranstaltungen mussten abgesagt werden, die vor allem in Schulen nicht mehr nachgeholt werden konnten. Manche Maßnahmen konnten auf Onlineformate umgestellt oder mit Adaptierungen (z. B. weniger Einheiten, nur in den Sommermonaten) weiterhin in Präsenz umgesetzt werden. In anderen Fällen wurden Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geschult, um eine eigenständige Umsetzung zu ermöglichen. Wo Maßnahmen nicht durchgeführt werden konnten, wurde die Übergangszeit genutzt, um bestehende Angebote und Materialien zu überarbeiten bzw. neue Angebote vorzubereiten. Spielten digitale Medien bereits vor der Pandemie eine wichtige Rolle in der Suchtprävention – sowohl als Problemfeld als auch für die Umsetzung von Maßnahmen –, wurde dieser Trend durch die Pandemie noch verstärkt. Um junge Menschen bei der Bewältigung der Pandemie zu unterstützen, ergänzten die Fachstellen für Suchtprävention die etablierten Programme um Sondermodule, teilweise wurden auch neue Interventionen zu diesem Zweck entwickelt.

Suchtbehandlung

Grundsätzlich haben suchtkranke Personen den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und stationäre Einrichtungen, die ein breites Spektrum an Maßnahmen anbieten, das Beratung hinsichtlich verschiedenster Aspekte, psychosoziale Betreuung und Behandlung,

ambulante und stationäre arzneimittelgestützte Behandlung, ambulante und stationäre Entzugsbehandlung und verschiedene abstinenzenorientierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten umfasst. Meist sind diese Angebote nicht spezifisch auf einzelne Substanzen oder Zielgruppen ausgerichtet, es gibt aber auch einzelne zielgruppenspezifische Maßnahmen, z. B. für Kokainkonsumierende, Cannabiskonsumierende oder drogenabhängige Frauen. Die Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung sind zunehmend auf integrierte Konzepte ausgerichtet, die regionale Vernetzung steht durchwegs im Vordergrund neuer Entwicklungen. Zunehmend werden auch E-Health-Angebote entwickelt. Qualitätssicherung erfolgt auf Basis gesetzlicher Vorgaben und Standards auf Bundes- und Landesebene.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2020 geschätzt 25.650 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil von ihnen (etwa 20.900 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.750 Personen). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 76 und 81 Prozent. Im Bereich der Suchtbehandlung ist besonders die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹ bei Personen mit Opioidproblematik hervorzuheben.

Über alle Versorgungsbereiche hinweg zeigte sich, dass sich pandemiebedingte Einschränkungen stärker auf Erstkontakte mit Klientinnen/Klienten ausgewirkt haben als auf laufende Betreuungen. Das oft notwendig gewordene Physical Distancing hat die Beziehungsarbeit und in weiterer Folge das Aufrechterhalten und Vertiefen der therapeutischen Beziehung insbesondere bei instabilen Klientinnen und Klienten erschwert. In allen Bundesländern lautete während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 die Prämisse für den ambulanten Bereich, den Kontakt mit den Klientinnen/Klienten aufrechtzuerhalten, gleichzeitig aber persönliche Kontakte zu vermeiden und durch den Einsatz von Informations- oder Telekommunikationstechnik (ITK) so weit wie möglich zu ersetzen. Im stationären Bereich kam es in sechs Bundesländern vorübergehend zu einer zumindest teilweisen Schließung suchtspezifischer Einrichtungen bzw. psychiatrischer Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten. Während die Zahl der insgesamt behandelten Personen außer im stationären Bereich im Wesentlichen gleich blieb bzw. sogar anstieg, gab es bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen im Pandemiejahr 2020 nennenswerte Rückgänge.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Die Zahl drogenbezogener Todesfälle belief sich im Jahr 2020 auf 191 und war niedriger als im Jahr davor (196). Der Anteil der unter 25-Jährigen (24 %) ist hier im Vergleich zu den Vorjahren jedoch gestiegen. Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu.

1

Die In-Treatment-Rate beziffert den Prozentsatz der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum, die sich in Behandlung befinden.

Österreichweit variieren die Infektionsraten von HIV und Hepatitis stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2020 je nach Datenquelle bis zu 84 % Betroffene bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2020: 0–3 %).

Zur Reduktion drogenbezogener Todesfälle startete im Burgenland 2020 Österreichs drittes Take-home-Naloxon-Projekt mit Schulungen und Naloxon-Kits, das sich speziell an Drogenkonsumierende im Jugendalter richtet. Die *Drogenarbeit Z6* hat die *PartyBox* bzw. ein Gesundheitspräventionspaket entwickelt, um die Angebote für die Klientel auch im privaten Bereich erreichbar zu machen. Das Safer-Use-Safer-Sex-Pilotprojekt „*Party- und Slampacks*“ wurde 2020 vom Wiener Netzwerk Chemsex als Idee entwickelt und richtet sich vor allem an männliche Konsumierende, die mit Männern Sex haben (MSM) und sowohl im privaten Setting als auch im Partysetting Suchtmittelkonsum und Sex kombinieren (Chemsex).

In der ersten Phase der Beschränkungen im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden im April 2020 leichte bis starke Rückgänge bei der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung gemeldet. Es zeigte sich, dass vor allem Angebote des aufsuchenden Streetworking, des Drug-Checking und Angebote in niederschweligen Einrichtungen mit direktem Kontakt eingestellt bzw. stark reduziert wurden. Bei der Beurteilung drogenbedingter Schäden und anderer gesundheitlicher und sozialer Folgen im Zeitraum Juni bis Dezember 2020 wurde ein deutlicher Anstieg zu einer psychiatrischen Komorbidität bei Drogenkonsumierenden sowie zu anderen drogenbedingter Gewalt einschließlich geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt wahrgenommen.

Drogenmärkte und Drogendelikte

Im Jahr 2020 bezogen sich insgesamt 40.299 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG auf Suchtgifte, der größte Teil davon (28.587) betraf Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften. Weitere 633 Anzeigen galten psychotropen Stoffen. Die Zahl der Anzeigen betreffend den unerlaubten Umgang mit Suchtgift gemäß § 27 SMG (36.470) überstieg jene bezüglich des Suchtgifthandels bzw. der Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 bzw. § 28a SMG (in Summe 3.190) bei weitem. Die im Vergleich zum Vorjahr gesunkene Zahl der Anzeigen gemäß SMG liegt vor allem an der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Außer dem anfänglichen Rückgang der Sicherstellungen zu Beginn der COVID-19-Pandemie im März 2020 gab es während der Pandemie keine auffälligen Veränderungen im Bereich der Suchtmittelkriminalität hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisstabilität und Qualität. Große Verschiebungen des Suchtmittelhandels ins Internet/Darknet konnten nicht beobachtet werden, wobei der Suchtmittelpostversand bereits vor der Pandemie auf hohem Niveau war. Im Bereich der Darknet-Community wurden verstärkt Lieferausfälle diskutiert.

Drogen und Haft

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. Oktober 2020 befanden sich rund zehn Prozent der Insassinnen/Insassen (796 Personen) in Substitutionsbehandlung. Bei Haftantritt wird der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status der Insassinnen/Insassen erhoben, HCV-positive Insassinnen/Insassen werden mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt bzw. routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Nadel- und Spritzentauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen sind im österreichischen Strafvollzug nicht implementiert.

In der Justizanstalt Innsbruck wurde im letzten Jahr die Abteilung für den Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/-innen und für die freiwillige Entwöhnungsbehandlung gemäß § 68a StVG vergrößert.

Nachdem durch die Novelle zur Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl II 2020/215) die rechtliche Grundlage für die Erweiterung des Applikationsspektrums von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsform geschaffen worden ist, wird im Strafvollzug diese Methode vermehrt angeboten. Infolge dieser Erweiterung werden derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet.

Die COVID-19-Pandemie hatte auch große Auswirkungen auf den Haftbereich. Zum einen sank die Zahl der Insassinnen/Insassen aufgrund von Haftaufschiebungen und der häufigeren Anwendung des elektronisch überwachten Hausarrests leicht. Zum anderen musste eine Reihe von Schutzmaßnahmen (z. B. temporäre Besuchsverbote, Vollzugsuntauglichkeit wegen [Kontakts mit einer Person mit] einer COVID-19-Infektion, Einschränkungen beim Freigang) umgesetzt werden.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	XII
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
Politische und administrative Rahmenbedingungen	3
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1 Zusammenfassung.....	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	11
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	15
1.3 Neue Entwicklungen.....	16
1.4 Quellen und Methodik.....	17
1.5 Bibliografie	18
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	20
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	21
Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	25
2.1 Zusammenfassung.....	25
2.2 Aktuelle Situation.....	26
2.2.1 Rechtliche Regelungen	26
2.2.2 Umsetzung	31
2.3 Trends.....	33
2.4 Neue Entwicklungen.....	37
2.5 Quellen und Methodik.....	39
2.6 Bibliografie	40
2.7 Zitierte Bundesgesetze.....	41
2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.9 Anhang.....	44
Drogenkonsum.....	51
3 Drogenkonsum.....	53
3.1 Zusammenfassung.....	53
3.2 Cannabis	55
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	55
3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung	58
3.2.3 Neue Entwicklungen	59
3.3 Stimulanzen.....	60
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzenkonsums	60
3.3.2 Risikoreiche Stimulanzenkonsummuster und Behandlung	63
3.3.3 Neue Entwicklungen	65

3.4	Heroin und andere Opioide	66
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums	66
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	69
3.4.3	Neue Entwicklungen	69
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	70
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	70
3.6	Quellen und Studien.....	71
3.6.1	Quellen	71
3.6.2	Studien	73
3.7	Bibliografie und Anhang.....	75
3.7.1	Bibliografie	75
3.7.2	Anhang.....	81
Suchtprävention		89
4	Suchtprävention.....	91
4.1	Zusammenfassung.....	91
4.2	Aktuelle Situation.....	93
4.2.1	Strategien und Organisation	93
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	97
4.2.3	Qualitätssicherung	107
4.3	Trends.....	111
4.4	Neue Entwicklungen.....	112
4.5	Quellen und Methodik.....	116
4.6	Bibliografie	117
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	119
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	120
4.9	Anhang.....	121
Drogenbezogene Behandlung		123
5	Drogenbezogene Behandlung	125
5.1	Zusammenfassung.....	125
5.2	Aktuelle Situation.....	127
5.2.1	Strategien und Koordination	127
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	130
5.2.3	Schlüsseldaten	131
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	138
5.2.5	Qualitätssicherung	146
5.3	Trends.....	148
5.4	Neue Entwicklungen.....	150
5.5	Quellen und Methodik.....	153
5.6	Bibliografie	154
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	155
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	156
5.9	Anhang.....	157
Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen		163
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	165
6.1	Zusammenfassung.....	165

6.2	Aktuelle Situation.....	166
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	166
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	171
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	172
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	176
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen.....	177
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	183
6.2.7	Qualitätssicherung	185
6.3	Neue Entwicklungen.....	185
6.4	Zusätzliche Information	190
6.5	Quellen und Methodik.....	191
6.6	Bibliografie	194
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	196
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	197
6.9	Anhang.....	197
	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	201
7	Drogenmärkte und Drogendelikte	203
7.1	Zusammenfassung.....	203
7.2	Aktuelle Situation.....	204
7.2.1	Drogenmärkte.....	204
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	208
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	210
7.3	Trends.....	211
7.4	Neue Entwicklungen.....	217
7.5	Quellen und Methodik.....	218
7.6	Bibliografie	218
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	219
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	219
7.9	Anhang.....	220
	Haft	227
8	Haft.....	229
8.1	Zusammenfassung.....	229
8.2	Aktuelle Situation.....	230
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation	230
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	233
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	233
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogen- bezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	236
8.3	Trends.....	238
8.4	Neue Entwicklungen.....	239
8.5	Quellen und Methodik.....	240
8.6	Bibliografie	241
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	244
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	244
8.9	Anhang.....	245

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer.....	9
Tabelle 1.2:	Zusätzliche suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer.....	10
Tabelle 1.3:	Ausgaben des BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG 2011 bis 2020	15
Tabelle 2.1:	Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2020.....	32
Tabelle 2.2:	Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2011–2020*	33
Tabelle 3.1:	Stimulanzien: mittlere konsumierte Menge pro Tag, angenommene mittlere Dosis bei einem Konsumvorgang, Anzahl der konsumierten Dosen pro 1.000 Personen pro Tag	62
Tabelle 3.2:	Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland 2020	64
Tabelle 4.1:	Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen	102
Tabelle 4.2:	Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	104
Tabelle 4.3:	Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	107
Tabelle 4.4:	Neue Maßnahmen – Auswahl.....	113
Tabelle 5.1:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)	132
Tabelle 5.2:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2020 (Schätzung)	134
Tabelle 5.3:	Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2020 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern.....	145
Tabelle 5.4:	Veränderung der Behandlungszahlen im COVID-19-Jahr 2020.....	152
Tabelle 6.1:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenösen Drogenkonsumierenden in Österreich 2020	173
Tabelle 6.2:	Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte	187
Tabelle 7.1:	Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2020.....	205

Tabelle 7.2:	Preise (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2020	205
Tabelle 7.3:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro) 2020	206
Tabelle 7.4:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2015–2020	209
Tabelle 7.5:	Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/ Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2011–2020	213
Tabelle 7.6:	Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl 2016–2020	217
Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 13. Mai 2020	231
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 bis 2021 zum Stichtag 1. April	233
Tabelle A2.1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2011–2020	44
Tabelle A2.2:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2020	44
Tabelle A2.3:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2020	45
Tabelle A2.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2011–2020	45
Tabelle A3.1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich 2005–2021	81
Tabelle A3.2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005 bis 2021	84
Tabelle A3.3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	87
Tabelle A3.4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	88
Tabelle A5.1:	Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart	157
Tabelle A5.2:	Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	158

Tabelle A5.3:	Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent).....	159
Tabelle A5.4:	Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	160
Tabelle A5.5:	Ab 25-Jährige, die im Jahr 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent).....	161
Tabelle A5.6:	Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart	162
Tabelle A6.1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2011–2020	197
Tabelle A6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2011–2020 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	198
Tabelle A6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2011–2020 nach Bundesland (absolut)	198
Tabelle A6.4:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2020.....	199
Tabelle A7.1:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2011–2020	220
Tabelle A7.2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2011–2020	220
Tabelle A7.3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2011–2020	221
Tabelle A7.4:	Verteilung der Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2012–2020	221
Tabelle A7.5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2011–2020	222
Tabelle A7.6:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2020.....	223
Tabelle A7.7:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2011–2020	224

Tabelle A7.8: Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2011–2020.....	225
Tabelle A8.2: Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2021	246
Tabelle A8.3: Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2020.....	247
Abbildungen:	
Abbildung 1.1: Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	14
Abbildung 2.1: Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2011–2020	34
Abbildung 2.2: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2016–2020	35
Abbildung 2.3: Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2020	36
Abbildung 3.1: Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, Drei-Jahres-Prävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) gemäß dem Wiener Suchtmittelmonitoring und vier österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe).....	55
Abbildung 3.2: Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)	57
Abbildung 3.3: Stimulanzien: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2020	60
Abbildung 3.4: Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz).....	61
Abbildung 3.5: Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten zwölf Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)	63
Abbildung 3.6: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	67
Abbildung 3.7: Anteil der unter 25-Jährigen an den Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000–2020 – bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert).....	68
Abbildung 3.8: <i>checkit!</i> -Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2020	70

Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	133
Abbildung 5.2:	Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung) 2020.....	134
Abbildung 5.3:	Anteil der Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	135
Abbildung 5.4:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2020).....	137
Abbildung 5.5:	Personen, die sich 2020 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung ¹	138
Abbildung 5.6:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/-innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2020)	144
Abbildung 5.7:	Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2020.....	145
Abbildung 5.8:	Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2020	146
Abbildung 5.9:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioide und Cannabis (hierarchische Definition) 2011–2020	149
Abbildung 5.10:	Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2009–2020.....	150
Abbildung 6.1:	Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2011–2020.....	169
Abbildung 6.2:	Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache 2011–2020	170
Abbildung 6.3:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2011–2020	171
Abbildung 6.4:	HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2020	173
Abbildung 6.5:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie 2000–2020.....	175
Abbildung 6.6:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2020 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 470)*	176
Abbildung 6.7:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien 2014–2020	178

Abbildung 7.1:	Beinhaltete NPS in den Analyseergebnissen von <i>checkit!</i> (gesamt, unerwartet und erwartet) 2011–2020	207
Abbildung 7.2:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich 2011–2020	212
Abbildung 7.3:	Anteil der bei <i>checkit!</i> analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2011–2020.....	214
Abbildung 7.4:	Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen 2011–2020	215
Abbildung 7.5:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2011–2020	216

Abkürzungen

Abs	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AMS	Arbeitsmarktservice
ANS-Ost	Angehörige. Netzwerk. Sucht. Ostösterreich
anti HBC	Hepatitis-B-Virus-Core-Antikörper (gesamt)
anit HBs	Hepatitis-B-Virus-Surface-Antikörper (Oberflächenmerkmale)
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (z. B. <i>Österreichische ARGE Suchtvorbeugung</i>)
ASDW	Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
b.a.s.	betrifft Abhängigkeit und Sucht
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMA	Bundesministerium für Arbeit (seit Februar 2021)
BMAFJ	Bundesministerium für Arbeit, Familie und Jugend (Januar 2020 – Januar 2021)
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Januar 2018 – Januar 2020)
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMDW	Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Juli 2016 – Dezember 2017)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMLRT	Bundesministerium für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit Januar 2020)
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CAST	Cannabis Abuse Screening Tool
CBD	Cannabidiol
COFOG	Classification of Functions of Government
COVID-19	durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
DAA	direct acting antivirals
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DSGVO	EU-Datenschutz-Grundverordnung
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dt. EBDD)
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
ECTS	Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (engl. European Credit Transfer and Accumulation System)
EG	Europäische Gemeinschaft
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EPPIC	Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use in Criminal Justice Systems
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al.	et alii (dt. und andere)
EU	Europäische Union
EU4MD	EU4Monitoring Drug
EUSPR	European Society for Prevention Research
EWS	Early Warning System
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheingesetz
FöBeS	Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker
gem.	gemäß
GFPR	Gesundheitsförderung und Prävention
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-Surface-Antigen (Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper

Hg./Hrsg.	Herausgeber/-in
HiAP	Health in All Policies
HIV	human immunodeficiency virus
ID	Identification/Identifikation
idgF	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
insb.	insbesondere
inkl.	inklusive
i. S.	im Sinne
I. T. K.	Informations- oder Telekommunikationstechnik
i. v.	intravenös
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
KPSD	Koordinator/-in für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
KUKO	Kurzkontakt
lt.	laut
LBamb	längerfristige Betreuung ambulant
LBstat	längerfristige Betreuung stationär
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
m	männlich
MA	Magistratsabteilung
männl.	männlich
max.	maximal
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamin
MMC	Methylmethcathinon
MS	Mittelschule
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
n	Anzahl (z. B. Stichprobengröße bei Datenerhebungen)
NIS	niederschwellige Begleitung
NMS	Neue Mittelschule
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
nö.	niederösterreichisch
NÖ	Niederösterreich
o. Ä.	oder Ähnliches

o. J.	ohne Jahr
oö.	oberösterreichisch
OÖ	Oberösterreich
ORF	Österreichischer Rundfunk
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OST	opioid substitution treatment/therapy, Opioidsubstitutionsbehandlung/ Opioiderhaltungstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PiB	Prävention in Betrieben
p. M.	persönliche Mitteilung
PH	pädagogische Hochschulen
PSD	Psychosozialer Dienst
PV	Psychotropenverordnung
rd.	rund
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RRF	Recovery and Resilience Facility (Aufbau- und Resilienzfähigkeit der Europäischen Union zur Stärkung Europas nach der COVID-19-Krise)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SCORE	Sewage Analysis CORE group – Europe
SCHILF	schulinterne Fortbildung
SDB	Beauftragte bzw. Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMA	Suchtmedizinische Ambulanz
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	standard table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark

Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StRÄG	Strafrechtsänderungsgesetz
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	treatment demand indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz
u. a.	unter anderem
u. Ä.	und Ähnliche
UE	Unterrichtseinheit(en)
UK	United Kingdom
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
v. a.	vor allem
VE	Verwaltungseinheit
vgl.	vergleiche
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
vs.	versus/gegenübergestellt
W	Wien
waff	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
WAVM	Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Einleitung

Der am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 26. Mal den Bericht zur Drogensituation vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des BMSGPK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene, mit Fachleuten und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich vorwiegend mit dem Bereich illegale Drogen und dient einerseits dem BMSGPK als nationaler Bericht über die österreichische Situation und andererseits als österreichischer Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points aller EU-Mitgliedstaaten und -Beitrittskandidatenländer nach einer seitens der EMCDDA vorgegebenen Struktur (Guidelines) verfasst.

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

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

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielzahl von Informationen und Daten erstellt, die dem Kompetenzzentrum Sucht von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt worden waren. Von besonderer Bedeutung sind die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinationsstellen übermittelten bundesländerspezifischen Informationen wie auch die vom BMI, BMI/BK und BMJ bereitgestellten Daten und Informationen. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten für Teile des Berichts geliefert. Wir möchten uns bei allen dafür herzlich

2

zu finden unter https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2021_en (Zugriff am 9. 9. 2021)

bedanken. Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, deren Anmerkungen und Ergänzungen eine wertvolle Unterstützung darstellen.

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	11
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	11
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	15
1.3	Neue Entwicklungen.....	16
1.4	Quellen und Methodik.....	17
1.5	Bibliografie	18
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	20
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	21

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

In Österreich werden die Rahmenbedingungen für die Sucht-/Drogenpolitik durch Gesetze und Verordnungen sowie durch Drogen-/Suchtstrategien und -konzepte bestimmt. Von Bedeutung sind insbesondere die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) und die Sucht- und Drogenstrategien bzw. -konzepte der Bundesländer. Die österreichische Drogenpolitik verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz, der verschiedene Suchtformen berücksichtigt und Sucht als Erkrankung versteht. Das Ziel ist eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Negative Auswirkungen für die Bevölkerung durch Verhaltenssuchte und den Gebrauch psychotroper Substanzen (unabhängig von ihrem rechtlichen Status) sollen so gering wie möglich gehalten werden. Neben den Sucht-/Drogenstrategien bzw. -konzepten sind weitere Strategien aus dem Gesundheits- und Sozialbereich relevant wie z. B. die Gesundheitsziele auf Bundesebene oder spezifische Strategien zu anderen Suchtformen auf Länderebene.

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

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

Über öffentliche Ausgaben für die Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die in der Europäischen Union (EU) forcierte COFOG-Klassifizierung³ nicht vollständig umgesetzt wird und drogen- bzw. suchtspezifische Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden. Laufend werden auf Bundesebene lediglich die Ausgaben des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für gesundheitsbezogene

3

COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die wiederum in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich kommen nur die zehn COFOG-Abteilungen – ohne Gruppen und Klassen – zur Anwendung.

Maßnahmen (*Therapie statt Strafe*) erhoben, diese sind seit Jahren konstant bei ca. acht Mio. Euro pro Jahr. Darüber hinaus liefern punktuelle Erhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Auskünfte über Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Entwicklungen

Derzeit aktualisieren mehrere Bundesländer ihre Sucht- bzw. Drogenstrategien. Wesentliche Neuerungen haben sich im Berichtszeitraum aufgrund von COVID-19 ergeben. Einerseits hat COVID-19 Möglichkeiten zur (persönlichen) Vernetzung reduziert, andererseits kam es zu verstärkter Zusammenarbeit und Koordination im Zuge eigens eingerichteter Krisenbeiräte, um die Anforderungen der Pandemie an die Einrichtungen und Klientinnen/Klienten bestmöglich zu meistern.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische **Bundesdrogenpolitik** bilden das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112) und das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl I 2011/146) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen (vgl. Kapitel 2) sowie die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015). Diese legen die wesentlichen Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik fest. Dazu zählt das Hinwirken auf eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Sucht ist als Erkrankung anerkannt, zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel wird unterschieden. Das österreichweit angewandte Prinzip *Therapie statt Strafe* wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, engl. EMCDDA) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet. Das bedeutet auch, dass inzwischen Intentionen und Rahmenbedingungen eine größere Rolle bei der Beurteilung von Suchtgiftdelikten spielen als die Suchtgiftmenge (Uhl/Busch 2020).

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie*⁴ gilt seit 2015 und wurde vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet. Sie bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und bildet einen Orientierungsrahmen für alle suchtbezogenen Maßnahmen in Österreich. Die Gesundheitsperspektive steht im Mittelpunkt, und die Bedeutung eines breiten Maßnahmenspektrums wird hervorgehoben. Für den Bereich illegale Drogen wird betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung hat. Personen hingegen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittel

4

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff: 12. 7. 2021)

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

Relevant für den Suchtbereich sind auch Strategien, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem **Gesundheits- oder Sozialbereich** beziehen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag⁵ *Zielsteuerung-Gesundheit 2017-2021* legt fest, dass beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden sollen. Außerdem wird eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe angestrebt. Weiters sind die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie die *Gesundheitsziele Österreich* (BMGF 2017), die *Gesundheitsförderungsstrategie*⁶ (BMGF 2016) und der *Aktionsplan Frauengesundheit* (BMSGK 2018) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen. Weitere, v. a. für den Bereich Behandlung relevante Dokumente sind z. B. die *Struktur- und Psychiatriepläne*, die es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt (ausführlicher in Horvath et al. 2020). Generell ist festzustellen, dass das Thema Sucht zunehmend einem ganzheitlichen Ansatz folgt.

In Bezug auf die **öffentliche Sicherheit** ist auf nationaler Ebene die *Sicherheitsdoktrin 2017-2020*⁷ des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2017) zu erwähnen, die sich zwar nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit bezieht, jedoch die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen (Handlungsfeld 3) zum Ziel hat und auch Suchtmitteldelikte in diesem Zusammenhang erwähnt.

5

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag haben Bund, Länder und Sozialversicherung ein gemeinsames Zukunftsbild und handlungsleitende Prinzipien dahingehend festgehalten, wie das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln ist. Daraus werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstruktur, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele abgeleitet, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden. Mehr Informationen dazu unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) (Zugriff am 12. 7. 2021)

6

In Österreich wurde zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsreform eine inhaltlich abgestimmte Gesundheitsförderungsstrategie zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegt. Diese bildet bis zum Jahr 2022 den Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung orientiert sich an den *Gesundheitszielen Österreich* und an den – im Einklang mit diesen stehenden – Landesgesundheitszielen. Mehr Informationen dazu unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Gesundheitsfoerderungsstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Gesundheitsfoerderungsstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html) (Zugriff am 18. 6. 2021)

7

https://www.bmi.gv.at/bmi_documents/1977.pdf (Zugriff am 12. 7. 2021)

Das *Österreichische Verkehrssicherheitsprogramm 2011–2020*⁸ zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält ein Maßnahmenpaket zum Thema Drogen (BMVIT 2016).

8

https://www.bmk.gv.at/themen/verkehr/strasse/verkehrssicherheit/publikationen/programme_berichte/vsp2020.html (Zugriff am 12. 7. 2021)

Tabelle 1.1:

Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	Jahr (erstmalig erstellt)	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Maßnahmen
Ö	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	illegale Drogen, Neue psychoaktive Substanzen (NPS), psychotrope Medikamente, Doping/Neuro-Enhancement, Tabak/Nikotin, Alkohol, Verhaltenssüchte (z. B. Glücksspiel)	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	2020 (1995)	Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030	Amt der Kärntner Landesregierung / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Medikamente, Verhaltenssüchte (z. B. Spielsucht)	Suchtprävention, hochriskant konsumierende Jugendliche, Gesundheitswesen/Regelversorgung, Qualitätsentwicklung an den Schnittstellen, Anpassung der Versorgungsangebote, Alter, Drogentodesfälle, Steuerung/Koordination
NÖ	2016 (2000)	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	illegale Substanzen, Nikotin, Alkohol, substanzungebundene Suchtformen	Suchthilfe (Beratung, Betreuung, Behandlung, Therapie) und Schadensminimierung sowie Maßnahmen für spezifische Zielgruppen und Settings
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirats	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	2020 (1999)	Suchthilfe im Land Salzburg: Rahmenplan 2016 bis 2025	Land Salzburg	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente, Glücksspiel und andere Verhaltenssüchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung
St	2019 (2000)	Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark	Gesundheitsfonds Steiermark / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, psychoaktive Medikamente, Produkte zur Leistungsoptimierung, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	2012* (1993)	Tiroler Suchtkonzept 2012*	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, NPS, psychotrope Medikamente, substanzungebundene Suchtformen	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Nachsorge; strukturelle Neuorientierung der Suchthilfe; Kooperation mit nationaler Ebene; Forschung und Weiterbildung
V	2018** (1980)	Vorarlberger Suchtbericht 2018**	verschiedene Institutionen im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Therapie, Behandlung, Rehabilitation, Prävention
W	2013 (1999)	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	illegale Substanzen, NPS, Alkohol, Tabak/Nikotin, Medikamente, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

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

*derzeit in Überarbeitung; **Das 2002 formulierte „Vorarlberger Drogenkonzept“ (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) ist weiterhin gültig, jedoch ist der Suchtbericht 2018 „als dessen Adaption an die aktuellen Gegebenheiten und als Neuausrichtung in manchen Teilbereichen zu verstehen“ (Haller et al. 2018).

Quellen: EPIG (2019, 2020), Haller et al. (2018), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Land Salzburg (2020), BMG (2015), SDW (2013), Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2012), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002); Darstellung: GÖG

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den **Bundesländern** bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Sucht-/Drogenstrategien, in denen die sucht-/drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind (siehe Tabelle 1.1). Für die operative Umsetzung werden diese zum Teil durch Arbeitspapiere ergänzt. Generell zielen alle Strategien darauf ab, in ausgewogenem Maße sowohl das Angebot als auch die Nachfrage zu reduzieren. Prävention nimmt überall einen zentralen Stellenwert ein.

Die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung wird in den Bundesländern zunehmend integriert umgesetzt und bspw. in regionalen Strukturplänen (RSG) im Sinne einer integrierten Versorgung dargestellt (so z. B. in Kärnten⁹ und der Steiermark¹⁰). Das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025* umfasst auch den Bereich der Suchterkrankungen (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). In Wien hat der Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination auch die Rolle des Koordinators für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien inne, der für die Planung, Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Wien verantwortlich ist (SDW 2021).

Tabelle 1.2:
Zusätzliche suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer

inhaltlicher Fokus	Bundesland	Titel/Beschreibung	Weblink
Alkohol	Steiermark	Aktionsplan Alkohol <i>Weniger Alkohol, mehr vom Leben</i>	http://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention
	Wien	Gesamtkonzept für die integrierte Versorgung von Menschen mit Alkohol-erkrankung: <i>Alkohol. Leben können.</i>	https://www.alkohol.at
	Salzburg	<i>Alkohol. Leben können.:</i> Es gab bis 2019 Adaptierungs- und Implementierungsgespräche.	—
	Niederösterreich	<i>Alkohol. Leben können.:</i> Adaptierungs-/ Implementierungsgespräche bis 2019	—
	Kärnten	<i>Alkohol. Leben können.:</i> Implementierung ist geplant	—
Tabak	Steiermark	Tabakpräventionsstrategie	http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf
Glücksspiel	Steiermark	Gesamtpaket Glücksspiel	www.fachstelle-gluecksspielsucht.at

Quelle: Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer, Darstellung: GÖG

9
https://www.gesundheitsfonds.at/images/Psychosoziale_Versorgung_K%C3%A4rnten_nach_RSG_Gesundheit_2020_final_LZK.pdf (Zugriff am 12. 7. 2021)

10
https://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/RSG-St_2025.pdf (Zugriff am 12. 7. 2021)

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es derzeit auf nationaler Ebene keine weiteren spezifisch auf **einzelne Suchtformen** bezogenen Strategien. Die Rahmenbedingungen im Bereich legale Suchtmittel werden im Wesentlichen durch die Gesetzgebung (z. B. das nationale Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz [TNRSG], länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert. Darüber hinaus beziehen sich die Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der Bundesländer allesamt auf verschiedene Substanzen sowie oft auch auf substanzungebundene Suchtformen (vgl. Tabelle 1.1). Einzelne Bundesländer haben zusätzliche Strategien zu den Themen Alkohol, Tabak oder Glücksspiel entwickelt (siehe Tabelle 1.2).

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

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

Für die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMGF 2016) wurde im Berichtsjahr ein Monitoringbericht für den Förderzeitraum 2016 bis 2019 veröffentlicht (BMSGPK 2020). Dieser zeigt, dass die geförderten Maßnahmen den inhaltlichen Vorgaben der Strategie zwar entsprochen haben (vgl. Abschnitt 1.2.4), die Schwerpunktsetzung der Strategie jedoch überarbeitet werden müsste, um weitere Bevölkerungsgruppen zu erreichen. Weitere Empfehlungen für die zukünftige Weiterentwicklung betreffen die Berücksichtigung struktureller Bedingungen (z. B. Lebens- und Arbeitsverhältnisse) als Gesundheitsdeterminanten, die Einbindung von Zielgruppen (Stichwort Partizipation), die wissenschaftliche Fundierung der Maßnahmen und Begleitforschung für die Wirkungsevaluation. Positiv bewertet werden u. a. die Einbindung verschiedener Politikfelder (Health-in-All-Policies-Ansatz) sowie die längerfristige Verankerung von Maßnahmen.

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die *Bundesdrogenkoordination* und das als Gremium zur Zusammenarbeit mit den Ländern dienende *Bundesdrogenforum* (vgl. Abbildung 1.1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* nach § 23k SV (vgl. Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie im SMG oder NPSG erfasst sind. Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das Bundesministerium für Soziales, Gesund-

heit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind zudem die Bundesministerien für Inneres und für Justiz, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Im *Bundesdrogenforum* hat das BMSGPK ebenfalls den Vorsitz inne. Neben anderen Bundesministerien und den Bundesländern sind hier auch der Städte- und Gemeindebund, die Gesundheit Österreich GmbH, die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler/-innen vertreten.

Auch für die begleitende Koordination der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* ist das BMSGPK zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik die Zusammenarbeit mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen auf Bundesebene, mit den Bundesländern sowie mit europäischen und internationalen Einrichtungen (z. B. EMCDDA, UNODC). Für den europäischen und internationalen Austausch ist auf nationaler Ebene auch der an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point zuständig. Dieser zeichnet u. a. für den jährlichen Bericht zur Drogensituation verantwortlich und kooperiert eng mit Bund und Ländern sowie den Fachleuten und Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

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

Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die *Länderkonferenz* der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt bzw. beratende Gremien oder Sucht- bzw. Psychiatriebeiräte eingerichtet¹¹. Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtprävention, die mit den anderen Fachstellen durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vernetzt ist (vgl. Kapitel 4). In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder einzeln oder gemeinsam ein, darüber hinaus existieren z. B. Suchtmittelbeiräte auf Gemeinde- oder Bezirksebene.

11

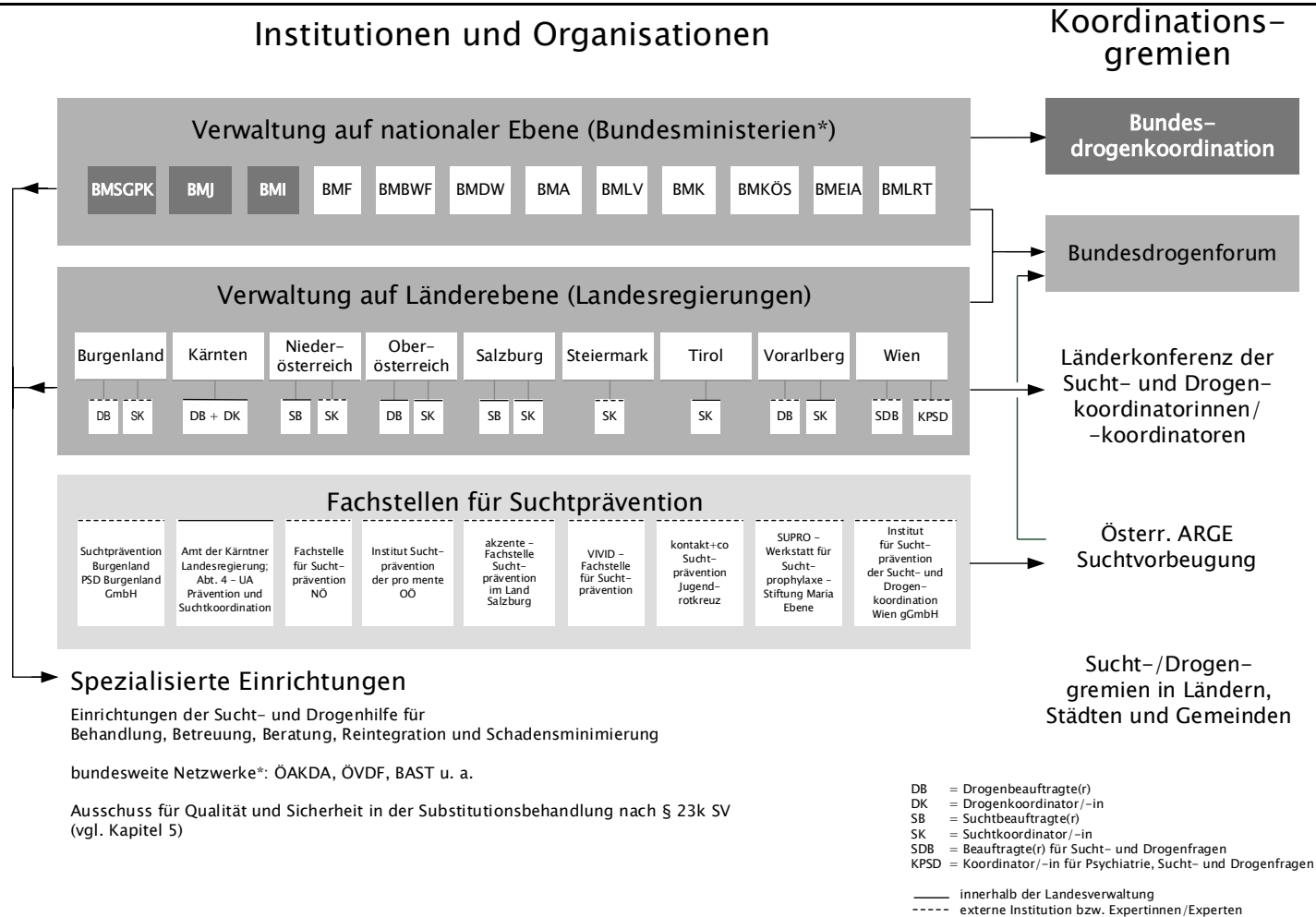
Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise hat die Funktion einer Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung inne und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). Eine dieser Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit dem Thema *Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe*. Im Herbst 2019 übernahm diese Arbeitsgruppe zudem die Funktion des Drogenbeauftragten. In Tirol hat der *Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol* die Aufgabe der Beratung der Tiroler Landesregierung und des Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und das Thema Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen (Grüner, p. M.).

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Prozesse relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche System der Zielsteuerung-Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der Gesundheitsziele bzw. der Gesundheitsförderungsstrategie begleitet¹².

12

siehe <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at> bzw. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Gesundheitsfoerderungstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Gesundheitsfoerderungstrategie-im-Rahmen-des-Bundes-Zielsteuerungsvertrags.html) (Zugriff am 12. 7. 2021)

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



*siehe Abkürzungsverzeichnis

Hinweis: Mit der Novelle des Bundesministeriengesetzes, BGBl I Nr. 30/2021, wurden die Bereiche „Familie und Jugend“ des ehemaligen BMAFJ (nunmehr BMA) dem Bundeskanzleramt zugeteilt.

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das Justizressort bzw. Förderung für §-15-SMG-Einrichtungen durch das Gesundheitsressort) getragen (vgl. Kapitel 2, 4 und 5). Der Bund fördert Einrichtungen/Beratungsstellen für die Behandlung und Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch nach § 16 SMG.

Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt, zudem sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet (vgl. GÖG/ÖBIG 2007). Daher können für Österreich keine systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind lediglich die Ausgaben des BMJ für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubs nach § 39 SMG, bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Tabelle 1.3 zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben in den letzten Jahren.

Tabelle 1.3:

Ausgaben des BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG 2011 bis 2020

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Aufwand in Millionen Euro	8,77	8,46	7,71	7,71	8,44	8,41	8,10	8,04	8,11	8,18

Quelle: BMJ 2020; Mayer, p. M.

Eine Erhebung der Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) wurde für das Datenjahr 2016 durchgeführt (BMSGK 2019). Die Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen wurden für das Jahr 2016 in Summe mit 7.250.562 Euro beziffert und überwiegend von den Bundesländern getragen (6,2 Mio. Euro¹³). Die Länder finanzierten vorrangig die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Die Ausgaben der Sozialversicherung (rd. 480.000 Euro, v. a. für Tabakprävention), der Gemeinden (rund 380.000 Euro) und des Bundes (rd. 160.000 Euro) waren vergleichsweise gering. Die Berechnung von Ausgaben speziell für die Vermeidung von Suchterkrankungen wird jedoch durch Abgrenzungsprobleme (z. B. Suchtprävention vs. Gesundheitsförderung) erschwert (BMSGK 2019).

Der aktuelle Monitoringbericht zur Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie (BMSGPK 2020) liefert ebenfalls relevante Auskünfte, zumal die meisten priorisierten Schwerpunkte der Strategie

13

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

(z. B. Gesundheitskompetenz, Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen, *Frühe Hilfen*¹⁴) auch für die Suchtprävention von Bedeutung sind. Maßnahmen zum Schwerpunkt „Gesunde Schulen“ (rund 12,8 Mio. Euro) machten den größten Anteil am Gesamtbudget aus¹⁵. Weiters betrug bspw. das Budgetvolumen für Maßnahmen im Zusammenhang mit den *Frühen Hilfen* im Förderzeitraum 2016–2019 über acht Mio. Euro.

1.3 Neue Entwicklungen

Aktuell ist eine vom BMSGPK initiierte österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie in Erarbeitung (Tabak- und Nikotinstrategie 2021–2027), deren Ziel die Unterstützung einer nachhaltigen Konsumreduktion ist.

In Kärnten wurde 2019 die *Kärntner Suchthilfestrategie 2020–2030* fertiggestellt (vgl. Abschnitt 1.2.1, ausführlicher in Horvath et al. 2020). Bei der Beschlussfassung im Juni 2020 wurde die Umsetzung der Suchthilfestrategie als Schwerpunktsetzung im Rahmen der budgetären und personellen Möglichkeiten definiert¹⁶. Aktuell in Überarbeitung befindet sich außerdem das Tiroler Suchtkonzept (Suchtkoordination Tirol 2021). In der Steiermark wurde mit Landtagsbeschluss Nr. 65 vom 5. 5. 2020 die „Regelmäßige Vorlage eines Suchtberichts“ ab Herbst 2021 beschlossen. Dieser Suchtbericht soll, aufbauend auf den vorhergehenden Sucht- bzw. Gesundheitsberichten sowie den bestehenden Strategiepapieren (vgl. Abschnitt 1.2.1), den Status quo der Situation in der Steiermark rund um das Thema Sucht darstellen (Cichy, p. M.).

COVID-19

Weitere Entwicklungen ergaben sich im Berichtszeitraum aufgrund von COVID-19. In Hinblick auf die Koordination auf nationaler Ebene bzw. in den Bundesländern führten die Beschränkungen persönlicher Kontakte zu Umstellungen, so fand zum Beispiel das Drogenforum erstmals online statt. In manchen Bereichen waren die Möglichkeiten zur Vernetzung deutlich reduziert, nicht nur infolge der Kontaktbeschränkungen, sondern auch aufgrund veränderter Prioritäten (Fokus auf Krisenbewältigung) (Strizek et al. 2020).

In Tirol wurde, aufbauend auf den Erfahrungen im ersten Lockdown, während des zweiten Lockdowns ein „Jour fixe der Suchthilfe“ zum COVID-19-Pandemie-Krisenmanagement eingerichtet. Unter der Leitung der Suchtkoordination gab es wöchentliche Treffen mit fünf Vertreterinnen/Vertretern

14
näher beschrieben in Kapitel 4

15
Der genannte Monitoringbericht berücksichtigt österreichweit 221 Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Förderzeitraum 2016 bis 2019 mit einem Gesamtfördervolumen von über 69 Mio. Euro (BMSGPK 2020).

16
<https://www.ktn.gv.at/Politik/Regierungssitzungsprotokolle/Protokolle-2020> (Zugriff am 12. 7. 2021)

unterschiedlicher Einrichtungen. Aufgabe der Gruppe war es, aktuelle Auswirkungen der COVID-19-Krise auf Einrichtungen (z. B. Arbeitsbedingungen) und Klientinnen/Klienten (z. B. gesundheitlich, sozial) zu verfolgen und ggf. Maßnahmen zur Unterstützung zu erarbeiten. Um rasch Informationen teilen zu können, wurde eine virtuelle „Pinnwand“ eingerichtet. Der Jour fixe Sucht wurde 2021 bis Anfang Juni fortgesetzt (Suchtkoordination Tirol 2021).

In Wien fanden regelmäßig Videokonferenzen der Geschäftsführer/-innen der Suchthilfeeinrichtungen zur raschen Abstimmung und Anpassung statt. Die Bedürfnisse suchtkranker Menschen wurden zudem im psychosozialen Krisenstab der Stadt Wien berücksichtigt. Darüber hinaus nahm der Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) in seiner Funktion als Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen auch am täglich stattfindenden medizinischen Krisenstab der Stadt Wien teil (SDW 2021). Auch in anderen Bundesländern erleichterte die Einbeziehung von Vertreterinnen/Vertretern der Suchthilfe in die jeweiligen Krisenstäbe der Länder eine koordinierte Vorgehensweise (Strizek et al. 2020).

Hinsichtlich veränderter administrativer Rahmenbedingungen ist v. a. auf die Möglichkeit des Aussetzens der amtsärztlichen Vidierung¹⁷ bei Dauerverschreibungen von Substitutionsmedikamenten hinzuweisen, das zum Schutz suchtkranker Menschen bzw. zur Entlastung des Gesundheitssystems über eine Änderung im SMG erwirkt wurde (vgl. Kapitel 2 und 5). Für die konkrete Umsetzung in Wien entwickelte die SDW gemeinsam mit der Ärztekammer, der Apothekerkammer und dem Gesundheitsdienst der Stadt Wien (MA 15) einen abgestimmten Prozess, der vorgab, wie von allen Beteiligten vorzugehen ist (SDW 2021). Einen weiteren Bestandteil des Krisenmanagements in der Suchthilfe bildete die Ausarbeitung von Richtlinien für Hygiene- und Schutzmaßnahmen. Die Zuständigkeit dafür lag zum Teil bei den Trägereinrichtungen selbst (Strizek et al. 2020).

1.4 Quellen und Methodik

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

Die **Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2016** wurden mittels eines (standardisierten) Erhebungsbogens von Bund und Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) (Vollerhebung), Bundesländern (Teilerhebung als Annäherung an die Vollerhebung 2012), Gemeinden (inkl. *Gesunden Gemeinden*) und *Gesunden Städten* (Stichprobenerhebung mit Hochrechnung) und Sozialversicherung (Vollerhebung) erfasst. Erstmals wurden auch die Ausgaben der Gesundheitsförderungsfonds erhoben und je zur Hälfte den Bundesländern und der Sozialversicherung zugeschlagen. Die Ausgaben wurden nach den Interventionsebenen Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und

17

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

Tertiärprävention sowie für Capacity-Building erhoben. Dabei wurden die Ausgaben für Gesundheitsförderung nach den Lebenswelten (Settings) gruppiert, die Maßnahmen der Prävention wurden verschiedenen Themenfeldern zugeordnet. Hauptabgrenzungskriterium für die Berücksichtigung von Ausgaben ist der primärpräventive bzw. gesundheitsfördernde Zweck einer Maßnahme. Maßnahmen, die Gesundheitsförderung bzw. Prävention als einen von mehreren Zwecken verfolgen („HiAP-Maßnahmen“), wurden für das Datenjahr 2016 nicht erhoben (BMSGK 2019).

Der **Monitoringbericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie** bezieht sich auf den Förderzeitraum der Jahre 2016 bis inklusive 2019. Die Fragestellung lautete, ob den Vorgaben der Gesundheitsförderungsstrategie entsprochen wurde und wo es allfälligen Entwicklungsbedarf gibt. Die Daten für den Bericht beruhen auf Angaben der Landesgesundheitsförderungsfonds (LGFF). Die Datenerfassung erfolgte durch verantwortliche Personen bei den Trägern der Sozialversicherungen und den Ländern. Die Dateneingabe wurde per Webtool vorgenommen, und zwar analog der Vorgangsweise bei einem Fragenkatalog¹⁸. Im Bericht sind genau jene Finanzmittel erfasst, die für den Zeitraum 1. 1. 2016 bis 31. 12. 2019 genehmigt wurden. Für länger andauernde Maßnahmen, die über diesen Zeitraum hinaus genehmigt wurden (unabhängig davon, ob für die Jahre davor oder danach), sind für den Monitoringbericht die Finanzierungsbeiträge auf den Berichtszeitraum aliquotiert (BMSGPK 2020).

Das Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG setzt derzeit im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien ein Forschungsprojekt mit dem Titel **Sucht(behandlung) in der Krise** um (Laufzeit 2020 bis 2022). Das Projekt untersucht kurz- und mittelfristige Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Menschen mit Suchterkrankungen sowie auf das Suchthilfesystem in Österreich. In einem ersten Schritt wurden dazu Erfahrungswerte aus dem Jahr 2020 auf Basis von Experteninterviews mit Vertreterinnen/Vertretern der Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer in einem Kurzbericht zusammengefasst (Strizek et al. 2020). Das Projekt wird vom BMSGPK kofinanziert.

1.5 Bibliografie

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

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

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

18
siehe <https://idders.goeg.at> (Zugriff am 12. 7. 2021)

- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- BMASGK (2018). Aktionsplan Frauengesundheit – 40 Maßnahmen für die Gesundheit von Frauen in Österreich. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- BMASGK (2019): Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- BMSGPK (2020). 2. Bundes-Monitoringbericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie. Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Strategie im Zeitraum 2016-2019. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2017). Mehr Freiheit. Mehr Sicherheit. Die Sicherheitsdoktrin des BMI für Österreich 2017–2020. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMJ (2020). Sicherheitsbericht 2019. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. BMJ. Wien
- BMVIT (2016). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2011–2020. 2. Auflage 2016. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EPIG (2019). Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St). Endbericht. EPIG GmbH. Graz
- EPIG (2020). Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030. Handlungsfelder. EPIG GmbH. Graz

Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten

GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Haller, R.; Schmutterer, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Strizek, J.; Tanios, A.; Uhl, A.; Oberacher, H.; Grabher, A.-L.; Prenn, A.; Blatter, N.; Bliem, H. R.; Ludescher, M. (2018): Vorarlberger Suchtbericht 2018. Im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien

Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Salzburg

SDW (2013). Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien

SDW (2021). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2021. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

Strizek, J.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2020). Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. Gesundheit Österreich. Wien

Suchtbeirat des Landes OÖ (2002). Suchtkonzept für Oberösterreich. Suchtbeirat des Landes OÖ. Linz

Suchtkoordination Tirol (2021). Input Drogenbericht 2021. Innsbruck

Uhl, A.; Busch, M. (2020). Österreichische Drogenpolitik. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang, Heft 3/4, S. 204–223

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

BGBl I Nr. 30/2021. Bundesgesetz, mit dem das Bundesministeriengesetz 1986 geändert wird (Bundesministeriengesetz-Novelle 2021)

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Suchtkoordinatorin, Gesundheitsfonds Steiermark
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	25
2.1	Zusammenfassung.....	25
2.2	Aktuelle Situation.....	26
2.2.1	Rechtliche Regelungen	26
2.2.2	Umsetzung	31
2.3	Trends.....	33
2.4	Neue Entwicklungen.....	37
2.5	Quellen und Methodik.....	39
2.6	Bibliografie	40
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	41
2.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.9	Anhang	44

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen. Diese Klassifizierung erfolgt auf Basis internationaler Konventionen und unterscheidet zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, in der Rechtsprechung wird er aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Dabei kann zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden werden. Während das Strafausmaß bei Vergehensstatbeständen bis zu ein Jahr Haft (oder eine Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu drei Jahre Haft betragen kann, ist bei Verbrechenstatbeständen eine Haftzeit von mehr als drei Jahren vorgesehen – in schwerwiegenden Fällen bis zu lebenslanger Haft. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Das SMG sieht auch eine breite Palette von Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung Suchtkranker setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken.

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der u. a. die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden. Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpakets zum rechtlichen Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung. Ein großer Stellenwert kommt dabei der auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ (ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP 2017) zu.

Für psychotrope Stoffe finden sich entsprechende Regelungen in der Psychotropenverordnung (PV).

In Österreich stehen über 14 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, wobei die Mehrzahl dieser Verurteilungen Vergehen betrifft. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote nach § 35 und § 37 SMG) kommt der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG wesentlich häufiger zur Anwendung als die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG). Am seltensten wird der Strafvollzug aufgeschoben (§ 39 SMG).

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

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (BGBl I 1997/112), dem Suchtgifte¹⁹, psychotrope Stoffe²⁰ und Drogenausgangsstoffe²¹ unterliegen. Suchtmittel im Sinne dieses Bundesgesetzes sind als Überbegriff für Suchtgifte und psychotrope Stoffe definiert. Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels solcher werden auch Grenzmengen²² festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind.

Es kann generell zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen, unterschieden werden²³. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze.

Ein Merkmal der österreichischen Drogengesetzgebung ist, dass sowohl gesundheitsbezogene als auch angebotsseitige Maßnahmen in einem ausgewogenen Maße vorhanden sind (vgl. auch Kapitel 1). Dies zeigt sich im SMG bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit durch das breite Spektrum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheits-

19

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

20

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

21

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

22

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

23

Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a). Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

behörden zur Abklärung der Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme²⁴ unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat im Prinzip freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, wobei eine Kostenübernahme durch die Justiz nur in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtung (vgl. Kapitel 5) erfolgt. Das SMG regelt auch, dass die Kosten nach Maßgabe der Bestimmungen aus § 41 SMG vom Bund zu tragen sind, damit die Behandlung nicht an einer etwaigen Mittellosigkeit der/des Betroffenen scheitert.

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

Neben dem SMG stellen auch die **Suchtgiftverordnung** (BGBl II 1997/374) und die **Psychotropenverordnung** (BGBl II 1997/375) wichtige Rechtsquellen dar, welche beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln regeln und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation festlegen.

SMG bzw. SV enthalten u. a. Regelungen betreffend den Umgang mit und die Gebarung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln sowie den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die ärztliche Behandlung mit sowie die Verschreibung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus z. B. Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden (§ 14 SV), wovon zugelassene Arzneispezialitäten aus Cannabisextrakten und Dronabinol zur magistralen Verschreibung ausgenommen sind.

Cannabidiol (CBD) als Reinsubstanz (100 % CBD) ist weder international als Suchtmittel klassifiziert, noch unterliegt es dem österreichischen Suchtmittelrecht. Aus Cannabisextrakt gewonnenes CBD enthält meist auch das als Suchtgift geltende Tetrahydrocannabinol (THC) und unterliegt, sofern es nicht unter die Ausnahmebestimmung der SV fällt, dem Suchtmittelregime.

§§ 18 bis 23 SV regeln die Suchtgiftverschreibungen (Formulare, Handhabung, Gültigkeit) einschließlich der Opioid-Substitutionsverschreibung. Das BMSGPK hat nach dem SMG eine Datenevidenz zu führen (Substitutionsregister, Ergebnisse gesundheitsbehördlicher Begutachtungen

24

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

betreffend gesundheitsbezogene Maßnahmen in Hinblick auf Drogenmissbrauch, kriminalpolizeiliche Meldungen bei Verdacht auf Drogenmissbrauch, drogenbezogene Todesfälle). Die Datenevidenz ist in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behördenportalverbund) integriert und ermöglicht den Zugriff der Gesundheitsbehörden. In Form eines Registers stehen dem BMSGPK zudem pseudonymisierte Daten für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse zur Verfügung.

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

Mit 1. Januar 2018 wurde ein **Maßnahmenpaket zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung** (BGBl II 2017/292) wirksam, dessen Kern eine Behandlungsleitlinie ist und das zwei maßgebliche Ziele der öffentlichen Gesundheit verfolgt: bestmögliche ärztliche Behandlung einerseits und Eingrenzung des unkontrollierten Umgangs mit den Arzneimitteln andererseits (Birklbauer 2017).

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden bezüglich der Substanzen zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Droгенаusgangsstoffen sowie bezüglich der Menge zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von) Handel bzw. danach, ob eine gehandelte Menge unter oder über einer definierten Grenzmenge liegt (vgl. Tabelle A2.5). Die in der Tabelle A2.5 genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der finanziellen Situation – festzusetzen.

In Österreich ist die Anwendung von **Alternativen zur Bestrafung** – im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe*²⁵ – gesetzlich vorgesehen. Da dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene Alternativen zur Bestrafung.

In diesem Zusammenhang ist die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche **Meldung des Verdachts auf Verstoß** gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs 2b und 14 Abs 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs 12 **Straßenverkehrsordnung** BGBl 1960/159), ein wichtiges Element. Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Sucht-

25

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

mittelstrafverfahren für allfällige diversionelle²⁶ Maßnahmen von Bedeutung. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs 3 **Strafprozessordnung**, BGBl 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, sondern ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs 2a SMG), die Staatsanwaltschaft mit einem sogenannten Abtretungsbericht zu verständigen. Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips *Therapie statt Strafe* unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafender Intervention, ändert allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden, jedoch werden eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte und eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften in solchen Fällen ermöglicht. Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar sowie als nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs 1 SMG).

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

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen als diversionelle Maßnahmen der *vorläufige Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) und die *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) zur Verfügung²⁷ (vgl. Tabelle A2.6)

Bei Verurteilungen (bis zu einem Strafausmaß von drei Jahren) stellt der Aufschub des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt sind und dazu bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, so hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte umzuwandeln. Dies ist auch noch

26

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

27

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

nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Die verschiedenen Möglichkeiten der Alternativen zur Bestrafung nach SMG sind in Tabelle A2.6 aufgelistet. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

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

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

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

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

Neben dem SMG stellen seit 2012 auch das **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz** (NPSG) (BGBl I 2011/146) und die darauf basierende **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV) (BGBl II 2011/468) wichtige gesetzliche Grundlagen dar. Durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen sollen die Verbreitung *Neuer psychoaktiver Substanzen* (NPS) und die mit deren Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. NPSG bzw. NPSV verfolgen einen

generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen²⁸. Strafbar macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft mit dem Vorsatz, dass sie von der/dem anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewandt werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs 1 NPSG), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge der Straftat droht ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2).

Relevante Regelungen außerhalb des SMG sind überdies z. B. zum Thema **Drogen im Straßenverkehr** in der Straßenverkehrsordnung (BGBl 1960/159), dem Führerscheingesetz (BGBl I 1997/120) und der Führerscheingesetz-Gesundheitsverordnung (BGBl II 1997/322) zu finden. § 5 StVO regelt die Vorgangsweise zur Feststellung einer Beeinträchtigung durch Alkohol bzw. Suchtgift bzw. die Vorgangsweise beim Vorliegen einer solchen Beeinträchtigung. Während im Fall von Suchtgiften absolutes Fahrverbot gilt, wurden für Alkohol Grenzwerte festgelegt. In jenen Fällen, in denen nach der Feststellung einer Beeinträchtigung auch Suchtgiftspuren im Speichel oder Blut identifiziert wurden, erfolgt anstatt einer Strafanzeige eine Meldung an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde. Neben einer Verwaltungsstrafe droht dabei ein vorübergehender Entzug der Lenkerberechtigung durch vorläufige Abnahme des Führerscheins, aber auch begleitende Maßnahmen (z. B. die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung) sind hier möglich. 2017 trat eine Verordnung in Kraft, die den Einsatz von Speichelvortestgeräten (beschränkt auf bestimmte Produkte) von zu deren Handhabung ermächtigten Organen der Straßenaufsicht regelt (BGBl II 2017/61 idgF).

2.2.2 Umsetzung

Gemäß den zur Verfügung stehenden Daten in Bezug auf **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** bestand für das Jahr 2020 mit 1.841 Fällen ein leichter Überhang von Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28 und 28a SMG) mit 1.814 Fällen (strafsatzbestimmende Delikte) (vgl. auch Kapitel 7). Es zeigt sich bei beiden Bereichen ein deutlicher Rückgang im Vergleich zum Jahr 2019. Seit 2015 hat sich der in den vorangegangenen Jahren deutliche Überhang der Verurteilungen wegen Vergehen zunehmend verringert. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2020 14,3 Prozent. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen ist von 2009 (10,4 %) bis 2018 (16,4 %) stetig gestiegen, im Berichtsjahr zum zweiten Mal in Folge jedoch wieder gesunken (vgl. auch Tabelle A2.1).

28

Als *Neue psychoaktive Substanzen* werden im NPSG Substanzen oder Zubereitungen definiert, die die Fähigkeit besitzt, bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeizuführen und nicht der Einzigigen Suchtgiftkonvention 1961, BGBl. 1978/1978, oder dem Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, BGBl. III 1997/148, unterliegen. Es wird angenommen, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit von Konsumierenden besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Abschnitt 2.4)

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen **zugrunde liegenden Delikte** zur Verfügung, wobei sich zeigt, dass Delikte nach den §§ 27, 28 und 28a SMG öfter in die Verurteilungen ein gingen (7.039) (vgl. Tabelle 2.1), als sie strafsatzbestimmend²⁹ waren (3.670) (vgl. Tabelle A2.2 im Anhang), und dass ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG wegen mehrerer SMG-Delikte erfolgte. Insgesamt ist zu sehen, dass es im Jahr 2020 in beiden Bereichen (Verurteilungen und Auswirkung auf den Strafsatz) zu einem deutlichen Rückgang im Vergleich zum Vorjahr gekommen ist.

Tabelle 2.1:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2020

Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	739	1 980	1 331	1 056	1 933	7 039
SMG gesamt	männlich	664	1 816	1 187	942	1 743	6 352
SMG gesamt	weiblich	75	164	144	114	190	687
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	140	599	469	387	755	2 350
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	22	58	61	45	70	256
§ 27 SMG	männlich	522	1 208	711	544	959	3 944
§ 27 SMG	weiblich	53	105	80	65	116	419

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2020 insgesamt 69 Delikte, für 15 Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend. Dies bedeutet eine Reduktion der Fallzahlen im Vergleich zum Vorjahr (vgl. Tabelle 2.2).

29

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

Tabelle 2.2:

Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2011–2020*

Verurteilungscharakteristik	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	117	47	30	21	5	10	8	13	25	15
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	—	195	116	85	63	33	65	76	79	69

*Bis einschließlich 2011 wies die Statistik Austria lediglich das führende Delikt aus.

¹ Im Jahr 2019 fand eine Datenkorrektur statt, woraus hier eine Abweichung gegenüber jenen Zahlen entsteht, die im Vorjahr angegeben waren.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2020 erhielten rund 76 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten **Freiheitsstrafen**, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen (bedingt, teilbedingt oder unbedingt) etwa 39 Prozent betrug. Bei Jugendlichen lag der Anteil der Freiheitsstrafen bei Verurteilungen nach dem SMG darunter (vgl. Tabelle A2.3).

Eines der Ziele des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Daten zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung zeigen für das Jahr 2020 in 24.989 Fällen den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), in 1.324 Fällen die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) und in 476 Fällen einen Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG; siehe auch Tabelle A2.4; Mayer, p. M.)

2.3 Trends

Lange Zeit war die österreichische Drogenpolitik stark vom Ziel der Abstinenz mit dem Mittel der Sanktionierung (fokussiert auf die beschlagnahmte Suchtgiftmenge) geprägt. Danach hat sie sich dahingehend entwickelt, dass Sucht primär als Erkrankung gesehen wird und rechtliche Sanktionen Teil eines breiteren Maßnahmenportfolios sind, das auch Schadensminimierung und Gesundheitsmaßnahmen umfasst. Im Zuge dieser Entwicklungen wurden die Möglichkeiten zur Diversion, sowohl im Sinne der Vermeidung von Gerichtsverhandlungen als auch nach erfolgten Verurteilungen, sukzessive ausgebaut und sind heute von Behörden, Staatsanwaltschaften und Gerichten obligatorisch anzuwenden (Uhl & Busch 2021).

Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (z. B. 5F-AMB-PINACA, vgl. Abschnitt 2.4) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG (siehe auch Strafrechtsänderungsgesetz 2015 [StRÄG]) zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips *Therapie statt Strafe* sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab und ermöglichen dadurch eine weitere

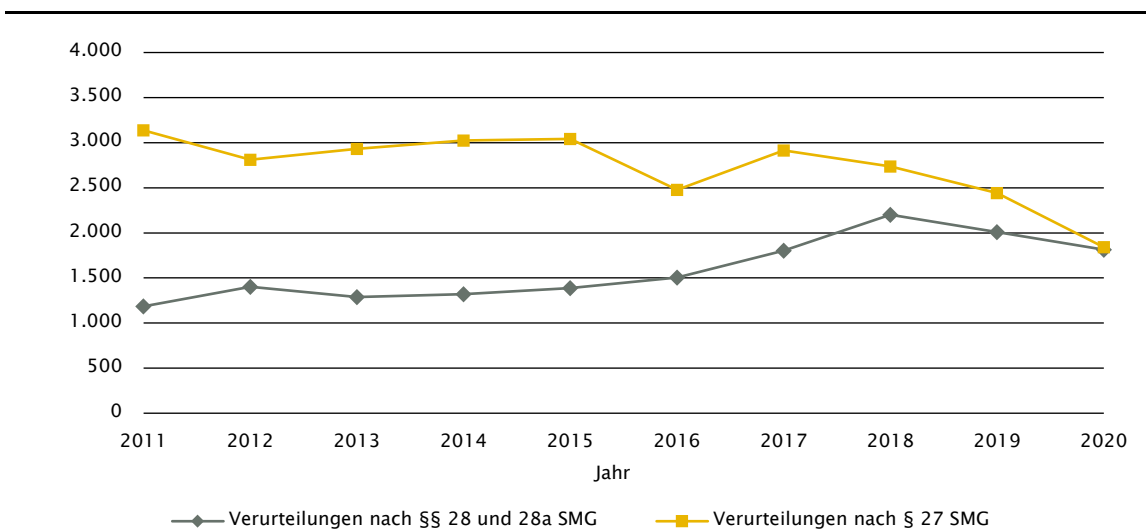
Entkriminalisierung gewisser Verhaltensweisen. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde 2016 der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

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

Die nachfolgende Abbildung 2.1 zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren.

Abbildung 2.1:

Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2011–2020



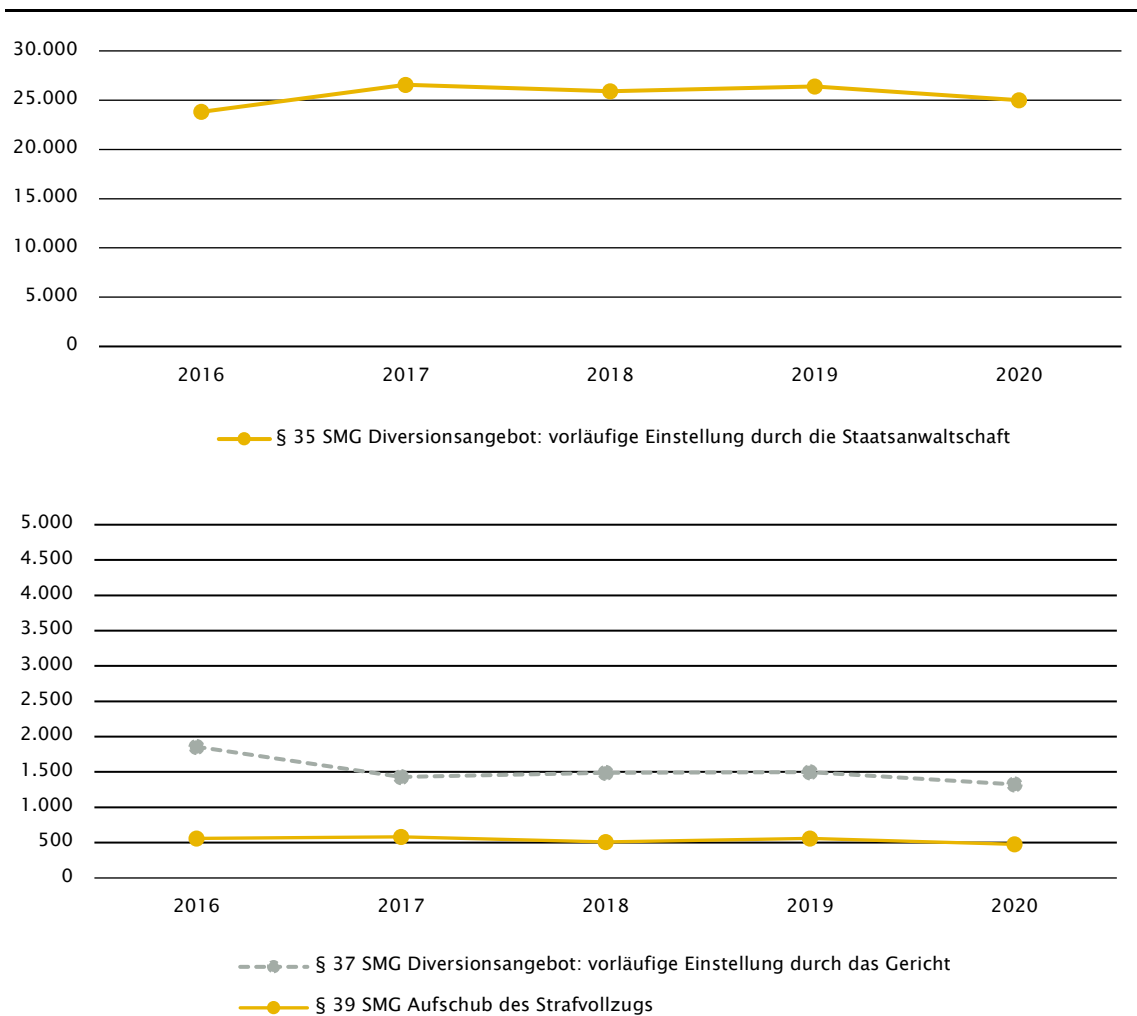
Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“ (das dem Strafraumen nach schwerste Delikt) dargestellt. Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt. Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der Statistik Austria, sondern vom Gericht durchgeführt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2.4 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** gemäß § 35 SMG, § 37 SMG und § 39 SMG dargestellt. Die vorläufigen Einstellungen durch das Gericht gem. § 37 SMG verliefen von 2008 bis 2013 im Wesentlichen konstant. Sie scheinen sich seit 2017 auf einem etwas höheren Niveau als vor 2014 einzupendeln. Ein Aufschub des Strafvollzuges nach § 39 SMG ist auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug

möglich. Wie die der integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) entnommenen Zahlen zeigen, ist die Anzahl der Entlassungen aus dem Strafvollzug gemäß § 39 SMG in den letzten Jahren annähernd gleich geblieben.

Abbildung 2.2:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2016–2020



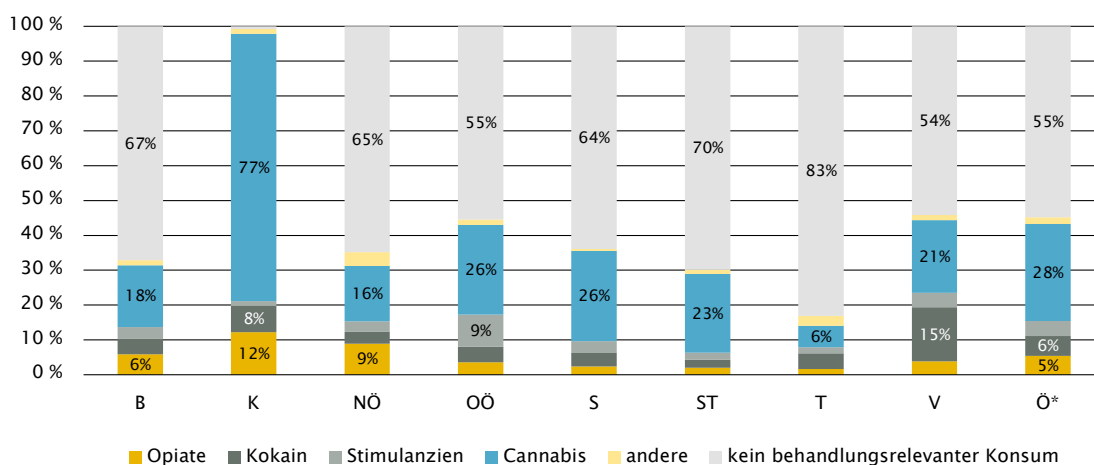
Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet. Seit 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt; Zahlen betreffs § 35 Abs 4 SMG sind nicht verfügbar, da in der Datenbank des BMJ das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

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

Abbildung 2.3 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2020 eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs 2 SMG als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nichtbehandlungsrelevant eingestuft wurde. Während sich die Verteilungen auf die einzelnen Substanzen in allen Bundesländern ähnlich zeigen, sticht Kärnten mit einem großen Anteil an

Cannabiskonsum hervor, nichtbehandlungsrelevanter Konsum wird dagegen nur mit einem Prozent angegeben.

Abbildung 2.3:
Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2020



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien (N = 2.899)

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

Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition (siehe Kap. 5) herangezogen.

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

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2020 in insgesamt 3.977 Fällen bzw. bei 3.872 Personen durchgeführt (Österreich inklusive Wien). Knapp drei Viertel davon wurden aufgrund einer Meldung der Polizei vorgenommen (71 % SMG, 3 % StVO), 14 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es seitens Heeresdienststellen (3 %) oder sonstigen Stellen (10 %; Anzenberger et al. 2021).

Analysiert man die von den Gesundheitsbehörden gewählten gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach Leitdroge Cannabis bzw. Leitdroge Opioid, zeigen sich Unterschiede in der Wahl der Maßnahme: Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer Substitutionsbehandlung) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen. Bestehende Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine nach wie vor unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG und möglicherweise der Dokumentation. Sie dürften aber auch mit Unterschieden

hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen zusammenhängen (vgl. Anzenberger et al. 2021³⁰).

2.4 Neue Entwicklungen

Durch die am 1. Jänner 2021 in Kraft getretene Novelle des SMG (BGBl I 2021/7) wurde der Kreis zum Erwerb, zur Verarbeitung und zum Besitz von Suchtmitteln Berechtigter durch Adaptierung des § 6 SMG erweitert³¹). **Durch diese Novelle wurde für Polizeianhaltezentren eine analoge Regelung geschaffen, die jener entspricht, welche seit Jahren für den Strafvollzug gilt.** Weiters wurde auch Gebietskörperschaften der Erwerb, die Verarbeitung und der Besitz von Suchtmitteln ohne entsprechende Bewilligung ermöglicht, wenn sie diese für die Erfüllung der gesetzlich vorgesehenen Aufgaben der Tierseuchenbekämpfung benötigen.

Der im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes (BGBl I 2020/16) geschaffene § 8a Abs 1c SMG, welcher den substituierenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eröffnet, bei Patientinnen/Patienten, in deren Fall keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauererschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen, wurde mit der am 1. Jänner 2021 in Kraft getretenen Novelle des SMG in einem ersten Schritt bis 30. Juni 2021 und sodann mit der am 1. Juli 2021 in Kraft getretenen Novelle (BGBl I 2021/105) bis 31. Dezember 2021 verlängert.

Die am 8. Jänner 2021 kundgemachte Novelle der SV (BGBl II 2021/9) umfasst folgende Neuerungen:

- » Durch die Begriffsbestimmung des Wortes „Isomere“ wurde der Suchtgiftbegriff eindeutiger als bisher definiert. Mit dieser Novelle wurde klargestellt, dass auch alle Positionsisomere (Stellungsisomere) vom Wort „Isomere“ mitumfasst sind, sofern sie aufgrund ihrer Strukturähnlichkeit eine zumindest vergleichbare pharmakologische Wirkung wie das betreffende Suchtgift aufweisen.
- » Weiters wurden durch diese Novelle flankierende Maßnahmen hinsichtlich der Erweiterung des Kreises zum Erwerb, zur Verarbeitung und zum Besitz von Suchtmitteln Berechtigter und der Verlängerung der COVID-19-bedingten Ausnahmeregelung betreffend das Aussetzen der Vidierungspflicht in bestimmten Fällen umgesetzt.

30

siehe die Tabellen GBM6b und GBM7b im Annex des Epidemiologieberichts Sucht 2021

31

Die Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, der Erwerb und Besitz von Suchtmitteln ist durch das SMG auf einen bestimmten Kreis Berechtigter beschränkt. Wachkörpern des Bundes und den Behörden, denen die Vollziehung des SMG obliegt, dem Bundesministerium für Landesverteidigung und den fachlich befassen Dienststellen des Bundesheeres, organisierten Notarztdiensten sowie Einrichtungen und Behörden des Strafvollzugs sowie des Vollzugs der mit Freiheitsentzug verbundenen vorbeugenden Maßnahmen ist der Erwerb und Besitz bzw. die Verarbeitung von Suchtmitteln für bestimmte, gesetzlich vorgegebene Zwecke auch ohne entsprechende Bewilligung gestattet.

- » Durch den neu gefassten § 21 Abs 7 SV wurde eine in der Praxis oftmals als unnötiger bürokratischer Mehraufwand verstandene Meldeverpflichtung an das BMSGPK beseitigt. Die Amtsärztin / Der Amtsarzt hat eine Ablichtung einer nicht mit einer entsprechenden Begründung versehenen Substitutionseinzelschreibung nunmehr nicht dem BMSGPK zu übersenden, sondern verpflichtend Rücksprache mit der verschreibenden Ärztin / dem verschreibenden Arzt zu halten.
- » Es wurden die Substanzen „Crotonylfentanyl“ und „Valeryl-fentanyl“ in den Anhang I.1.b. und die Substanzen „AB-FUBINACA“, „4-CMC, 4-Chloromethcathinon, Clephedron“, „5F-AMB-PINACA“, „5F-AMB, 5F-MMB-PINACA“, „4F-MDMB-BINACA“, „5F-MDMB-PICA, 5F-MDMB-2201“, „N-Ethylhexedron“ sowie „α-PHP“ in den Anhang IV.1. der SV aufgenommen. Weiters wurde in den Anhang V.1. der SV die Substanz „DOC“ aufgenommen.

Eine Novelle der SV vom 29. Juni 2021 (BGBl II 2021/280) brachte folgende Änderungen mit sich:

- » Umsetzung flankierender Maßnahmen im Zusammenhang mit der Verschiebung des Außerkrafttretensdatums der COVID-19-bedingten Ausnahmeregelung betreffend das Aussetzen der Vidierungspflicht in bestimmten Fällen von 30. Juni 2021 auf 31. Dezember 2021.
- » Aufnahme der Substanz „Isotonitazen“ in den Anhang I.1.b. sowie der Substanzen „CUMYL-PeGACLONE“, „Diphenidin“, „MDMB-4en-PINACA“ und „3-MeO-PCP“ in den Anhang IV.1. der SV. Die Substanz „4F-MDMB-BICA“ wurde in den Anhang V.2. der SV aufgenommen.

Durch die am 8. Jänner 2021 kundgemachte Novelle der PV (BGBl II 2021/8) wurden die Substanzen „Etizolam“ und „Flualprazolam“ in die Anlage 1 der PV aufgenommen. Weiters wurden durch diese Novelle flankierende Maßnahmen hinsichtlich der Erweiterung des Kreises zum Erwerb, zur Verarbeitung und zum Besitz von Suchtmitteln Berechtigter umgesetzt.

Durch die am 29. Juni 2021 kundgemachte Novelle der PV (BGBl II 2021/279) wurden die Substanzen „Clonazolam“, „Diaclezepam“ und „Flubromazolam“ in die Anlage 1 der PV aufgenommen.

COVID-19

Durch die oben erwähnten Novellen zum Suchtmittelgesetz (SMG) und zur Suchtgiftverordnung (SV) wird das Außerkrafttretensdatum für jene Bestimmungen dieser Rechtsmaterien, die i. Z. m. der COVID-19-bedingten Ausnahmeregelung im SMG betreffend die Möglichkeiten des Aussetzens der Vidierungspflicht für Substitutionsdauerverschreibungen in bestimmten Fällen geschaffen worden sind, neuerlich verschoben, und zwar von 30. Juni 2021 auf 31. Dezember 2021.

Seit Mitte März 2020 vom Nationalrat ein erstes Gesetzespaket in Reaktion auf die Corona-Krise beschlossen wurde, erfolgten bis Juni 2021 neun weitere Fassungen. Die bereits 2019 gesetzten Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie (vgl. Horvath et al. 2020) wurden teilweise weiter fortgesetzt bzw. adaptiert umgesetzt.

Des Weiteren wurde durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verschreibungen suchtmittelhaltiger Arzneimittel per E-Mail oder Fax an die Apotheken zu übermitteln. Dies zielte darauf ab, die Arzneimittelversorgung der Opioid-Substitutionspatientinnen und -patienten möglichst ohne Personenkontakt sicherzustellen.

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

eSuchtmittel

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

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

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben für die Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2021). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten bezüglich Diversion wurden vom BMJ gemeldet. In Abschnitt 2.2.2 wurde bezüglich der von der Statistik Austria übermittelten Daten betreffend Verurteilungen (gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Gesetzestexte

Informationen zu in Kraft getretenen Gesetzesänderungen finden sich im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramts (www.ris.bka.gv.at).

2.6 Bibliografie

- Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021). Epidemiologiebericht Sucht 2021. Annex Wien
- Birklbauer, A. (2017). Die jüngsten Novellierungen im Suchtmittelrecht und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. In: Journal für Medizin und Gesundheitsrecht 4/2017, S. 198-203
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG. Leitlinien für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2021). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2020 Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2021). Sicherheitsbericht 2020. Mit Ende Oktober in Vorbereitung. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz, Wien.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85,6
- Uhl, A. & Busch, M. (2021). Österreichische Drogenpolitik, rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang Heft 3/4, 205-223.
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

2.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

BGBI 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBI 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

BGBI 1978/531. Einzige Suchtgiftkonvention 1961 samt Anhängen sowie Erklärung der Republik Österreich zu Artikel 36 und Protokoll, mit dem die Einzige Suchtgiftkonvention 1961 abgeändert wird (Einzige Suchtgiftkonvention 1961 – ESK)

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

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

BGBI I 1997/120. Führerscheinggesetz (FSG)

BGBI III 1997/148. Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe

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

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

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

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

BGBI I 2008/143. Suchtmittelgesetz-Novelle 2008

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

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

BGBl I 2015/112. Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (StRÄG)

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

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

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

BGBl I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz³²

BGBl I 2021/7. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird

BGBl I 2021/105. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz, das Epidemiegesetz 1950 und das COVID-19-Maßnahmegesetz geändert werden

BGBl II 2021/8. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Psychotropenverordnung geändert wird

32

Bundesgesetz, mit dem das Telekommunikationsgesetz 2003, das Bundesgesetz über besondere Förderungen von kleinen und mittleren Unternehmen (KMU-Förderungsgesetz), das Arbeitslosenversicherungsgesetz, das Arbeitsmarktpolitik-Finanzierungsgesetz, das Arbeitsmarktservicegesetz, das Arbeitsverfassungsgesetz, das Gleichbehandlungsgesetz, das Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz, das Allgemeine bürgerliche Gesetzbuch, das Gebührengesetz 1957, das Tabaksteuergesetz 1995, die Bundesabgabenordnung, das Zivildienstgesetz 1986, das Verwaltungsgerichtshofgesetz 1985, das Verfassungsgerichtshofgesetz 1953, das Bundes-Verfassungsgesetz, das Bauarbeiter-Urlaubs- und Abfertigungsgesetz, die Exekutionsordnung, die Insolvenzordnung, die Strafprozessordnung 1975, das Finanzstrafgesetz, das COVID-19-Maßnahmegesetz, das Zustellgesetz, das Künstler-Sozialversicherungsfondsgesetz, das Beamten-Dienstrechtsgesetz 1979, das Vertragsbedienstetengesetz 1948, das Heeresdisziplinargesetz 2014, das Epidemiegesetz 1950, das Ärztegesetz 1998, das Sanitätsgesetz, das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, das MTD-Gesetz, das Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten, das Medizinproduktegesetz, das Apothekengesetz, das Gesundheitstelematikgesetz 2012, das Suchtmittelgesetz, das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz und das Pflegefondsgesetz geändert sowie ein Bundesgesetz über die Festlegung von Fristen für Eignungs-, Aufnahme- und Auswahlverfahren an Universitäten, Pädagogischen Hochschulen, Einrichtungen zur Durchführung von Fachhochschul-Studiengängen, Fachhochschulen und Privatuniversitäten für das Studienjahr 2020/21, ein Bundesgesetz betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 im Verwaltungsverfahren, im Verfahren der Verwaltungsgerichte sowie im Verfahren des Verwaltungsgerichtshofes und des Verfassungsgerichtshofes, ein Bundesgesetz betreffend Begleitmaßnahmen zu COVID-19 in der Justiz, ein Bundesgesetz betreffend besondere Maßnahmen im Gesellschaftsrecht aufgrund von COVID-19 (Gesellschaftsrechtliches COVID-19-Gesetz – COVID-19-GesG) und ein Bundesgesetz über die Errichtung eines Härtefallfonds (Härtefallfondsgesetz) erlassen werden

BGBl II 2021/9. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

BGBl II 2021/279. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Psychotropenverordnung geändert wird

BGBl II 2021/280. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

EG 273/2004. Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 11. Februar 2004 betreffend Drogenausgangsstoffe

EG 111/2005 Verordnung des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 22. Dezember 2004 zur Festlegung von Vorschriften für die Überwachung des Handels mit Drogenaustauschstoffen zwischen der Gemeinschaft und Drittländern

2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz

2.9 Anhang

Tabelle A2.1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2011–2020

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich	SMG-Anteil an allen Verurteilungen in Prozent
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1
2017	4.727	1.804	2.915	30.746	15,4
2018	4.954	2.201	2.738	30.157	16,6
2019	4.476	2.008	2.443	29.632	15,1
2020	3.670	1.814	1.841	25.586	14,3

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.2:

Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2020

führendes Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	370	1 028	711	553	1 005	3 670
SMG gesamt	männlich	333	945	627	492	902	3299
	weiblich	40	83	84	61	103	371
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	105	437	323	261	512	1638
	weiblich	16	41	42	30	47	176
§ 27 SMG	männlich	228	507	303	227	384	1649
	weiblich	24	41	42	30	55	192

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.3:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2020

führendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	36	66	10	14	17	143
	Erwachsene	602	1 023	1 055	635	212	3 527
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	5	22	2	10	5	44
	Erwachsene	33	437	694	461	145	1 770
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	31	44	8	4	12	99
	Erwachsene	562	580	360	174	66	1 742

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgiften

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2011–2020

vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2011	2012	2013	2014**	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	11.667	11.455	13.044	14.506	14.384	25.666	27.990	27.392	27.891	26.321
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsan- waltschaft*	10.319	10.215	11.818	12.378	12.256	23.809	26.562	25.903	26.393	24.989
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	4.059	5.515	6.766	—	—	—	—	—	—	—
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	1.348	1.240	1.226	2.128	2.128	1.857	1.428	1.489	1.498	1.324
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	741	673	728	705	673	561	582	512	558	476

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

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

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

Tabelle A2.5:
Straftatbestände und Strafansrohungen laut SMG

Tathandlungen ³³	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe, wer einem/einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der/die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht	bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen). Das erhöhte Strafmaß entfällt in bestimmten Fällen, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern von Suchtgiften, Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze zur Gewinnung von Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass es in Verkehr gesetzt werde	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen von Suchtgiften in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe	1–10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1–15 Jahre Freiheitsstrafe für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-Fache der Grenzmenge und mehr) 10–20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführung einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen.	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahre, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Psychotrope Stoffe § 30 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		Bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)	Ausgenommen von der Bestrafung ist, wer die Tathandlungen mit Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe in einer die Grenzmenge nicht übersteigenden Menge enthalten, für den persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begeht, ohne einen Vorteil daraus zu ziehen.

33

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

Tathandlungen ³³	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
§ 31 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern eines psychotropen Stoffes in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass er in Verkehr gesetzt werde	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre Freiheitsstrafe bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (Unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn der Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werden bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass der Drogenausgangsstoff bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde.		

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) idgF; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.6:
Alternativen zur Bestrafung laut SMG

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrensebene
12 SMG	Gesundheitsbezogene Maßnahmen	Ist aufgrund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass eine Person Suchtgift missbraucht, so hat sie die Gesundheitsbehörde der Begutachtung durch einen mit Fragen des Suchtgiftmissbrauchs hinlänglich vertrauten Arzt zuzuführen. Ergibt die Begutachtung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs 2 SMG notwendig ist, so hat die Gesundheitsbehörde darauf hinzuwirken, dass sich die Person einer solchen unterzieht. Die Gesundheitsbehörde kann von dieser Person eine Bestätigung über Beginn und Verlauf der Maßnahme verlangen.	Gesundheitsbehörde	vor Strafantrag/ Anklage
13 SMG	Gesundheitsbezogene Maßnahmen	(1) Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpsychologische Dienst ist erforderlichenfalls beizuziehen. Ergibt die Untersuchung, dass eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs 2 notwendig ist und ist diese nicht sichergestellt, oder wird vom Schüler, den Eltern oder anderen Erziehungsberechtigten die schulärztliche Untersuchung oder die Konsultierung des schulpsychologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen. (2) Ergibt 1. die Stellungsuntersuchung bei Wehrpflichtigen oder 2. eine allfällige ärztliche Untersuchung von Frauen bei der Annahme einer freiwilligen Meldung zum Ausbildungsdienst oder 3. eine militärärztliche Untersuchung bei Soldaten, die Präsenz- oder Ausbildungsdienst leisten, Grund zur Annahme eines Suchtgiftmissbrauchs, hat die Stellungskommission oder das Heerespersonalamt oder der Kommandant der militärischen Dienststelle, bei der der Soldat Wehrdienst leistet, anstelle einer Strafanzeige diesen Umstand der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde mitzuteilen. (2a) Wird einer Behörde oder öffentlichen Dienststelle der Anfangsverdacht bekannt, dass eine Person eine Straftat nach §§ 27 Abs 1 und 2 ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen habe, ohne daraus einen Vorteil zu ziehen, so ist an Stelle einer Strafanzeige dieser Umstand der Gesundheitsbehörde mitzuteilen. (2b) Ergeben Ermittlungen der Kriminalpolizei ausschließlich den oben beschriebenen Verdacht, so hat sie diesen auf dem in § 24 a Abs 1 vorgegebenen Weg der Gesundheitsbehörde mitzuteilen sowie der Staatsanwaltschaft darüber zu berichten. (3) Die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde hat in den vorstehend bezeichneten Fällen nach § 12 vorzugehen, sofern es sich nicht bloß um einen in § 35 Abs 4 genannten Fall handelt.	Schule, Heeresdienststelle, Behörde oder öffentliche Dienststelle	anstelle einer Befassung der Justizbehörden

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

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

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) idgF; Darstellung: GÖG

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	53
3.1	Zusammenfassung.....	53
3.2	Cannabis	55
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums.....	55
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	58
3.2.3	Neue Entwicklungen.....	59
3.3	Stimulanzien.....	60
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	60
3.3.2	Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	63
3.3.3	Neue Entwicklungen.....	65
3.4	Heroin und andere Opiode	66
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	66
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	69
3.4.3	Neue Entwicklungen.....	69
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	70
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums.....	70
3.6	Quellen und Studien.....	71
3.6.1	Quellen.....	71
3.6.2	Studien	73
3.7	Bibliografie und Anhang.....	75
3.7.1	Bibliografie	75
3.7.2	Anhang.....	81

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten in Bezug auf Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin. In der aktuellsten Repräsentativbefragung aus dem Jahr 2020 liegen die Werte allerdings etwas höher (5–6 Prozent). Rund ein bis maximal zwei Prozent geben Lebenszeiterfahrungen mit Opioiden und *Neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt) an.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der polytoxikomane³⁴ Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 31.000 und 37.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). In etwa drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur sieben Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 35 Prozent sind 25 bis 34 Jahre, und 58 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum in Österreich – im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern der EU – nach wie vor eine Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 9.300 bis 14.800 Personen geschätzt.

34

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

Neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/-innen). Einschränkung muss hier jedoch angemerkt werden, dass sich bei den drogenbezogenen Todesfällen 2020 ein Anstieg in dieser Altersgruppe beobachten lässt. Diese Entwicklung muss genau beobachtet werden.

Hinsichtlich des besonders risikoreichen Gebrauchs synthetischer Opioide liegen aktuell nur Einzelfallberichte vor. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums von Opioiden hin zu anderen Substanzen. Mittlerweile liegen aber ausreichend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen etc.) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere von Kokain in Österreich auszugehen. Inwiefern sich damit die Gruppe von Personen mit risikoreichen und behandlungsrelevanten Kokainkonsummustern (ohne Opioide) vergrößert, werden die nächsten Jahre zeigen. Allerdings sind auch die mittel- bis längerfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum derzeit noch nicht abschätzbar.

COVID-19

Zwei Drittel der in der „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“ Befragten, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, haben während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 ihren Konsum nicht in einem relevanten Ausmaß geändert. Der Anteil der Cannabiskonsumtinnen und -konsumenten, die während des ersten Lockdowns weniger Cannabis rauchten (20 %) übersteigt den Anteil jener, die in diesem Zeitraum mehr Cannabis als zuvor rauchten (14 %). Der häufigste Grund für eine Reduktion des Cannabiskonsums ist, dass die betreffenden Personen nur in Gesellschaft anderer konsumieren und dies während der Coronakrise nicht bzw. schwerer möglich war. Personen mit einer Zunahme des Cannabiskonsums nennen zu zwei Dritteln mehr Freizeit als Motiv und zu einem Drittel Stress und Belastungen. Daten der zweiten Erhebungswelle im Herbst 2020 legen nahe, dass es während des ersten Lockdowns zu einem kurzfristigen Anstieg der Zahl der Personen mit mindestens wöchentlichem Cannabiskonsum kam, der im Herbst 2020 aber wieder auf das Ausgangsniveau absank.

Abwasserepidemiologische Analysen in Innsbruck legen nahe, dass im Jahr 2020 der Konsum von Amphetamin, Kokain und „Ecstasy“ leicht zurückgegangen ist. Angestiegen (allerdings auf einem niedrigen Niveau) ist jedoch der Konsum von Methamphetamin. Dieses Phänomen muss gut weiter beobachtet werden, da es bisher nur Hinweise auf lokal abgegrenzte Gruppen von Personen mit Methamphetaminkonsum vor allem in Oberösterreich gab. Eine qualitative Befragung der Drogen- und Suchtkoordinationen bzw. der Einrichtungen der Suchthilfe im Jahr 2020 kommt zu dem Schluss, dass 2020 beruhigenden Substanzen eine verstärkte Bedeutung zukam und (aufputschende) Partydrogen etwas weniger konsumiert wurden.

Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik lässt sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Arbeitsplatzverlust, Ängste,

Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen.

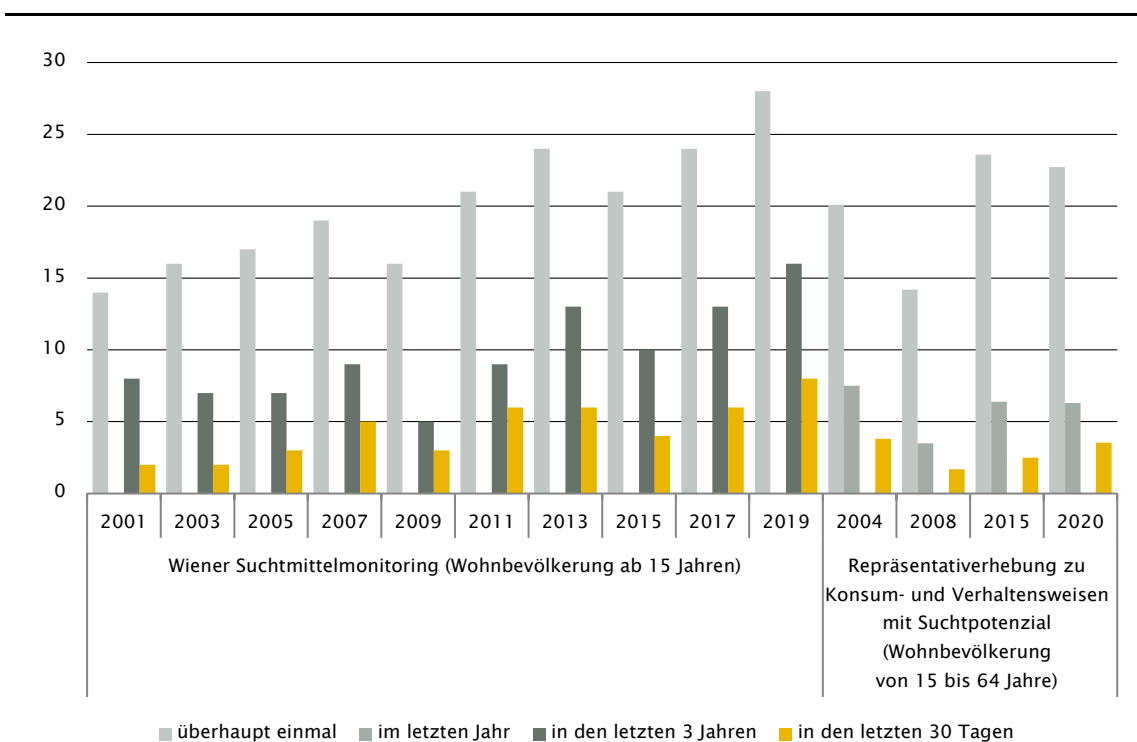
3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Abbildung 3.1:

Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, Drei-Jahres-Prävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) gemäß dem Wiener Suchtmittelmonitoring und vier österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe)



Anmerkungen: In der „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“ wurde die Drei-Jahres-Prävalenz nicht erhoben. Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre. Im Wiener Suchtmittelmonitoring wird die Jahresprävalenz nicht erhoben.

Quellen: IFES 2001 bis 2019, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al. 2021; Darstellung: GÖG

Längerfristig zeigt sich sowohl im Wiener Suchtmittelmonitoring als auch in den österreichischen Bevölkerungserhebungen ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen (vgl. Abbildung 3.1 und Tabelle A3.1). Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich aber meist auf eine kurze Lebensphase, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 3.1). Informationen zum Konsum synthetischer Cannabinoide in der Allgemeinbevölkerung liegen nicht vor.

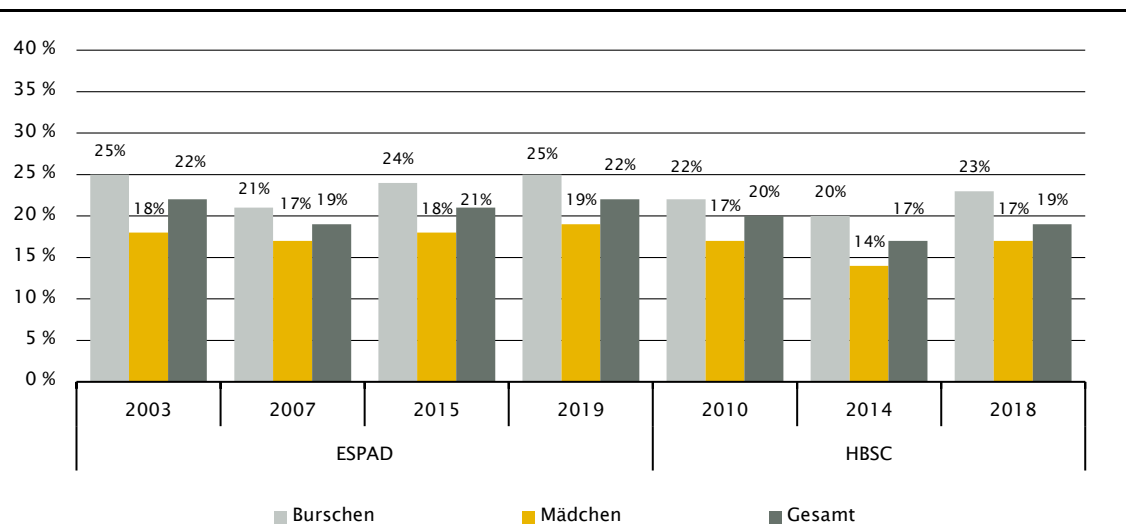
Abwasserepidemiologische Analysen zu Cannabis liegen aus Tirol (Innsbruck) und Vorarlberg vor. In Innsbruck ist die Konzentration des THC-Markers im Abwasser von 2018 bis 2020 um 32 Prozent zurückgegangen³⁵, was für einen Rückgang des Cannabiskonsums spräche. Basierend auf Abwasseranalysen an acht aufeinanderfolgenden Tagen in den 17 größten Kläranlagen in Vorarlberg errechneten die Autorin und die Autoren einen Konsum von 6,5 kg reinem THC pro Tag. Bei einer angenommenen mittleren Dosis von 125 mg THC ergab das einen Umsatz von 86 Dosen pro 1.000 Personen pro Tag (Oberacher et al. 2021).

35

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 7. 7. 2021)

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

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



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

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

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

Quellen: Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012, Ramelow et al. 2015; Teutsch et al. 2019, Hojni et al. 2020; Darstellung: GÖG

Etwa ein Fünftel der befragten Schülerinnen und Schüler (ESPAD, HBSC; vgl. Tabelle A3.2) gibt an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Burschen weisen dabei eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (vgl. Abbildung 3.2). Erstmals wurde in ESPAD 2019 auch die Lebenszeitprävalenz synthetischer Cannabiniode erfragt. Sie beträgt vier Prozent.

Aus der letzten österreichischen Bevölkerungserhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021) ergeben sich für Jugendliche und junge Erwachsene (15–24 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz von 24 Prozent, eine Jahresprävalenz von 17 Prozent und eine Monatsprävalenz von sieben Prozent für Cannabiskonsum. Sämtliche Werte sind somit etwas niedriger als jene der Erhebung von 2015 (Lebenszeitprävalenz = 29 %; Jahresprävalenz = 19 %; Monatsprävalenz = 8 %).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich anhand der verfügbaren Befragungsdaten hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Gesamtbevölkerung bzw. bei Jugendlichen kein eindeutiger Trend feststellen lässt. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich in den den Konsum illegaler Drogen betreffenden Befragungsdaten aufgrund der Tatsache, dass nach einem illegalen Verhalten gefragt wird, große Unschärfen ergeben. Es kann davon ausgegangen werden, dass das gesellschaftliche

Klima bezüglich Cannabis einen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob ein etwaiger Konsum zugegeben wird oder nicht.

3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung

Risikoreicher Cannabiskonsum

In der „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“ (Strizek et al. 2021) gibt etwa ein Prozent der Stichprobe an, Cannabis sechsmal pro Monat oder öfter zu konsumieren. Etwas weniger als die Hälfte davon weist auch im CAST-Screening-Tool³⁶ einen kritischen Wert auf. Somit können etwa 0,4 Prozent der österreichischen Bevölkerung als potenziell problematische Cannabiskonsumtinnen/-konsumenten klassifiziert werden.

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2020 wurde in 806 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2021). Dem stehen 22.587 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) gegenüber, in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien; vgl. Kapitel 7). Dies ist ein Hinweis darauf, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2020 befanden sich etwa 2.750 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den Jahren 2012 (GÖG/ÖBIG 2013) und 2017³⁷ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt bzw. möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ häufig auch im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft.

2010 bis 2013 ist der Anteil der Erstpatientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die sich in ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe befinden, von etwa 40 Prozent auf über 50 Prozent gestiegen. Seither liegen die Werte knapp über oder unter 50 Prozent. Im

36

Das Cannabis Abuse Screening Tool (CAST) besteht aus sechs Items (Konsum am Vormittag; Konsum allein; Gedächtnisprobleme durch Konsum; Rat von Freundinnen/Freunden oder der Familie aufzuhören; erfolgloser Versuch, zu reduzieren oder gänzlich aufzuhören; Probleme durch Konsum in Schule oder mit Freundinnen/Freunden), deren Frequenz mittels vier Stufen erfasst wird (nie = 0, selten = 1, gelegentlich = 2, oft = 3). In der einschlägigen Literatur (Spilka et al. 2013) wird ein Cut-off-Score von 7 Punkten, um zwischen risikoarmem und riskantem Konsum zu unterscheiden, angeführt. Ab einem Score von 7 wird der Konsum als riskant bezeichnet.

37

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (Zugriff am 2. 7. 2021)

Gegenzug ist der Anteil jener mit der Leitdroge Opioiden gesunken (Anzenberger et al. 2021). Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe³⁸ mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung begeben, was mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt wird. Andererseits wurde von einem Anstieg der Zahl junger und sozial auffälliger Klientinnen/Klienten berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2019 kommen schädlicher Gebrauch von Cannabis (49 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (152 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (128 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.408 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 216 Fälle und für Abhängigkeit 780 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden³⁹, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum im Vergleich zu den geschätzt 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. 3.4.1 und Kap. 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

3.2.3 Neue Entwicklungen

COVID-19

Die österreichische „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial“ (Strizek et al. 2021) bietet auch Informationen zu vorläufigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen auf das Konsumverhalten. Zwei Drittel der Befragten, die in den letzten zwölf Monaten Cannabis konsumiert haben, haben während des ersten Lockdowns im Frühjahr 2020 ihren Konsum nicht in einem relevanten Ausmaß geändert. Der Anteil der Cannabiskonsumentinnen und -konsumenten, die während des ersten

38

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

39

Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in eSuchtmittel dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz (eine Auswertung des Behandlungsjahres 2015 zeigte, dass 62 % der Personen, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Cannabis behandelt wurden, aufgrund einer Auflage in Behandlung waren; http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf [Zugriff am 13. 7. 2020])

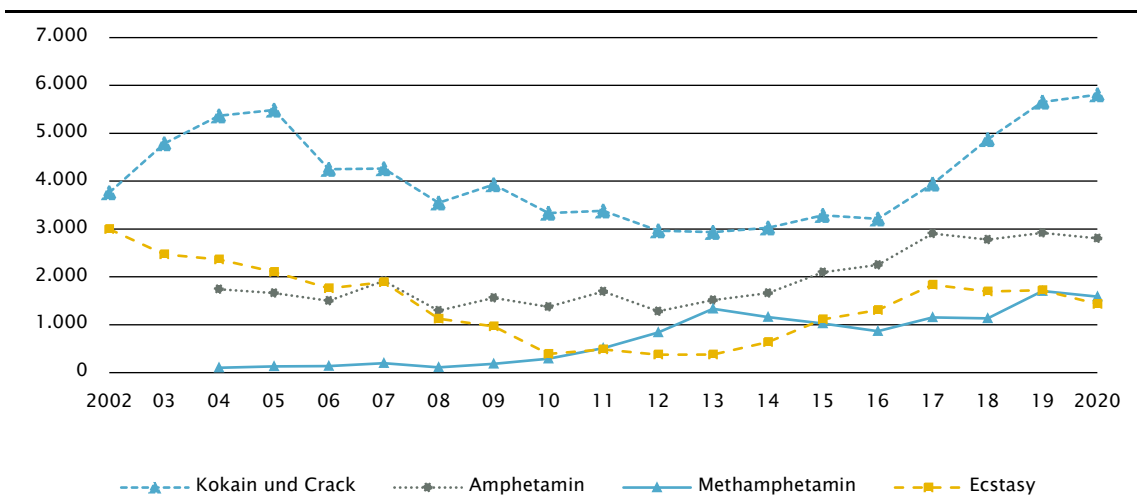
Lockdowns weniger Cannabis rauchten (20 %) übersteigt den Anteil jener, die in diesem Zeitraum mehr Cannabis als zuvor rauchten (14 %). Der häufigste Grund für eine Reduktion des Cannabiskonsums ist, dass die betreffenden Personen nur in Gesellschaft anderer konsumieren und dies während des ersten Lockdowns nicht bzw. schwerer möglich war. Personen mit einer Zunahme des Cannabiskonsums nennen zu zwei Dritteln mehr Freizeit als Motiv und zu einem Drittel Stress und Belastungen. Daten der zweiten Erhebungswelle im Herbst 2020 legen nahe, dass es während des ersten Lockdowns zu einem kurzfristigen Anstieg der Zahl der Personen mit mindestens wöchentlichem Cannabiskonsum kam, der im Herbst 2020 aber wieder auf das Ausgangsniveau absank.

3.3 Stimulanzen

3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten SMG-Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin sowie Methamphetamin und „Ecstasy“ (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). Bei Kokain steigen die Anzeigenzahlen seit 2016 stark an.

Abbildung 3.3:
Stimulanzen: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2020



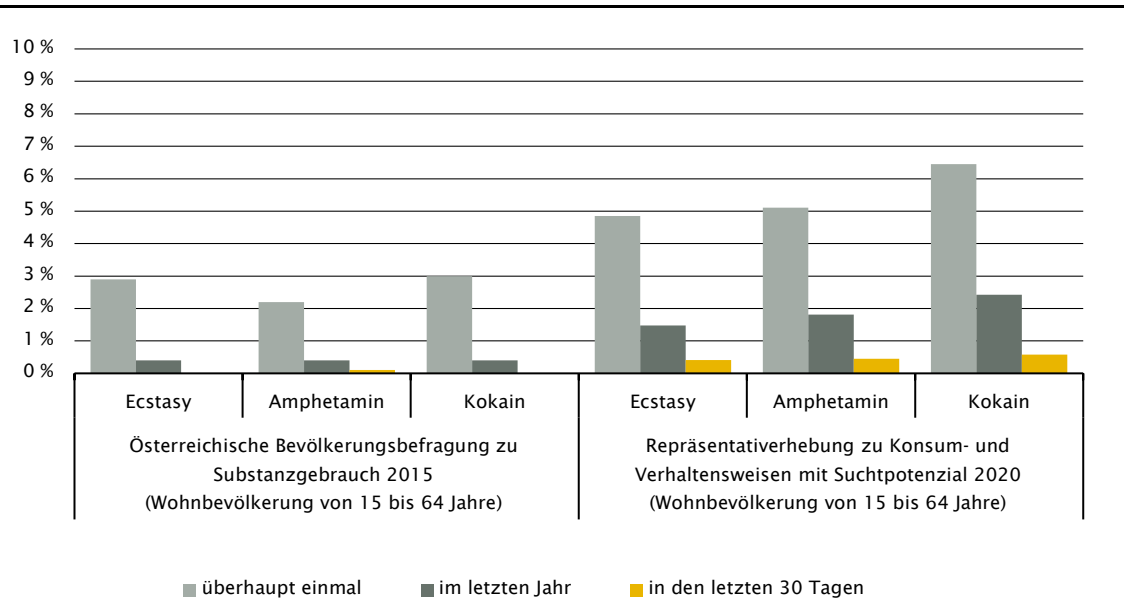
Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass sich in Österreich die meisten Anzeigen auf Kokain beziehen.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzien in der Gesamtbevölkerung

Nur ein kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung macht jemals Erfahrungen mit den Stimulanzien „Ecstasy“, Amphetamin und Kokain. Die Zahlen bezüglich des Konsums in den letzten 30 Tagen sind noch wesentlich niedriger. Im Vergleich zur Erhebung von 2015 zeigt sich jedoch für alle drei Stimulanzien ein deutlicher Zuwachs bei den Personen, die von Konsumerfahrungen berichten (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



Anmerkung zur „Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020“: Die Werte in Tabelle A 3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Quelle: Strizek et al. 2016a; Strizek et al. 2021; Darstellung: GÖG

Laut dem abwasserbasierten Drogenmonitoring Vorarlberg 2020 ist Kokain die am zweithäufigsten konsumierte illegale Droge, an der Spitze steht hier Cannabis. Kokain wird mit 8,3 Dosen pro 1.000 Einwohner/-innen pro Tag doppelt so oft konsumiert wie Amphetamin. „Ecstasy“ und Methamphetamine werden hingegen wesentlich seltener konsumiert (vgl. Tabelle 3.1)

Tabelle 3.1:

Stimulanzien: mittlere konsumierte Menge pro Tag, angenommene mittlere Dosis bei einem Konsumvorgang, Anzahl der konsumierten Dosen pro 1.000 Personen pro Tag

Stimulans (Reinsubstanz)	mittlere konsumierte Menge pro Tag	angenommene mittlere Dosis bei einem Konsumvorgang	Anzahl der konsumierten Dosen pro 1.000 Personen pro Tag
Kokain	500 g	100 mg	8,3
Amphetamin	73 g	30 mg	3,8
„Ecstasy“	10 g	100 mg	0,2
Methamphetamin	5 g	30 mg	0,3

Quelle: Oberacher et al. 2021; Darstellung: GÖG

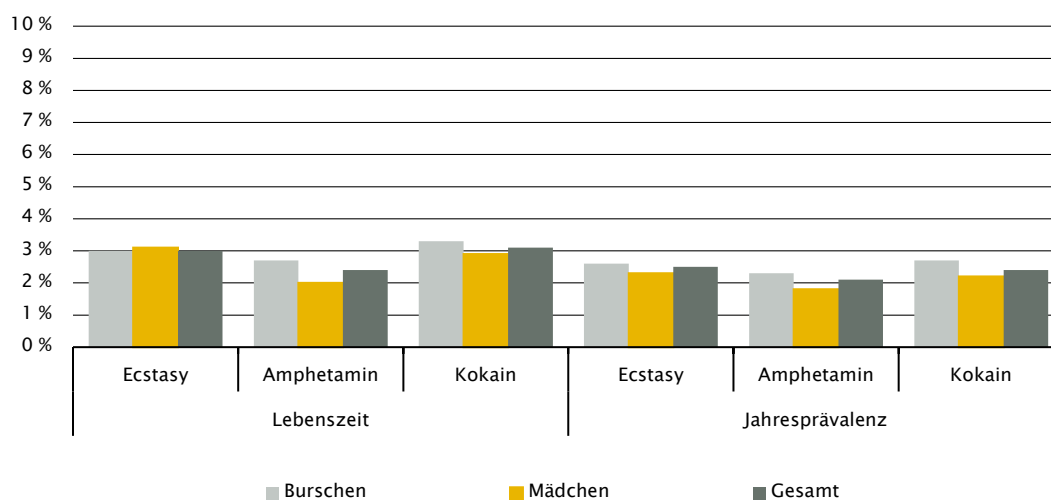
Aus den im Rahmen des SCORE-Projekts gesammelten abwasserepidemiologischen Daten aus Innsbruck lassen sich zeitliche Trends ablesen. Zwischen März 2016 und Oktober 2020 wurde das dortige Abwasser an 343 Tagen untersucht (Reinstadler et al. 2021). Die Daten legen nahe, dass sowohl der Kokainkonsum als auch der Amphetaminkonsum in der Zeitspanne 2016 bis 2019 stark angestiegen sind.

Auch die Anrufe bei der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale, bei denen Kokain eine Rolle spielt (meist in Kombination mit anderen Drogen), sind von 27 im Jahr 2016 auf 53 im Jahr 2020 (vgl. Kapitel 6) gestiegen und liegen damit knapp hinter den Anrufen wegen Cannabis (60). Wegen MDMA wurde im Jahr 2020 44-mal, wegen Amphetamin 17-mal und wegen Methamphetamin neunmal angerufen (GÖG/VIZ 2020 Sonderauswertung Drogen)

Gleichfalls ist der Anteil von Kokain, der im Rahmen des Drug-Checking von Drogenarbeit Z6 angegeben wurde, ebenso wie jener bei *checkit!* in Wien über die Jahre gestiegen (Oberacher 2021, SHW 2021). Bei den von *checkit!* analysierten Proben war Kokain 2019 erstmals die Nummer eins – noch vor „Ecstasy“ und Amphetamin. 2020 liegt es erneut an der Spitze (SHW 2021).

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

Abbildung 3.5:
Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten zwölf Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)



Quelle: Hojni et al. 2020; Darstellung: GÖG

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

Zusammenfassend verweisen die verfügbaren Daten auf eine nach wie vor niedrige Prävalenz des Stimulanzienkonsums. Mittlerweile liegen aber genügend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen etc.) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere von Kokain in Österreich auszugehen. Der Konsum von Methamphetamin war bisher auf lokale Szenen begrenzt und findet vorwiegend in Oberösterreich statt (siehe dazu auch Abschnitt 3.3.3). In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des erhöhten Konsums von NPS wieder verstärkt auf Amphetamin und „Ecstasy“ zurückgegriffen und aktuell auch auf Kokain (SHW 2021).

3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung

Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulanzien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG (vgl. Tabelle 3.2). Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne

Wien vor. Am häufigsten wird ein behandlungsrelevanter Konsum von Kokain festgestellt, gefolgt von Amphetamin (2017 lag Amphetamin noch an erster Stelle). In der Kategorie Amphetamin war bis 2014 bei amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert, seit 2015 gibt es eine eigene Kategorie Methamphetamin.

Tabelle 3.2:

Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland 2020

Stimulans	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
MDMA („Ecstasy“) u. a. Designerdrogen	3	2	3	9	1	4	1	3	26
Amphetamin	4	3	12	41	4	2	0	10	76
Methamphetamin	0	0	0	18	2	1	2	1	24
Kokain	9	28	17	34	8	8	8	52	164
Summe	16	33	32	102	15	15	11	66	290

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

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

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

Im Jahr 2020 befanden sich geschätzt etwa 1.008 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 580 Personen wegen des Konsums anderer Stimulanzien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung von Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2019 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (elf Fälle) und Kokainabhängigkeit (50 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 371 Fälle und für Kokainabhängigkeit 173 Fälle. Schädlicher Gebrauch anderer Stimulanzien als Kokain (21 Fälle) und Abhängigkeit von diesen (30 Fälle) werden als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen ebenfalls sehr selten diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch anderer Stimulanzien 230 Fälle und für Abhängigkeit davon 96 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁴⁰, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien im Vergleich zu den geschätzt 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. 3.4.1 und Kap. 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

40

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

Daten von *checkit!* zeigen, dass der Trend zu hochdosierten „Ecstasy“-Tabletten weiter anhält. (SHW 2021 – vgl. Kapitel 7). „Ecstasy“ spielt auch bei den drogenbezogenen Todesfällen eine größere Rolle als früher (vgl. Kapitel 6). Der Schluss, dass der Konsum von „Ecstasy“ aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden ist, liegt nahe (vgl. Kapitel 7). Bei drogenbezogenen Todesfällen spielen Stimulanzien eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten Überdosierungen ausschließlich durch Stimulanzien (vgl. Kapitel 6).

Injizieren und andere Konsumformen

Informationen zur Einnahmeform bei Stimulanzien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). „Ecstasy“ wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin vorwiegend gesniff, aber auch oral konsumiert. Kokain wird meist gesniff und zu einem gewissen Anteil auch gespritzt. Es zeigt sich, dass der intravenöse Konsum von Kokain bei älteren Konsumentinnen/Konsumenten häufiger die vorwiegende Einnahmeform darstellt als bei jungen (bei Personen über 29 Jahre etwa ein Fünftel – siehe dazu auch Anzenberger et al. 2021).

Aus dem niederschweligen Bereich wird von der Mentvilla in Innsbruck ein Anstieg der Spritzen-tauschzahlen von 2018 auf 2019 um 16 Prozent berichtet und auf den verstärkten Kokainkonsum zurückgeführt (Caritas 2020).

Hinsichtlich drogenassoziiertes Infektionsrisiko spielt somit der Konsum von Stimulanzien eine eher untergeordnete Rolle, wobei allerdings darauf hinzuweisen ist, dass auch das gemeinsame Nutzen von Sniffutensilien ein gewisses Infektionsrisiko bedeutet.

3.3.3 Neue Entwicklungen

COVID-19

Abwasserepidemiologische Analysen in Innsbruck legen nahe, dass im COVID-19-Jahr 2020 der Konsum von Amphetamin und Kokain und „Ecstasy“ leicht zurückgegangen ist. Angestiegen (allerdings auf einem niedrigen Niveau) ist jedoch der Konsum von Methamphetamin⁴¹. Dieses Phänomen muss sorgfältig weiter beobachtet werden, da es bisher nur Hinweise auf lokal abgegrenzte Gruppen von Personen mit Methamphetaminkonsum vor allem in Oberösterreich gab.

Eine qualitative Befragung der Drogen- und Suchtkoordinationen bzw. der Einrichtungen der Suchthilfe im Jahr 2020 ergibt folgendes Bild: Aus manchen Regionen wird für Klientinnen/Klienten der Suchthilfe anekdotisch ein verstärkter Umstieg von illegalen Substanzen auf

41
https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 7. 7. 2021)

Medikamente/Alkohol im ersten COVID-19-bedingten Lockdown berichtet. Diese Momentaufnahmen sind nicht frei von Widersprüchen, plausibel erscheinen hingegen das Bild einer verstärkten Bedeutung von Substanzen, die sich zur Beruhigung einsetzen lassen und leichter verfügbar sind, sowie ein Rückgang des Konsums von (aufputschenden) Partysubstanzen (Strizek et al. 2020).

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthaltige Medikamente – einschließlich Substitutionsmitteln. Im Jahr 2019 erfolgten 3.381 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.579 Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar. Hinsichtlich des Gebrauchs synthetischer Opioide liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor⁴².

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der EMCDDA der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden (EMCDDA 2013). Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

Die aktuellsten verfügbaren Schätzungen für die Jahre 2018 bzw. 2019 machen eine Prävalenzrate von 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums (Mischkonsums) – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa fünf bis sechs Personen pro 1.000 Österreicher/-innen in der Altersgruppe 15- bis 64-Jährige von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich, und sieben Prozent sind unter 25 Jahre alt (35 %: 25 bis 34 Jahre).

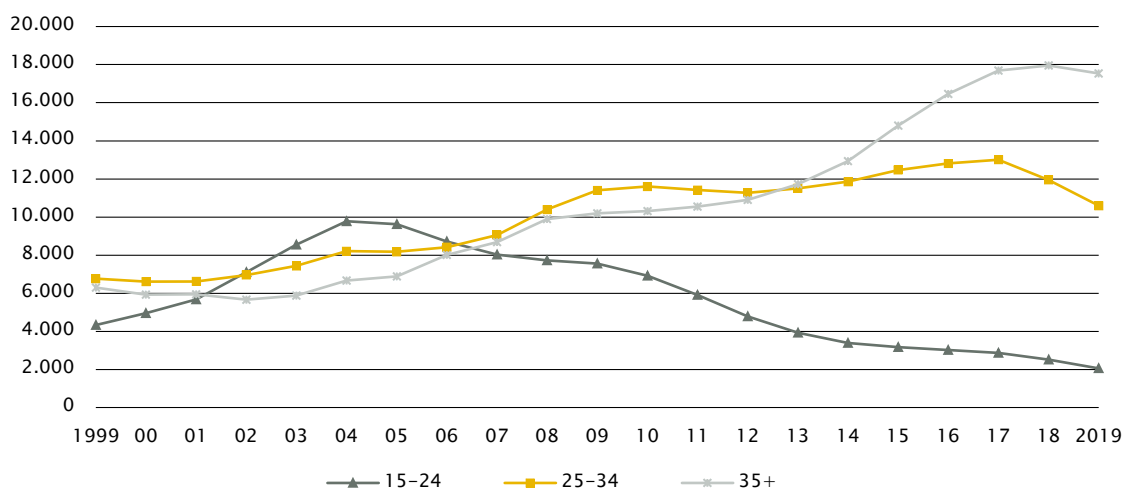
Der Verlauf der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre von unter 20.000 auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. Bis 2017 lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten, gefolgt von einem Rückgang auf 32.000 Personen im Jahr 2019.

42

Im Rahmen des österreichischen Informations- und Frühwarnsystems zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum wurde 2020 zweimal ein synthetisches Opioid gemeldet (ausschließlich vom BMI).

Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.6) Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/-innen). Ab 2014 pendelt sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein und sinkt im Jahr 2019 auf etwa 2000 Personen. Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und dann auch in der Altersgruppe über 34) weiter an. Seit 2017 sind die Zahlen in allen Altersgruppen rückläufig.

Abbildung 3.6:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen nach Altersgruppen - Zeitverlauf



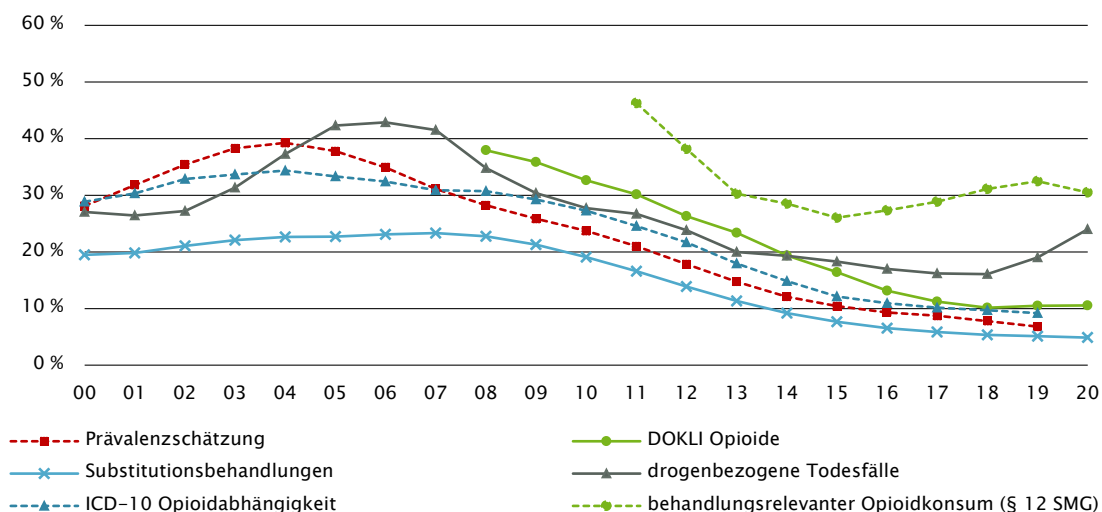
Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2018 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2019 der Schätzwert für 2019 (aktuellste Schätzung).

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

Der bis 2017 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Opioidproblematiksituation zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15-24 ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. in Form der Substitutionsbehandlung) bedingt sein.

Abbildung 3.7:

Anteil der unter 25-Jährigen an den Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle⁴³), Zeitreihe 2000–2020 – bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)



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

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

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

Bei allen Datenquellen wurde vom Jahr 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt (bei behandlungsrelevantem Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls in den Jahren 2011 und 2012).

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

Der kontinuierliche Rückgang der Anzahl junger Personen (unter 25 Jahren) mit Opioidproblematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.7) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Einschränkend muss hier jedoch angemerkt werden, dass bei den drogenbezogenen Todesfällen 2020 ein Anstieg in dieser Altersgruppe zu verzeichnen ist. Diese Entwicklung muss genau beobachtet werden.

43

Aufgrund der COVID-19-Pandemie standen die Daten für 2019 zu Redaktionsschluss nicht zur Verfügung.

3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung

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

Injizieren und andere Konsumformen

Neben der Prävalenz der risikoreich mit Beteiligung von Opioiden Drogenkonsumierenden interessiert auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Überträgt man die Anzahl der Personen mit der Leitdroge Opioid aus dem DOKLI-System, welche die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (30–40 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden, so ist in Österreich von etwa 9.300 bis 14.800 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen (Anzenberger et al. 2020). Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von nasaler Applikationsform (Sniffen) auf Injizieren umsteigen (Busch et al. 2010).

3.4.3 Neue Entwicklungen

COVID-19

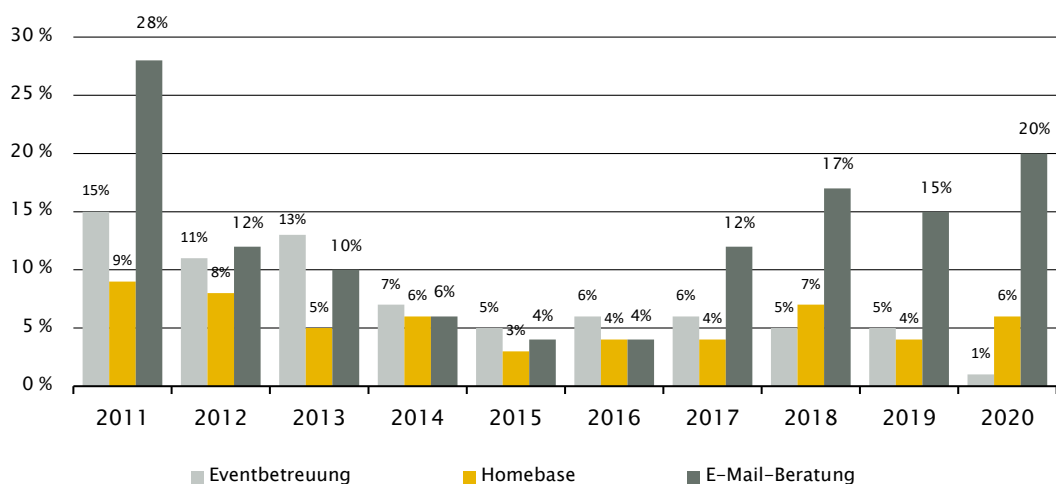
Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik – Personen mit Opioidproblematik stellen in Österreich den mit Abstand größten Teil dieser Gruppe dar (vgl. Abschnitt 3.4.1 und Kap. 5) – lassen sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Arbeitsplatzverlust, Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen (Anzenberger et al. 2021).

3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

3.5.1 Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen im Vergleich zu den Anzeigen nach dem SMG nur sehr wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2020 gab es 486 diesbezügliche Anzeigen (2019: 438, 2018: 133, 2017: 89 siehe Kapitel 7). Allerdings hat sich die Anzeigenzahl in den letzten Jahren stark erhöht und ist auch 2020, trotz COVID-19, weiter gestiegen. Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung. Laut den aktuellsten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) bei etwa einem Prozent (Strizek et al. 2021). Für 14- bis 17-jährige Schüler/-innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei vier Prozent, die Jahresprävalenz beträgt in dieser Gruppe drei Prozent (Hojni et al. 2020).

Abbildung 3.8:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2020



Quelle: SHW 2021

Die in Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Partysetting. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder „Ecstasy“ die am häufigsten thematisierten Substanzen. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 3.8). Insbesondere bei E-Mail-Beratungen stieg ihre Häufigkeit jedoch zuletzt wieder an (2020: 20%). Von den im Jahr 2020 analysierten 982 Proben enthielten lediglich 7,1 % NPS (SHW 2021), das ist ein etwas höherer Wert als im Vorjahr (4,6%). Es ist aber zu beachten, dass von *Checkit!* 2020 Covid-19-bedingt kaum Proben bei Festivals und Partys analysiert wurden, sondern die meisten Proben aus der Homebase bzw. dem neuen Angebot der Probenabgabe in Apotheken stammen. 18 Prozent der bei Drogenarbeit Z6 zur Analyse abgegebenen

Proben wurden als NPS deklariert, was einen Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet (z. B. 2018: 6 % – Oberacher 2019 und 2021; Details der Analyseergebnisse siehe Kapitel 7.

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Anzenberger et al. 2021). Der Anstieg der Thematisierung von NPS im Rahmen der E-Mail-Beratungen von *checkit!* könnte jedoch ein Hinweis auf eine steigende Bedeutung abseits der Partyszene sein.

3.6 Quellen und Studien

3.6.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen nach § 11 bzw. § 12 SMG

Personen, bei denen die Polizei, die Schulleitung, eine Militärdienststelle oder die Führerscheinbehörde annimmt, dass in ihrem Fall ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Begutachtung durch, prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und wirkt bei Bestehen eines solchen Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Begutachtungsergebnisse müssen dem BMSGPK gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2020 3.977 Begutachtungsergebnisse in Bezug auf 3.872 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). Die Anzahl der Begutachtungen hat sich aufgrund der COVID-19-Pandemie stark reduziert (2019 waren es 6.007 Begutachtungen). Bei Begutachtungen in Wien wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und pseudonymisiert dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswertungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und zur rechtlichen Einbindung der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

Beratungsgespräche von *checkit!* und *MDA basecamp* (Drogenarbeit Z6)

checkit! ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Suchthilfe Wien GmbH und dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an. Ende 2019 wurden in einem Testbetrieb erstmals auch Proben in der Beratungsstelle homebase angenommen. Diese Schiene wurde wegen COVID-19 stark ausgebaut. Seit Juni bzw. August 2020 können Proben auch in zwei kooperierenden Apotheken zur Analyse abgegeben werden. Damit wird das Ziel verfolgt, Drug-Checking auch abseits von Veranstaltungen anbieten zu können. Im Jahr 2020 verzeichnete *checkit!* aufgrund von COVID-19 im Partysetting lediglich drei Eventbetreuungstage, 725 Informations- bzw. Beratungskontakte und 242 analysierte Proben. 2020 haben an 34 Tagen insgesamt 219

Personen das Angebot der *checkit!*-homebase genutzt und 434 Proben zur Analyse gebracht. In Apotheken wurden bei insgesamt 23 Analysewochen 306 Proben zur Analyse abgegeben (SHW 2021).

Das *MDA basecamp* von *Drogenarbeit Z6* ist normalerweise mit einem Informations- und Beratungsstand ca. zwei- bis dreimal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie zu Wirkung und Gefahren durch deren Konsum. Während des ersten COVID-19-bedingten Lockdowns musste das Angebot komplett eingestellt werden. Ab Mai 2020 wurde vorwiegend auf Online- und Telefonberatung umgestellt (Drogenarbeit Z6 2021).

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

Die Anzeigen wegen eines Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz werden jährlich vom BMI gesammelt (siehe Kapitel 7).

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

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenanzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2019 ist das aktuellste Datenjahr zu Redaktionsschluss.

Drogenbezogene Todesfälle

Die Daten zu drogenbezogenen Todesfällen werden vom BMSGPK gesammelt (siehe Kapitel. 6).

Behandlungsdokumentationssystem DOKLI

Klientendaten aus dem Dokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) finden sich in Kapitel 5.

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

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS. Diese stammen im

Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK) bzw. vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES⁴⁴). Weitere einschlägige Informationen werden von den Drug-Checking-Projekten geliefert, d. h. von *checkit!* und seit 2014 auch von *Drogenarbeit Z6*.

3.6.2 Studien

Österreichische Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015) bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (2020)

Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015 und 2020 durchgeführt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al., 2020).

Im Jahr 2020 musste aufgrund des Ausbruchs der Coronapandemie in Österreich erstmalig die gesamte Erhebung mittels eines repräsentativen Onlinesamples durchgeführt werden. Teilnehmer/-innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Erstmals wurden zudem zwei Erhebungswellen durchgeführt (Welle 1: April bis Mai 2020, Welle 2: Oktober 2020), um unter anderem Veränderungen im Jahresverlauf abbilden zu können. Vergleiche im Rahmen der Erhebung aus dem Jahr 2015 zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen.

Drogenmonitoring Oberösterreich 2019

Das Institut Suchtprävention der pro mente Oberösterreich führt im Rahmen des sogenannten Drogenmonitorings im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen eine bundeslandweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogenkonsum und Substanzgebrauch durch. Von Dezember 2018 bis Jänner 2019 wurden 1.442 Personen ab 15 Jahren in Oberösterreich mittels Face-to-Face-Interviews befragt. Die Auswahl der Interviewpartner/-innen erfolgte nach Quotenvorgaben für die einzelnen Interviewer/-innen und wurde vom Linzer Marktforschungsinstitut market durchgeführt. Es handelt sich um eine nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und regionale Verteilung repräsentative Quotenstichprobe. Ein Expertenpanel zum Thema Cannabis wurde ebenfalls durchgeführt (Seyer et al. 2020).

44

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

ESPAD (2003, 2007, 2015, 2019)

Datenerhebungen im Rahmen des European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007, 2015 und 2019 statt (Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b, Hojni et al. 2020). Die bereinigte Stichprobe aus dem Jahr 2020 setzt sich aus 10.279 14- bis 17-jährigen Schülerinnen und Schülern (aus 556 Klassen und 304 Schulen) der neunten und zehnten Schulstufe aus allen Schultypen (mit Ausnahmen von Schulen des Sonderschulwesens) zusammen. Die Zufallsstichprobe wurde nachträglich nach Schultyp und Geschlecht gewichtet und entspricht somit in Hinblick auf diese Parameter einer repräsentativen Stichprobe von Schülerinnen und Schülern der ausgewählten Schulstufen.

HBSC (2010, 2014, 2018)

In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von elf, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Seit 1986 findet die Erhebung im Vier-Jahres-Rhythmus statt. Die Gesamtstichprobe 2018 in Österreich umfasste 7.585 Mädchen und Burschen und ist repräsentativ nach Alter, Geschlecht, Bundesland und Schultyp (Felder-Puig et al. 2019).

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Bei diesem handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau zweier (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehrerer Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl et al. 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten im Bereich drogenbezogener Todesfälle findet sich im „Epidemiologiebericht Sucht 2020“ (Anzenberger et al. 2020). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung darstellen. Die methodischen Limitationen werden z. B. bei Uhl et al. (2001), ÖBIG (2003), GÖG/ÖBIG (2006) und GÖG/ÖBIG (2010) detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittelmonitoring

Das Wiener Suchtmittelmonitoring wird alle zwei Jahre im Frühjahr an einer repräsentativen Stichprobe von ca. 600 Personen (auf der Basis eines *stratified multistage clustered random sampling* aus rezentem Adressmaterial des Marktforschungsinstituts) in Form mündlicher Interviews an der Wohnadresse der Zielpersonen durchgeführt. Die Erhebung der Konsumerfahrungen findet im Auftrag der Wiener Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH seit 1993 mit vergleichbarer Methodik statt (IFES 2001 bis 2019). Die aktuellsten Daten wurden im Jahr 2019 erhoben.

Abwasserepidemiologische Studien (im Rahmen des SCORE-Projekts)

Seit 2011 werden von einem europaweiten Netzwerk (Sewage analysis CORE group Europe – SCORE)⁴⁵ Abwasseranalysen mit standardisierten Verfahren durchgeführt. 2020 nahmen 82 Städte aus 18 Ländern an diesen Analysen teil. In Innsbruck werden seit 2016 im Rahmen dieses Projekts Abwasseranalysen durchgeführt. Die Ergebnisse können interaktiv auf der Website der EMCDDA abgerufen werden⁴⁶. In Vorarlberg wurde von 12.–19. 2. 2020 ein landesweites Abwassermonitoring in den 17 größten Kläranlagen, in deren Einzugsbereich 96 Prozent der Vorarlberger Bevölkerung leben, durchgeführt (Oberacher et al. 2021). Abwasseranalysen werden seitens der EMCDDA primär als ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. anhand der Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?“) und über Charakteristika der Konsumierenden sind dabei nicht möglich (EMCDDA 2019, EMCDDA 2020).

3.7 Bibliografie und Anhang

3.7.1 Bibliografie

Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2020). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Wien

Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021). Epidemiologiebericht Sucht 2021. Wien

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

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

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

Caritas (2020). Mentlvilla-Jahresbericht 2019. Innsbruck

45

<https://score-cost.eu/emcdda-wastewater-analysis-and-drugs> (Zugriff am 1. 7. 2021)

46

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 1. 7. 2021)

checkit! und Drogenarbeit Z6 (2020). COVID-19 Survey Juni 2020. Wien und Innsbruck

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

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

Drogenarbeit Z6 (2019). Tätigkeitsbericht 2018. Innsbruck

Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Innsbruck

Drogenarbeit Z6 (2021). Tätigkeitsbericht 2020. Innsbruck

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

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

EMCDDA (2020). Perspectives on drugs – Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study. Lissabon

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

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

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

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

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

- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D.; Maier, G. (2019). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring – Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Hojni, M.; Delcour, J.; Strizek, J.; Uhl, A. (2020): ESPAD Österreich 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2017). Suchtmittel-Monitoring 2017. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2019). Suchtmittel-Monitoring 2019. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Oberacher, H. (2019). Drug Checking 2018. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2020). Drug Checking 2019. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H.; Ausweger V.; Neubacher, T.; Hanefeld W. 2021. Abwasserbasiertes Drogenmonitoring Vorarlberg 2020. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Ramelow, D.; Teutsch, F.; Hofmann, F.; Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Paulik, R.; Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. Institut für Suchtprävention / Pro mente OÖ. Linz
- Seyer, S., Paulik, R., Lehner, R., Gschwandtner, F., Reiter, A., Unger S. (2020). Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 . Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabis, Institut für Suchtprävention / Pro mente OÖ Linz
- SHW (2019). Bereich Suchtprävention – Tätigkeitsbericht 2018. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2020). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2021). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Spilka, S.; Janssen, E.; Legleye, S. (2013): Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). Saint-Denis
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016b). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, J.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2020): Sucht(behandlung)in der Krise. Erster Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien.
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., Felder-Puig, R. (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien

- Uhl, A.; Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005b). ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Weigl, M.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- WHO (1994). Lexicon of alcohol and drug term. World Health Organization, Geneva

3.7.2 Anhang

Tabelle A3.1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich 2005–2021

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis „Ecstasy“ Amphetamin Kokain Opiate biogene Drogen LSD Schnüffelstoffe	14+ 14+ 14+ 14+ 14+ 14+ 14+	20,1 3,0 2,4 2,3 0,7 2,7 1,7 2,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/07 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15 bis 64 Jahre (n = 11.822)	Cannabis Cannabis Cannabis Cannabis Cannabis	15–24 25–34 35–44 45–54 55–64	13,0 15,0 10,1 6,7 2,8
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2009)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis „Ecstasy“ Amphetamin Kokain Opiate biogene Drogen LSD Schnüffelstoffe	14+ 14+ 14+ 14+ 14+ 14+ 14+	12 2 2 2 1 2 2 2
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis „Ecstasy“ Amphetamin, „Speed“ Kokain Opiate biogene Drogen andere illegale Drogen	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	16 3 3 4 3 4 3
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis „Ecstasy“ Amphetamin Kokain Opiate biogene Drogen Liquid „Ecstasy“ Mephedron Räuchermischung andere illegale Drogen	15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+ 15+	21 3 3 5 2 6 1 < 1 3 2

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15-59 Jahre (n = 1.442)	Cannabis	15-59	31,2
			„Ecstasy“	15-59	5,1
			Heroin	15-59	2,1
			Methamphetamin	15-59	2,2
			Amphetamin	15-59	4,9
			Kokain	15-59	5,1
			LSD	15-59	4,3
			Kräuter- mischungen	15-59	4,0
Badesalz	15-59	2,3			
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2019)	Wien 2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	28
			„Ecstasy“	15+	6
			Amphetamin	15+	7
			Kokain	15+	6
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid „Ecstasy“	15+	3
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	1
			andere illegale Drogen	15+	2
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich 2020 (Strizek et al. 2021)	Österreich 2020 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 5.963)	Cannabis	15+	18,7
			„Ecstasy“	15+	3,9
			Methamphetamin	15+	2,0
			Amphetamin	15+	4,1
			Kokain	15+	5,2
			Heroin	15+	1,8
			LSD	15+	3,5
			biogene Drogen	15+	4,5
			Schnüffelstoffe	15+	5,0
			NPS	15+	1,4

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005 bis 2021

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schüler/-innen im Alter von 14 bis 17 Jahren (n = 5.281)	Cannabis	14-17	22
			„Ecstasy“	14-17	3
			Kokain	14-17	2
			Crack	14-17	2
			Heroin	14-17	1
			Amphetamin	14-17	5
			GHB	14-17	1
			LSD	14-17	2
			Schnüffelstoffe	14-17	15
			Magic Mushrooms	14-17	4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner et al. 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschüler/-innen im Alter von ca. 15 bis 19 Jahren (n = 3.919)	Cannabis	15-20	27,1
			Partydrogen	15-20	4,8
			Kokain	15-20	2,0
			Crack	15-20	1,1
			Opiate	15-20	1,4
			Amphetamin	15-20	3,1
			Halluzinogene	15-20	1,8
			Schnüffelstoffe	15-20	11,4
			Magic Mushrooms	15-20	8,9
HBSC-Studie (Dür/Griebler 2007)	Österreich 2005/06 (Lebenszeit)	15-jährige Schüle- rinnen und Schüler (n = 1.239)	Cannabis	15	14
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis	15-24	36,9
			„Ecstasy“	15-24	12,3
			Heroin	15-24	7,7
			Morphium	15-24	8,5
			Amphetamin	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe	15-24	16,5
			biogene Drogen	15-24	13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner/Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schüler/-innen der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.213)	Cannabis	12-19	11
			„Ecstasy“	12-19	2
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	2
			„Speed“	12-19	3
			Schnüffelstoffe	12-19	15
			biogene Drogen	12-19	4
ESPAD Österreich (Strizek et al. 2008)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schüler/-innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis	15-16	18,0
			„Ecstasy“	15-16	3,4
			Kokain	15-16	3,2
			Crack	15-16	2,3
			Heroin	15-16	1,8
			Amphetamin	15-16	7,7
			GHB	15-16	2,3
			LSD	15-16	2,8
			Schnüffelstoffe	15-16	14,1
			Magic Mushrooms	15-16	4,1

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Bevölkerungsbefragung 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 biogene Drogen	15-24	8,9 1,3
Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis	14-17	7
			„Ecstasy“	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			„Speed“	14-17	1
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	14-17	1 1
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler/-innen (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15 17	14 27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommis- sion 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1
Flash Eurobarometer Young People and Drugs (Europäische Kommis- sion 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis NPS	15-24 15-24	38 7
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schülerinnen und Schüler (n = 1.712 bzw. 1.184)		15 17	10 25
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 463)	Cannabis	15-24	34,8
			„Ecstasy“	15-24	4,7
			Heroin	15-24	1,9
			Methamphetamin	15-24	1,4
			Amphetamin	15-24	4,3
			Kokain	15-24	4,7
			LSD	15-24	2,8
			Kräutermischungen	15-24	4,8
			Badesalz	15-24	1,4
			biogene Drogen	15-24	3,8
ESPAD Österreich 2015 Strizek et al. (2016b)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Schüler/-innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 6.560)	Cannabis	15-16	19,9
			„Ecstasy“	15-16	2,0
			Kokain	15-16	1,8
			Crack	15-16	0,6
			Heroin	15-16	0,6
			Amphetamin	15-16	2,7
			GHB	15-16	1,4
			LSD	15-16	1,6
			Schnüffelstoffe	15-16	9,7
			Magic Mushrooms	15-16	2,0
			Methamphetamin	15-16	0,8
HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2019, Teutsch et al. 2019)	Österreich 2018 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler/-innen (n = 1.935 bzw. 1.570)	Cannabis	15 17	13 27

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/19 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren)	Cannabis	15-24	42,3
			„Ecstasy“	15-24	9,2
			Heroin	15-24	4,9
			Methamphetamin	15-24	5,5
			Amphetamin	15-24	7,0
			Kokain	15-24	7,7
			LSD	15-24	7,3
			Kräutermischungen	15-24	7,7
			Badesalzdrogen	15-24	5,5
ESPAD Österreich 2019 Hojni et al. (2020)	Österreich 2019 (Lebenszeit)	Schüler/-innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 7.891)	Cannabis	15-16	21,7
			„Ecstasy“	15-16	3,0
			Kokain	15-16	2,9
			Crack	15-16	1,1
			Heroin	15-16	0,9
			Amphetamin	15-16	2,4
			GHB	15-16	1,5
			LSD	15-16	2,6
			Schnüffelstoffe	15-16	13,1
			Magic Mushrooms	15-16	2,1
			Methamphetamin	15-16	1,1

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.3:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2009	32	773	24	33	4	15	4	11	122	1.567
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
2016	14	907	58	76	5	13	15	21	114	705
2017	19	847	93	146	16	28	19	28	118	747
2018	11	806	69	139	11	37	18	32	129	659
2019	16	799	49	128	11	50	21	30	128	603

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle A3.4:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2009	189	1.522	806	260	149	65	45	28	597	2.734
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
2016	140	1.717	1.481	715	307	145	238	105	628	1.706
2017	136	1.601	1.588	831	289	167	242	99	671	1.643
2018	149	1.561	1.493	819	326	157	220	103	717	1.538
2019	143	1.644	1.408	780	371	173	230	96	796	1.552

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	91
4.1	Zusammenfassung.....	91
4.2	Aktuelle Situation.....	93
4.2.1	Strategien und Organisation.....	93
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	97
4.2.3	Qualitätssicherung	107
4.3	Trends.....	111
4.4	Neue Entwicklungen.....	112
4.5	Quellen und Methodik.....	116
4.6	Bibliografie	117
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	119
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	120
4.9	Anhang.....	121

4 Suchtprävention⁴⁷

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Ziele und Leitsätze für die Ausrichtung der Suchtprävention finden sich in allen Strategien für Sucht- bzw. Drogenpolitik und betonen die Bedeutung eines umfassenden sowie zielgruppenspezifischen Ansatzes. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Das inkludiert auch explizit strukturelle Maßnahmen im Sinne von Verhältnisprävention. Damit soll der Konsum legaler und illegaler Substanzen verhindert bzw. verzögert, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten gefördert werden. In diesem Sinne ist Suchtprävention auch im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert, bzw. wird sie als Teil umfassenderer Maßnahmen der Gesundheitsförderung⁴⁸ verstanden und umgesetzt.

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

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Es gibt sowohl in Hinblick auf legale als auch illegale Substanzen spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus* (Lebenskompetenzprogramme im Schulsetting) sowie *movin'* (motivierende Gesprächsführung z. B. im außerschulischen Jugendbereich).

47

Der Fokus des Gesamtberichts liegt auf dem Bereich der illegalen Substanzen. Zeitgemäße Suchtprävention – in Österreich sowie international – arbeitet suchtübergreifend und nimmt oft legale Suchtformen in den Fokus. Daher werden in diesem Kapitel auch suchtübergreifende Maßnahmen bzw. spezifische Maßnahmen zu legalen Substanzen dargestellt.

48

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

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (Zugriff am 18. 6. 2021)

Qualitätssicherung erfolgt vor allem über die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in regionalen Fachstellen, österreichweite Koordination (durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbereitung*) und internationale Kooperationen, Leitbilder, Förderkriterien und spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie über diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen.

Trends

Ein langjähriger Schwerpunkt der Suchtprävention in Österreich sind suchtübergreifende Maßnahmen sowie Aktivitäten im Bereich der legalen Substanzen. Das Spektrum der Aktivitäten hat sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt, sodass inzwischen auch Themen wie Glücksspiel, Gewaltprävention, Suizidprävention oder die Prävention der Entwicklung psychischer Störungen an den Fachstellen angesiedelt sind. Bewährte Maßnahmen werden dabei in einem kontinuierlichen Prozess fortgeführt und weiterentwickelt. Digitale Medien spielen eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen.

Neue Entwicklungen

Im Berichtszeitraum wurden Pilotprojekte aus Vorjahren fortgeführt bzw. sind neue Angebote entstanden, z. B. für Kinder aus alkoholbelasteten Familien oder zum Umgang mit digitalen Medien. Die steirische Fachstelle VIVID wurde mit dem World No Tobacco Day Award 2020 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ausgezeichnet.

COVID-19

Aufgrund von COVID-19 mussten hunderte Veranstaltungen abgesagt werden. Vor allem in der Anfangszeit der Pandemie waren die Fachstellen mit weniger Anfragen konfrontiert, weil die Zielgruppen andere Prioritäten hatten. Der bereits vor COVID-19 bestehende Trend zu webbasierter Suchtprävention verstärkte sich aufgrund der Pandemie weiter. Trotz vieler positiver Erfahrungen wurden auch die Grenzen digitaler Technologien für die Suchtprävention deutlich. Wo Maßnahmen nicht durchgeführt werden konnten, wurden bestehende Angebote und Materialien überarbeitet bzw. neue Angebote entwickelt. Die psychosozialen Auswirkungen der Pandemie auf junge Menschen sowie Berichte einer aktuell stärkeren Nachfrage und die Entwicklung neuer Interventionen legen nahe, dass suchtpreventive Programme gerade aufgrund von COVID-19 an Bedeutung zunehmen könnten. Kurz- und mittelfristig bieten sie einen Rahmen, um das Erlebte zu verarbeiten. Darüber hinaus vermitteln sie Fähigkeiten und Strukturen, die auch bei der Bewältigung zukünftiger Krisen von Vorteil sein können.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

Zielsetzungen und Prioritäten

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer sowie in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*⁴⁹ finden sich Ziele oder Leitsätze für die Suchtprävention (vgl. Kapitel 1). Darin wird zumeist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprävention mitberücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. In manchen Strategien wird auch das Erlernen eines kritischen Umgangs mit z. B. psychoaktiven Substanzen als Ziel formuliert. In Österreich haben alle Bundesländer Suchtstrategien (vgl. Kapitel 1, Tabelle 1.1), die allesamt die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprävention betonen. Die Suchtstrategien der Bundesländer haben jeweils spezielle Schwerpunktsetzungen wie beispielsweise der *Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025*, in dem unter einem kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. mit Verhaltensweisen die Verhinderung des Konsums, das möglichst lange Hinauszögern des Konsumbeginns, die Bestärkung in punktueller Abstinenz sowie die Entwicklung von Risikokompetenz verstanden wird (Land Salzburg 2020). Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden sollten (BMG 2015).

In Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden Prioritäten gesetzt, die sich bspw. auf bestimmte Zielgruppen (z. B. riskant konsumierende Jugendliche, Schwangere, ältere Menschen), Substanzen/Suchtformen (z. B. psychoaktive Medikamente, digitale Süchte) oder strukturelle Bedingungen (z. B. Professionalisierung der Fachkräfte, Qualitätssicherung an den Schnittstellen) beziehen. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt.

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112, vgl. Kapitel 2; siehe auch den dazu erstellten Handlungsleitfaden,

49

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff am 16. 6. 2021)

BMBWF 2018) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. *Gesundheitsziele Österreich, Gesundheitsförderungsstrategie*; vgl. Kapitel 1). Hier ist vor allem der *Grundsatzlerlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008)⁵⁰. Auch die *Grundsätze schulischer Suchtprävention*⁵¹ sind von Relevanz.

Schließlich sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (siehe nächsten Abschnitt) zu den Themen *Tabak, Alkohol* und *Glücksspiel/Sportwetten* zu nennen⁵², die zwar keinen offiziellen Charakter haben, aber einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen leisten. Daneben gibt die *ARGE Suchtvorbeugung* gelegentliche Stellungnahmen ab (vgl. Abschnitt 4.2.3).

Wesentliche Akteurinnen und Akteure

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Kapitel 1) eine zentrale Rolle spielen. Die Fachstellen in den Bundesländern sind unterschiedlich organisiert: als gemeinnützige GmbH (Burgenland, Steiermark, Wien), als (gemeinnütziger) Verein (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol), als Teil des Amtes der Landesregierung (Kärnten) oder als Stiftung (Vorarlberg).

Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung und Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. aus dem pädagogischen Bereich, dem kommunalen Bereich und dem betrieblichen Umfeld) erreicht werden soll. Die Angebote der Fachstellen decken häufig substanz- und settingübergreifende Ansätze in den Bereichen universelle⁵³ und selektive⁵⁴ Prävention ab. Maßnahmen

50

https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user_upload/gesundheitsfoerderung.pdf (Zugriff am 16. 6. 2021)

51

<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/suchtpraevention> (Zugriff am 16. 6. 2021)

52

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 16. 6. 2021)

53

Universelle Prävention wendet sich über verschiedene Settings (z. B. Schule, Gemeinde, Kindergarten) an große Gruppen der Bevölkerung, unabhängig von der jeweiligen Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Sucht.

54

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

zur indizierten Prävention⁵⁵ werden ebenfalls von den Fachstellen konzipiert, ihre Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend in Kooperation mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. der Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen) oder von Beschäftigungsangeboten. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung suchtpräventiver Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

Für Wissenstransfer, Interessenvertretung sowie zur Umsetzung gemeinsamer Projekte haben sich die Fachstellen zur *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zusammengeschlossen⁵⁶. In diesem Rahmen entwickeln und koordinieren die Fachstellen österreichweite Maßnahmen (z. B. *Gemeinsam stark werden* und *plus*, vgl. Abschnitt 4.2.2). Des Weiteren erarbeiten sie gemeinsam fachliche Positionen zu Themen der Prävention sowie Stellungnahmen zu aktuellen politischen Vorhaben (z. B. zu Gesetzesentwürfen)⁵⁷. Zusätzlich wird eine jährliche Fachtagung (vgl. Abschnitt 4.2.3) zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte organisiert, zu der auch externe Vortragende geladen werden. Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vertritt die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. im Bundesdrogenforum, vgl. Kapitel 1). In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten.

Zusätzlich sind je nach Bundesland unterschiedliche weitere Akteurinnen und Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert. Dies sind u. a. Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Personen ist. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamtinnen/-beamte der Polizei sowie Schulärztinnen/-ärzte und Schulpsychologinnen/-psychologen in der Suchtprävention aktiv. Sie kooperieren teilweise eng mit den Fachstellen bzw. verwenden einheitliches Material. Ein Erlass des Bundesministeriums für Inneres (BMI) stellt den Einsatz geschulter Präventionsbeamtinnen/-beamter sicher; diese werden durch die Fachstellen ausgebildet oder absolvieren andere Schulungen (z. B. im Rahmen des österreichweit eingesetzten kriminalpräventiven Programms *Look@your.Life*⁵⁸). In manchen Bundesländern (z. B. Oberösterreich⁵⁹) werden Koordinatorinnen und Koordinatoren für schulische Suchtprävention eingesetzt, die ebenfalls von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen

55

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines problematischen Verhaltens aufweisen bzw. die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit zwar nicht erfüllen, aber aufgrund ihrer individuellen Situation eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer Sucht haben. Als Indikatoren führt die EMCDDA (2009) z. B. bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder soziale Verhaltensauffälligkeiten an.

56

Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* besteht seit 1999. Südtirol und Liechtenstein sind mit ihren Fachstellen außerordentliche Mitglieder.

57 zu finden unter <https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 9. 9. 2021)

58

<https://www.bundeskriminalamt.at/205/start.aspx#a3> (Zugriff am 16. 6. 2021)

59

<https://www.praevention.at/schule/bildungsangebote-fuer-lehrkraefte/lehrgang-koordinatorin-fuer-suchtpraevention> (Zugriff am 16. 6. 2021)

beitragen sollen. In Salzburg ist in der Bildungsdirektion eine eigene Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit (KIS) eingerichtet, die sich mit Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention beschäftigt. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/-innen spielen eine Rolle: So ist z. B. *Styria vitalis* Trägerin der internetbasierten Präventionsmaßnahme *feel-ok.at* (vgl. Abschnitt 4.2.2). Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen/Ärzte, ehemalige Konsumentinnen/Konsumenten) aktiv, die Schulen direkt ansprechen und Workshops anbieten, wobei diese hinsichtlich der Qualitätssicherung jeweils im Einzelfall hinterfragt werden sollten. Regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteurinnen/Akteuren und Institutionen sind z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*⁶⁰ oder regionale Arbeitskreise.

Präventive Maßnahmen vor allem im Bereich legaler Substanzen (Alkohol, Tabak⁶¹) werden zum Teil vom Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) getragen und mitfinanziert. Auf Bundesebene spielt für das Setting Schule hinsichtlich Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung insbesondere das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) eine Rolle.

Finanzierung

In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll. In der Praxis werden vorrangig Budgets der Bundesländer aus dem Bereich Gesundheit (z. B. jene der Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen⁶². Bei den Gesundheitsförderungsfonds in den Bundesländern und bei den Budgets der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) gibt es thematisch und finanziell unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Auf Bundesebene fördert der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Rahmen einer Kofinanzierung vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer. Maßnahmen in Schulen und Kindergärten werden in der Regel für diese kostenfrei angeboten. Programme wie *plus* oder *Gemeinsam stark werden* (vgl. Abschnitt 4.2.2) werden größtenteils von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert – in einigen Bundesländern finanziert die ÖGK mit. Auch die pädagogischen Hochschulen (PH) sind in den Bundesländern wichtige Kooperationspartnerinnen und übernehmen teilweise auch Kosten. Das BMBWF finanziert die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Das Jugendcoaching wird vom BMSGPK sowie dem Bundesministerium für Arbeit (BMA) finanziert und in Kooperation mit dem BMBWF umgesetzt; die Beauftragung der Trägereinrichtungen, die das Jugendcoaching umsetzen, erfolgt über das Sozialministerium–

60

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/veranstaltungen-themen/> (Zugriff am 16. 6. 2021)

61

Der Bereich „Tabak“ umfasst Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie zunehmend auch alle weiteren Nikotinerzeugnisse.

62

In Salzburg stellt beispielsweise das Salzburger Teilhabegesetz (ehemals Salzburger Behindertengesetz) die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar (Rögl-Höllbacher, p. M.).

service (Fraundorfer, p. M.; Schmöckel, p. M.). Schulsozialarbeit wird meist von der Kinder- und Jugendhilfe der Bundesländer bzw. seitens von diesen beauftragter und großteils finanzierter privater Einrichtungen angeboten, das BMBWF engagiert sich in dieser Thematik seit einigen Jahren im Sinne der Gesamtkoordination schulischer Unterstützungssysteme (Aksakalli, p. M.). In betrieblichen Settings tragen die Betriebe als Auftraggeber im Regelfall die Kosten für die Umsetzung suchtpräventiver Maßnahmen weitgehend selbst.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* sieht weiters vor, dass Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel in die Suchtprävention fließen sollen. In der Praxis besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind aber gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zu verwenden. Ein Promille aller Glücksspielumsätze ist für die Stabsstelle für die Belange des Schutzes von Spielerinnen und Spielern gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl 1989/620). Aus diesen Quellen werden jedoch auch andere Aktivitäten (z. B. wissenschaftliche Forschung, Tagungen) finanziert, sodass nur ein geringer Anteil für konkrete Maßnahmen der Suchtprävention eingesetzt wird. Die Zweckwidmung von Steuergeldern für Prävention ist daher immer wieder eine Forderung von Präventionsfachleuten und z. B. auch in den Positionspapieren zu Alkohol, Tabak und Glücksspiel/Sportwetten der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu finden⁶³.

Erhebungen von Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention werden in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpräventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es jedoch nicht (vgl. Kapitel 1). Die Finanzierung von Maßnahmen ist meist mit Qualitätsanforderungen verbunden, die üblicherweise von den Ländern vorgegeben werden (z. B. sind im Fall einer Finanzierung durch die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) deren Förderrichtlinien⁶⁴ zu berücksichtigen).

4.2.2 Präventionsmaßnahmen⁶⁵

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das Umfeld Jugendlicher bzw. junger Erwachsener hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass sie psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren. Es wird daher mit

63
<https://www.suchtvorbeugung.net/themen/> (Zugriff am 18. 6. 2021)

64
<https://sdw.wien/de/ueber-uns/foerderungen> (Zugriff am 18. 6. 2021)

65
Aus der Fülle von Aktivitäten können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Diese wurden in Zusammenarbeit mit den Fachstellen für Suchtprävention ausgesucht, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Die Beschreibung der Aktivitäten konzentriert sich auf Ansätze, Zielgruppen und Settings. Weitere Details wie z. B. Fördergeber und Kooperationspartner sind auf den Websites oder in anderen Informationsmaterialien der jeweiligen Fachstelle zu finden.

vielfältigen Maßnahmen versucht, dieses Umfeld so zu gestalten, dass es schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, den Wahrscheinlichkeitsgrad eines Konsums psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als „strukturelle Prävention“ oder „Verhältnisprävention“ bezeichnet. Sie reichen vom Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen des Jugendschutzes und der Gesundheitsförderung bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, welche die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher bzw. junger Erwachsener und indirekt auch deren Gesundheit wesentlich beeinflussen.

Strategieprozesse zur strukturellen Prävention zeigen sich in den Bemühungen, das jeweilige Umfeld gesundheitsfördernd zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu fördern. Sie sind in den österreichischen Gesundheitszielen (BMGF 2017a), der Gesundheitsförderungsstrategie (BMGF 2016), der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMGF 2017b) verankert, aber auch in entsprechenden Strategien der Bundesländer.

Hinsichtlich **gesetzlicher Maßnahmen** sei auf die aktuellen Landes- und Bundesgesetze mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol, Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie Wasserpfeifen u. Ä. verwiesen (ausführlicher in Horvath et al. 2020 und Uhl et al. 2020). Bezüglich Tabak- und verwandter Erzeugnisse sowie Wasserpfeifen steht die Veränderung sozialer Normen im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des Nichtrauchens und die Sensibilisierung Erwachsener hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. In Bezug auf Alkohol existieren spezifische Maßnahmen zur strukturellen Prävention wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung oder Konsumverbote über allgemeine gesetzliche Regelungen (z. B. Gewerbeordnung, Straßenverkehrsordnung, ORF-Gesetz). Diese werden jedoch zumeist nicht explizit als strukturelle Prävention wahrgenommen bzw. von Fachleuten der Suchtprävention als zu wenig weitreichend beurteilt (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2016).

Kommunale Suchtprävention gewährleistet den strukturellen Rahmen für Maßnahmen mit dem Ziel, Menschen eine Umgebung zu bieten, die das suchtfreie Aufwachsen und Leben bestmöglich unterstützt. Die Umsetzung kommunaler Suchtprävention erfordert die durchgehende Initiative und Betreuung durch die Verantwortungsträger/-innen einer Gemeinde. In Niederösterreich setzt die Fachstelle für Suchtprävention beispielhaft einen Schwerpunkt zur kommunalen Suchtprävention⁶⁶ und unterstützt Gemeinden über einen Zeitraum von jeweils mindestens 2,5 Jahren beim Aufbau bzw. bei der Verbesserung suchtpreventiver Strukturen unter Einbindung der Bevölkerung. In Salzburg richtet sich die Maßnahme *Neue Festkultur: Gütesiegel für gelungene jugend(schutz)-freundliche Feste*⁶⁷ an Festveranstalter/-innen. Feste, welche die Qualitätskriterien (z. B. mindestens drei attraktive alkoholfreie Getränke, keine Lockangebote für preiswerten Alkohol) erfüllen, werden mit einem Gütesiegel ausgezeichnet. Die Fachstelle bietet bei der Vorbereitung der Feste Coachings zur Umsetzung der Kriterien an.

66

<https://www.fachstelle.at/portfolio/kommunale-suchtpraevention> (Zugriff am 9. 9. 2021)

67

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/praevention-in-der-gemeinde/neue-festkultur> (Zugriff am 1. 7. 2021)

Maßnahmen, die sich direkt an **Kinder und Jugendliche** richten und deren Lebensumfeld positiv beeinflussen sollen, sind z. B. die außerschulische Jugendarbeit generell (mit dem Ziel, adäquate Räume für Jugendliche zu schaffen und Lobbyarbeit für sie zu betreiben), die Schulsozialarbeit (mit dem Ziel, die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen) oder das Jugendcoaching (mit dem Ziel, die vorzeitige Beendigung der Schulausbildung zu verhindern).

Strukturelle Prävention im **betrieblichen Setting** findet meist im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung statt. Neben der Schaffung struktureller Veränderungen werden häufig Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, die betriebspezifische abgestufte Vorgangsweisen im Umgang mit Suchtverhalten definieren. Diese sind häufig unspezifisch formuliert, konkrete Maßnahmen beziehen sich jedoch schwerpunktmäßig auf Alkohol⁶⁸ und Tabak⁶⁹. Im Unterschied zu anderen Settings sind überwiegend Erwachsene die Zielgruppe der betrieblichen Suchtprävention; einzelne Programme fokussieren auf Lehrlinge. Manche Fachstellen für Suchtprävention unterstützen Betriebe mit entsprechenden Maßnahmenpaketen und helfen bspw. bei der Erarbeitung von Präventionskonzepten, Strategien und Richtlinien zum Umgang mit Substanzgebrauch und Sucht am Arbeitsplatz⁷⁰.

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen setzt auf die Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Entsprechend dem substanzübergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte (z. B. „digitale Süchte“, vgl. Abschnitt 4.3). Je nach Zielgruppe sind in allgemeine suchtpreventive Maßnahmen auch substanzspezifische Elemente integriert.

In der universellen Suchtprävention gibt es zwei **österreichweite Standardprogramme** für unterschiedliche Schulstufen, die nachfolgend beschrieben sind⁷¹. Beide Programme wurden von oder

68

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.813739&portal=bgfportal> (Zugriff am 18. 6. 2021)

69

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.857598&portal=bgfportal> (Zugriff am 18. 6. 2021)

70

siehe z. B. für Tirol: <https://www.kontaktco.at/fachbereiche/pib>; für Niederösterreich: <https://www.fachstelle.at/portfolio/suchtvorbeugung-in-betrieben> (Zugriff jeweils am 2. 7. 2021)

71

Daneben gibt es auch das österreichweite Internetportal www.feel-ok.at (Zugriff am 2. 7. 2021). Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren erhalten dort Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen (u. a. über Selbsttests, Quiz, Videos). Für Lehrpersonen stehen Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, für Eltern Informationen über Zusammenhänge zwischen Gesundheits-, Lebenskompetenz und Suchtprävention. Die Website wird in allen neun Bundesländern angeboten, in sechs Bundesländern wird sie von der jeweiligen Fachstelle für Suchtprävention betreut.

mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf die Förderung der Lebenskompetenzen ab.

Das Lebenskompetenzprogramm **Gemeinsam stark werden**⁷² wird in Volksschulen (Sechs- bis Zehnjährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt⁷³. Es baut auf neuen Impulsen aus Resilienzforschung, Entwicklungspsychologie sowie existenzieller Pädagogik auf. Mittels interaktiver Lernmethoden und Miteinbeziehens des Gruppenprozesses sollen folgende personale und soziale Kompetenzen der Schüler/-innen gestärkt werden:

- » Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- » Selbstfürsorge, Entspannungs- und Genussfähigkeit
- » Umgang mit Stress und herausfordernden Emotionen
- » Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit
- » kreatives und kritisches Denken
- » Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- » Selbstbehauptung
- » Umgang mit Unterschiedlichkeit
- » Fähigkeit zur Werteverwirklichung und sinnvollen Lebensgestaltung
- » Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme
- » Gemeinschaftspflege
- » Identitätsbildung
- » Körpererleben

Das Programm umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer/-innen im Ausmaß von 24 UE und stellt für den Unterricht 46 Lehreinheiten zur Verfügung. Es wurde von der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* mit der Weitblick GmbH⁷⁴ entwickelt und wird in Kooperation mit dieser umgesetzt.

Das Lebenskompetenzprogramm **plus**⁷⁵ wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (NMS/MS, AHS) eingesetzt. Seine Umsetzung auf Klassenebene erfolgt in vier altersgerechten Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen und auf den wachsenden Kompetenzen der Schüler/-innen aufbauen. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W) und umfasst eine

72

<https://www.gemeinsam-stark-werden.org> (Zugriff am 18. 6. 2021)

73

Gemeinsam stark werden hat im Jahr 2018 österreichweit das frühere Programm *eigenständig werden* abgelöst. Aktuell wird *Gemeinsam stark werden* in allen Bundesländern außer in Oberösterreich umgesetzt. In Oberösterreich wird seit 2020 *zusammen.wachsen* (eine Weiterentwicklung von *eigenständig werden*) eingesetzt. Die Programme ähneln sich hinsichtlich Zielsetzung und Methoden.

74

<https://mitweitblick.org> (Zugriff am 8. 9. 2021)

75

<https://www.suchtvorbeugung.net/plus> (Zugriff am 18. 6. 2021)

Ausbildung der Lehrer/-innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt sechs Seminartagen.

Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden in beiden Programmen Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mithilfe standardisierten Materials. Eltern werden über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss informiert und eingebunden. Tabelle A4.1 im Anhang zeigt ausgewählte Kennwerte bezüglich der Umsetzung in den letzten drei Jahren.

Neben den österreichweiten Standardprogrammen gibt es eine **Vielzahl regionaler Aktivitäten**, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt, weiterentwickelt und zum Teil auf andere Bundesländer ausgedehnt werden. Informationsveranstaltungen für Schüler/-innen werden zwar teilweise noch angeboten bzw. von Schulen angefragt, die Fachstellen versuchen jedoch, Maßnahmen zu etablieren, die längerfristiger und umfassender sind und in Fachkreisen als wirksamer gelten (Rögl-Höllbacher, p. M.). Von Bedeutung sind insbesondere auch Aus- und Weiterbildungsangebote für Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren. Diese richten sich vor allem an Pädagoginnen und Pädagogen, die in Kindergärten oder Schulen arbeiten, und zeigen auf, wie suchtpreventive Inhalte und Methoden (z. B. ein Lebenskompetenztraining) in den pädagogischen Alltag integriert werden können. Auch Elternbildung spielt eine wichtige Rolle, wobei nicht nur Informationen über Substanzgebrauch und Sucht kommuniziert werden, sondern häufig auch die Stärkung der elterlichen und familiären Fähigkeiten im Vordergrund steht. Eine Auswahl von Angeboten im Bereich der universellen Suchtprävention bietet Tabelle 4.1.

Tabelle 4.1:
Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel der Maßnahme	Re-gion	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Sub-stanzbe-zug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindertagesstätten	Familie	außerschulisch*
österreichweite Standardprogramme der Fachstellen für Suchtprävention																	
Gemeinsam stark werden plus	Ö	x			x			x		x				x	x		
	Ö	x			x			x		x				x	x		
regionale Maßnahmen im Bereich Schule (Beispiele)																	
Suchtprävention, abgestimmt auf Ihre Schule!	NÖ				x			x		x	x			x			
Peer Education	OÖ				x					x				x			
Fortbildungsreihe „Suchtprävention im Kindesalter“	St				x			x		x				x			
Spielen einmal anders – der spielzeugfreie Kindergarten	St				x			x		x				x			
it's up2U – schulische Sucht information	T				x					x				x			
Gesund Aufwachsen	V				x			x		x				x			
Nikoteen Mitmach-Parcours und klartext:nikotin	V				x			x			x			x		x	x
GrenzGang – ein suchtpreventives Outdoor-Angebot für Wiener Schulklassen	W				x					x				x			
Lebenskompetenzen stärken	W				x			x		x				x	x	x	
„Was ist Sucht?“ – Bilderbuch und begleitendes Seminar	W		x		x			x		x				x	x	x	
regionale Maßnahmen im Bereich Elternbildung (Beispiele)																	
Elternabende	K		x		x					x	x					x	
Wie schütze ich mein Kind vor Sucht?	NÖ		x		x					x	x		x	x	x		
Elternseminare	St		x		x					x					x		
regionale Maßnahmen im Bereich Arbeitswelt (Beispiel)																	
Sucht und Arbeitswelt	B		x		x			x		x	x					x	x
regionale Maßnahmenpakete (Beispiel)																	
klartext:sucht	V				x			x		x				x		x	x

*z. B. Jugend- und Sozialarbeit

**z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, AMS

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Selektive Präventionsmaßnahmen sind an Risikogruppen gerichtet, die z. B. aufgrund ihrer Lebensumstände (suchtbelastete Familien, Flucht-/Migrationshintergrund, Arbeitslosigkeit o. Ä.) gefährdeter als andere Gruppen erscheinen, Substanzen zu missbrauchen bzw. abhängig zu werden. Diese Risikogruppen können im Rahmen universeller Suchtprävention oft nicht ausreichend erreicht werden, bzw. können ihre Bedürfnisse über maßgeschneiderte Angebote besser erfüllt werden.

Es gibt im Rahmen der selektiven Suchtprävention kein österreichweites Standardprogramm, jedoch eine Reihe regionaler Maßnahmen. Eine Auswahl von Angeboten im Bereich der selektiven Suchtprävention findet sich in Tabelle 4.2. Für den diesjährigen Bericht wurden vor allem Maßnahmen in **arbeitsmarktpolitischen Settings** zur Veranschaulichung ausgewählt. Diese richten sich insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene in Betrieben (z. B. Lehrlinge) bzw. in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten (z. B. Berufsorientierungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice [AMS]), sowie an Trainer/-innen in diesen Settings. Die inhaltlichen Schwerpunkte variieren zwischen den Bundesländern. Grundsätzlich werden die jugendlichen Zielgruppen dabei unterstützt, sich selbst besser wahrzunehmen und ihren persönlichen Suchtmittelkonsum zu reflektieren, während Trainer/-innen zu suchtbefugenen Themen geschult werden. Ein weiteres Setting für die selektive Prävention ist die **außerschulische Jugend(sozial)arbeit bzw. Kinder- und Jugendhilfe**. Tabelle 4.2 führt hier beispielhaft die steirische *Seminarreihe PRÄKOM* an, welche die Handlungskompetenz von Fachkräften in diesen Settings in Hinblick auf das Thema Sucht/Drogen erhöhen soll. Projekte für **Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund** sind beispielsweise *MammaMia: Mütter im Gespräch* (Oberösterreich)⁷⁶ und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁷⁷.

Im Freizeitbereich liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die **Club- und Partyszene**. In Österreich gibt es zwei Drug-Checking-Maßnahmen. Das Angebot *checkit!*⁷⁸ der Suchthilfe Wien bietet im Raum Wien ein integriertes Drug-Checking (Analyse von Substanzen, verknüpft mit Beratung) an und ist ein wissenschaftliches Kooperationsprojekt mit der Medizinischen Universität Wien. Das Projekt dient zudem der Kontaktaufnahme mit Jugendlichen, so fanden im Jahr 2020 über 700 persönliche Informations- bzw. Beratungsgespräche bei Events statt⁷⁹. Eine ähnliche Maßnahme wird in Tirol mit *Drogenarbeit Z6* angeboten

76

<https://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech> (Zugriff am 23. 6. 2021)

77

<https://www.kath-kirche-vorarlberg.at/organisation/elternbildung/eltern.chat> (Zugriff am 23. 6. 2021)

78

<http://www.checkyourdrugs.at/drug-checking-2> (Zugriff am 23. 6. 2021)

79

Die Informations- bzw. Beratungskontakte von *checkit!* im Jahr 2020 verteilten sich auf verschiedene Settings wie folgt: 725 bei Events; 443 persönlich in der „homebase“; 673 telefonisch; 825 online. Den insgesamt rund 2.700 Informations- und Beratungsgesprächen standen 982 Substanzanalysen gegenüber (SHW 2021).

(vgl. die Kapitel 3, 6 und 7). Andere Angebote beraten Eventbesucher/-innen und Veranstalter/-innen (z. B. *taktisch klug*⁸⁰ in Vorarlberg und *Checkpoint*⁸¹ in Niederösterreich). Websites wie www.mindyourtrip.eu und www.knowyourdrugs.at bieten Informationen zu Konsum, Safer Use und Substanzen an.

Tabelle 4.2:
Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanzbezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatoren/Multiplikatorinnen	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindertagesstätten	Familie	außerschulisch*
regionale Maßnahmen mit Fokus auf Kinder/Jugendliche (Beispiele)																	
Rausch und Risiko Workshop	K					x				x							x
Choice – Training zur Anregung der Selbstwahrnehmung und Regulationsfähigkeit von Gefühlen	St					x			x	x							x
Seminarreihe PRÄKOM – Präventionskompetenz in Jugendarbeit und Jugendhilfe	St					x			x	x						x	
regionale Maßnahmen für weitere Zielgruppen (Beispiele)																	
Sucht und Arbeitswelt	B		x			x			x	x	x					x	x
pib – Prävention in Betrieben	T		x			x					x						x
SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext	W		x						x	x							x
MammaMia	OÖ		x			x	x			x					x		

*z. B. Jugend- und Sozialarbeit

**z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, AMS

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

80

<https://www.taktischklug.at> (Zugriff am 23. 6. 2021)

81

<https://www.fachstelle.at/portfolio/checkpoint> (Zugriff am 23. 6. 2021)

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Maßnahmen wenden sich an Individuen, bei denen zwar ein Risikoverhalten bzw. damit zusammenhängende Verhaltensauffälligkeiten feststellbar sind, aber noch keine Abhängigkeitsmerkmale. Ziele sind hier beispielsweise eine Konsumreduktion oder die Vorbeugung gegen eine Abhängigkeit. Einen wichtigen Bestandteil der indizierten Suchtprävention in Österreich bilden Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention. Dabei lernen Fachkräfte, die in relevanten Settings arbeiten (wie etwa in der Schule, außerschulischen Jugendarbeit, in Betrieben oder im AMS), wie sie beispielweise mit Verdachts- und Anlassfällen bzw. Krisensituationen in ihrer Einrichtung umgehen und die betroffenen Personen weitervermitteln können. Indizierte Angebote sind mitunter Teil umfassenderer Maßnahmen, die auch universelle oder selektive Angebote beinhalten⁸². Es gibt mehrere Angebote indizierter Suchtprävention, die österreichweit von Bedeutung sind. Beispiele zusätzlicher regionaler Maßnahmen sind in Tabelle 4.3 zu finden.

In fast allen Bundesländern⁸³ bieten die Fachstellen seit vielen Jahren unter der Bezeichnung *movin'* – *Motivierende Gesprächsführung in der Suchtprävention* standardisierte Seminare zur Methode der **motivierenden Gesprächsführung**⁸⁴ an. Die Zielgruppe bilden Personen aus verschiedensten Bereichen⁸⁵, die mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen arbeiten. Im Vordergrund steht die Kommunikation mit Klientinnen und Klienten mit ambivalenten Einstellungen zu ihrem Substanzkonsum bzw. problematischem Suchtverhalten. Die Methode ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Seminare dauern durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und Strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (OÖ, S) oder 2009 (V). Tabelle A4.1 im Anhang zeigt Kennwerte bezüglich der Umsetzung in den letzten drei Jahren.

82

Deshalb werden manche Maßnahmen aus Tabelle 4.3 auch in den vorangehenden Tabellen genannt.

83

Im Burgenland wurde *movin'* seitens der Fachstelle noch nicht angeboten (vgl. jedoch Abschnitt 4.4).

84

mehr Informationen unter <http://www.motivationalinterviewing.org> (Zugriff am 21. 6. 2021)

85

Im Berichtszeitraum waren z. B. Personen aus den folgenden Bereichen vertreten: Drogen-/Suchtberatung und -therapie, Suchtprävention, Sucht- und Drogenhilfenetzwerk, Jugendcoaching, Offene Jugendarbeit, Streetwork, Jugendwohneinrichtungen, Mitarbeiter/-innen bzw. Trainer/-innen der Jugendausbildung, Sozialarbeiter/-innen der Jugendwohlfahrt, Berufsin-tegrationseinrichtungen, Job-Coaching, AMS-Maßnahmen, Qualifizierung, Arbeitsassistenz, Lehrlingsanleiter/-innen, Familien-intensivbetreuer/-innen, Ernährungsberatung, Psychiatrie, Angehörigenarbeit, Wohnungslosenhilfe, Gesundheitsreferen-tinnen/-referenten, Lehrer/-innen, Beratungslehrer/-innen, Psychologinnen/Psychologen, Schulsozialarbeiter/-innen, Ärztin-nen/Ärzte, Schulärztinnen/-ärzte, Sozialpädagoginnen/-pädagogen, Pflegepersonal, Berater/-innen (Schmidbauer, p. M.).

Darüber hinaus gibt es österreichweit Maßnahmen zur **Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen** gemäß § 13 SMG (vgl. Kapitel 2)⁸⁶. Am häufigsten werden Schulungen für Lehrer/-innen angeboten (z. B. im Rahmen schulinterner Fortbildungen [SCHILF] für 15–25 Lehrkräfte). In Kärnten werden zum Beispiel unter dem Namen *Hinschauen und Handeln* umfassende Vorträge für Pädagoginnen und Pädagogen am jeweiligen Schulstandort abgehalten, um sie mit den Abläufen bei einem Anlassfall besser vertraut zu machen. Pädagoginnen und Pädagogen lernen, problematischen Substanzkonsum besser einzuschätzen, und entwickeln eine höhere Sicherheit im Umgang damit (Kriechbaum-Wladika, p. M.). In Oberösterreich wurden gemeinsam mit der AUVVA-Landesstelle Linz Unterlagen für Lehrlingsverantwortliche oder Schlüsselkräfte in Betrieben und Schulen entwickelt, einschließlich konkreter Handlungsanleitungen für die Praxis⁸⁷.

In Kärnten können suchtgefährdete Jugendliche im Sinne des § 13 SMG zudem an das Projekt *Way out* vermittelt werden, das risikogefährdeten Jugendlichen ermöglicht, im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zum Substanzkonsum zu erkennen und ihre psychosozialen Kompetenzen zu stärken. *Way out* ist als gesundheitsbezogene Maßnahme entsprechend § 11 SMG definiert. Der Zugang erfolgt ausschließlich über die Paragraphen 12 und 13 des SMG.

In Österreich wird über das Programm *Frühe Hilfen*⁸⁸ der Aufbau regionaler Strukturen gefördert, die eine **frühzeitige Unterstützung von schwangeren Frauen und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern** ermöglichen, deren Lebensumstände belastend sind. *Frühe Hilfen* integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte. Sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie bzw. als universelle Prävention zu verstehen, andererseits als indizierte Prävention, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden. Der Fokus liegt zwar nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtblastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe der *Frühen Hilfen*. Die bestehenden Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und den Fachstellen für Suchtprävention bzw. der Suchthilfe ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten. Mit Stand 31. 12. 2020 waren regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke in allen neun Bundesländern, konkret in insgesamt 65 politischen Bezirken, aktiv⁸⁹. Im Jahr 2020 wurden 1.803 Familien von Fachkräften oder Freundinnen/Freunden, Bekannten und Verwandten neu an regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke vermittelt oder nahmen selbst

86

Diese Maßnahmen basieren auf einem österreichweiten Projekt namens *Step by Step*, im Rahmen dessen ab dem Jahr 1992 Strategien für die Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen gemäß § 13 SMG entwickelt wurden. Im Laufe der letzten Jahre wurde das Programm in den einzelnen Bundesländern den regionalen Erfordernissen angepasst und wird deshalb zum Teil unter anderen Namen angeboten (Schmidbauer, p. M.).

87

www.stepcheck.at (Zugriff am 23. 6. 2021)

88

<http://fruehehilfen.at> (Zugriff am 23. 6. 2021)

89

siehe auch <https://www.fruehehilfen.at/de/Regionale-Netzwerke/Fruehe-Hilfen-Netzwerke.htm> (Zugriff am 6. 7. 2021)

Kontakt mit einem Netzwerk auf. 2.198 Familien wurden im Laufe des Jahres begleitet (Marbler et al. 2021). Ein weiterer Ausbau des Programms ist geplant (vgl. Abschnitt 4.4).

Tabelle 4.3:
Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel der Maßnahme	Re-gion	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)								Sub-stanzbe-zug		Setting					
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatoreninnen/ Multiplikatoren weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindertagesstätten	Familie	außerschulisch*	Arbeitswelt**
österreichweite Standardprogramme der Fachstellen für Suchtprävention																	
movin'	Ö		x			x			x		x		x				
regionale Maßnahmen mit Fokus auf Kinder/Jugendliche (Beispiele)																	
themenspezifische Workshops	B					x			x		x	x			x		x
Nikoteen – Gruppenkurs für junge Raucher/-innen	V					x			x		x		x		x		x
Seminare in der Jugendarbeit	NÖ					x			x		x	x			x		
JUZ Sprechblase	S					x			x		x	x			x		
Way out	K					x					x		x				
regionale Maßnahmen für weitere Zielgruppen (Beispiele)																	
individuelle Beratung & Krisenintervention	V	x									x		x				
Erstellung von Präventionskonzepten – Coaching bei Verdachts- und Anlassfällen	V	x								x							x
CANreduce – Online-Selbsthilfe-Programm zur Cannabis-Konsumreduktion	W		x			x					x	x					
Sucht und Arbeitswelt	B		x			x			x		x	x			x		x
pb – Prävention in Betrieben	T		x								x						x
SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext	W		x						x								x

* z. B. Jugend- und Sozialarbeit

** z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, AMS

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

4.2.3 Qualitätssicherung

Qualität in der Suchtprävention wird in Österreich auf vielfältige Weise sichergestellt. Die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in den Fachstellen auf Bundeslandebene soll gewährleisten, dass die durchgeführten Maßnahmen aufeinander abgestimmt, qualitativ hochwertig, nachhaltig

und den jeweiligen regionalen Bedürfnissen angepasst sind. Koordinations- und Kooperationsmechanismen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1) tragen dabei zur Qualitätssicherung auf regionaler sowie auf nationaler Ebene bei.

Aus-, Fort- und Weiterbildung

Angebote zur Aus-, Fort- und Weiterbildung sind ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung in Österreich. Zusätzlich zur Wissensvermittlung sind dabei die Vernetzung von Stakeholdern der Suchtprävention und der damit verbundene Erfahrungsaustausch von Bedeutung.

Bildungsangebote richten sich einerseits an Mitarbeiter/-innen der jeweiligen Fachstellen (z. B. als Voraussetzung für die Mitarbeit). In Niederösterreich etwa müssen Personen, die als Referentinnen bzw. Referenten für die Fachstelle tätig werden wollen, einen achtmonatigen Lehrgang absolvieren. Im Berichtszeitraum wurden die Referentinnen und Referenten der Fachstelle darüber hinausgehend zu aktuellen Themen wie CBD (vgl. Kapitel 2) und digitalen Medien weitergebildet. Andererseits wenden sich Bildungsangebote an indirekte Zielgruppen wie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren⁹⁰. Dabei kann es sich auch um suchtpreventive Module oder Unterrichtseinheiten als Teil anderer Ausbildungen handeln. So nimmt z. B. die Fachstelle im Burgenland eine entscheidende Rolle bei der Ausbildung von Jugendbetreuerinnen und -betreuern ein, während die Fachstelle in der Steiermark Seminare zum Thema Tabak für Studierende im Bereich der Gesundheitsberufe durchführt.

Aktuelle Lehrgänge speziell zum Thema Suchtprävention sind z. B.

- » der „Masterstudien- und Hochschullehrgang zur Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“ der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich in Kooperation mit der Fachhochschule Oberösterreich, dem Institut Suchtprävention der pro mente OÖ und der Johannes-Kepler-Universität (11 Module, 120 ECTS⁹¹-Punkte),
- » der Lehrgang „Suchtberatung und Prävention“ an der Fachhochschule St. Pölten im Rahmen des Studiengangs Soziale Arbeit (als Zertifikats-, akademischer oder Masterlehrgang, bis zu 120 ECTS),
- » der Lehrgang „Kordinator/in für Suchtprävention – Lehrgang zur schulischen Suchtvorbeugung“ der Fachstelle in Oberösterreich in Zusammenarbeit mit der Bildungsdirektion OÖ (3 Semester, 3 Module),

90

Daher ist die Abgrenzung zu Maßnahmen im engeren Sinne (vgl. Abschnitt 4.2.2) fließend.

91

Das European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS) ist das europäische System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen. ECTS-Punkte geben Auskunft über die geschätzte Zeit / den geschätzten Arbeitsaufwand für die Studierenden, wobei ein ECTS-Punkt für 25 Stunden à 60 Minuten steht.

- » die sechstägige Fortbildung „Suchtprävention in der Arbeit mit Jugendlichen“ für Mitarbeiter/-innen der außerschulischen Jugendarbeit, von Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationseinrichtungen sowie Personen aus der Lehrlingsausbildung in Vorarlberg (5 Module).

Die jährliche Fachtagung der *Österreichischen ARGE Suchtverbeugung* musste aufgrund von COVID-19 auf Herbst 2021 verschoben werden. Anstelle der geplanten Tagung wurden jedoch zwei Webinare mit mehreren Vortragenden als Fort- und Weiterbildungsveranstaltung für die Mitarbeiter/-innen der Fachstellen organisiert⁹². Zudem veranstalteten die Fachstellen im Frühjahr 2020 eine Reihe virtueller Treffen, im Zuge deren die Inhalte des Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)⁹³ intern referiert und diskutiert wurden (Schmidbauer, p. M.). Des Weiteren ist die *Österreichische ARGE Suchtverbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Sie organisiert u. a. das internationale *Forum Suchtprävention*. Auf regionaler Ebene finden ebenfalls regelmäßige Vernetzungstreffen und Fachtagungen statt. Beispielhaft seien hier die regionalen Arbeitskreise Suchtprävention in Salzburg erwähnt, die seit 2001 viertel- oder halbjährlich stattfinden und relevante Einrichtungen miteinbeziehen (z. B. Jugend- und Sozialarbeit, Schule, Beratung und Behandlung, Behörden, Polizei, Elternbildung). Dadurch werden der fachliche Austausch und die Qualitätsentwicklung suchtpreventiver Initiativen und Angebote in den Bezirken Salzburgs unterstützt.

Die *Österreichische Dialogwoche Alkohol*⁹⁴ wendet sich sowohl an Fachkräfte (z. B. in Gesundheits- und sozialen Berufen) als auch an die Allgemeinbevölkerung (z. B. Eltern). Sie wird seit 2017 alle zwei Jahre in Österreich veranstaltet und ist eine Initiative der *Österreichischen ARGE Suchtverbeugung* in Kooperation mit dem BMSGPK, der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen. Im Mai 2021 fand sie zum dritten Mal statt und stand unter dem Motto *Wie viel ist zu viel?*. Aufgrund von COVID-19 konnte sie diesmal nur als Onlineveranstaltung abgehalten werden.

Qualitätsstandards

Die Sucht- bzw. Drogenstrategien auf nationaler und regionaler Ebene (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1) formulieren Erwartungen an qualitativ hochwertige Suchtprävention. Qualitätsbezogene Aussagen finden sich auch im Leitbild der „Professionellen Suchtprävention in Österreich“, das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde (Uhl/Springer 2002), sowie in einem Begleitdokument zur *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (Uhl et al. 2013). Formal spielen mit der Finanzierung verknüpfte Qualitätsstandards eine wichtige

92

Die Titel der Webinare waren „MORE MEDIA!? Medienkonsum während Coronazeiten“ (4. 3. 2021) und „Schwere Zeiten für junge Menschen?“ (15. 3. 2021).

93

<https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum> (Zugriff am 23. 6. 2021)

94

<https://www.dialogwoche-alkohol.at> (Zugriff am 23. 6. 2021)

Rolle, etwa die Qualitätskriterien des FGÖ⁹⁵. Auf regionaler Ebene kommen z. B. Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule (Steiermark) oder für Jugendsuchtberatungen (Niederösterreich) zur Anwendung (vgl. Abschnitt 4.4). Weitere relevante Qualitätsstandards finden sich in Dokumenten zur „Gesunden Schule“⁹⁶ und für die betriebliche Suchtprävention⁹⁷. Daneben gibt es auch einschlägige Leitfäden/Handbücher, beispielsweise zum Umgang mit Anlassfällen in der Schule oder in Betrieben (vgl. Abschnitt 4.2.2).

Im Berichtsjahr veröffentlichte die *ARGE Suchtvorbeugung* eine Stellungnahme zur Maßnahme „Revolution Train“⁹⁸, die sich an einem Positionspapier der Europäischen Gesellschaft für Präventionsforschung (EUSPR)⁹⁹ orientiert. Die Stellungnahme macht deutlich, dass Maßnahmen wie „Revolution Train“ wichtige Qualitätskriterien nicht erfüllen und weder empfohlen noch als „unbedenklich“ eingestuft werden können.

Evaluierung und Monitoring

Bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen sind Evaluierungen State of the Art, wobei in Österreich routinemäßig vor allem die Optimierung laufender Projekte Priorität hat. Im Fokus dieser internen Evaluationen oder Intravisionen¹⁰⁰ stehen Aspekte wie die Durchführbarkeit von Maßnahmen und deren Akzeptanz bei direkten und indirekten Zielgruppen. Um zu beurteilen, ob Maßnahmen die angestrebten Ziele erreichen können, werden Selbsteinschätzungen der Zielgruppen genutzt (z. B. ob die Maßnahme hilfreich war und das Verhalten beeinflussen wird). In Tirol zum Beispiel gibt es darüber hinaus für die meisten Maßnahmen eine Art Steuerungsgruppe, die sich zumindest jährlich trifft, um das jeweilige Angebot und seine Weiterentwicklung zu reflektieren.

95

<https://fgoe.org/qualitaetskriterien> (Zugriff am 23. 6. 2021)

96

z. B. <https://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/17%20WS%207%20Gerhartl.pdf> (Zugriff am 23. 6. 2021)

97

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714640&version=1513851060> (Zugriff am 23. 6. 2021)

98

Der „Revolution Train“ ist ein speziell umgebauter Zug, in dem Jugendliche ab 12 Jahren interaktiv die schlimmsten Folgen von Substanzgebrauch bis hin zum Tod „erleben“. Die Maßnahme ist in vielerlei Hinsicht nicht zeitgemäß. So setzt sie vor allem auf Abschreckung; konsumierende Personen werden stigmatisiert, während tiefere Gründe für Substanzgebrauch außer Acht gelassen werden. Außerdem wurde die Maßnahme nicht auf ihre Wirksamkeit hin evaluiert. Weitere Kritikpunkte finden sich in den entsprechenden Stellungnahmen, siehe: https://www.suchtvorbeugung.net/downloads/Stellungnahme_ARGE_REVOLUTION_TRAIN_2020.pdf (Zugriff am 16. 6. 2021)

99

<https://euspr.org/position-euspr-on-harmful-approaches> (Zugriff am 16. 6. 2021)

100

Während die Evaluation die Zielgruppe formal miteinbezieht (z. B. mittels Fragebögen), ist mit „Intravision“ der kommunikative Austausch unter den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern gemeint, im Zuge dessen auch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Angebote reflektiert werden können.

Umfangreichere, extern beauftragte (Ergebnis-)Evaluationen werden von den Fachstellen fallweise initiiert, etwa bei neuen oder besonders lange bestehenden Maßnahmen (aktuell z. B. in Kärnten zum Projekt „Way out“, der Abschluss der Evaluation erfolgt voraussichtlich Ende 2021; Kriechbaum-Wladika, p. M.). Darüber hinaus spielen umfangreichere Evaluationen dort eine Rolle, wo Maßnahmen im Kontext wissenschaftlicher Forschung durchgeführt werden. Dies ist z. B. bei *alkcoach.at*, einem sechswöchigen Onlineselbsthilfeprogramm zur Reduktion von Alkoholkonsum¹⁰¹, der Fall. Das Projekt wurde von einer wissenschaftlichen Studie unter der Leitung des Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung der Universität Zürich mit Teilnehmenden aus Deutschland, Österreich (repräsentiert durch die Fachstelle in Wien) und der Schweiz begleitet. *alkcoach.at* erwies sich in der Studie als effektives Programm zur Reduktion von Alkoholkonsum (Baumgartner et al. 2021, Schaub et al. 2016, ausführlicher in Abschnitt 4.5).

4.3 Trends

Suchtpräventive Aktivitäten in Österreich sind überwiegend substanzunspezifisch bzw. suchtrelevante Verhaltensweisen übergreifend ausgerichtet. Während vor mehreren Jahrzehnten spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen im Vordergrund standen, spielen diese inzwischen eine eher untergeordnete Rolle, da sich das Problemverständnis stetig weiterentwickelt hat (von der „Drogenprävention“ zur „Suchtprävention“, die aber auch z. B. die Unfall-, Gewalt- oder Krebsprävention miteinschließt; vgl. Uhl/Springer 2002). So fanden legale Substanzen (wie bspw. Tabak) vermehrt Berücksichtigung und spielen bei den substanzspezifischen Ansätzen nunmehr eine größere Rolle. Auch rückten andere Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (wie bspw. Glücksspiel) durch diesen Prozess vermehrt ins Blickfeld. Konzeptionelle Entwicklungen wie die stärkere Berücksichtigung biopsychosozialer Ursachen sowie von Risiko- und Schutzfaktoren (vgl. EMCDDA 2009, West 2013) machten darüber hinaus deutlich, dass verschiedene Problemlagen auf ähnliche Ursachen zurückgeführt werden können. Somit können suchtpreventive Maßnahmen, welche diese gemeinsamen Faktoren ansprechen (bspw. Lebenskompetenzprogramme), auch zu Verbesserungen in anderen Handlungsfeldern (etwa in der Kriminal- oder Suizidprävention) beitragen. Zudem wird das suchtpreventive Potenzial suchtspezifischer Aktivitäten (z. B. der Freizeitpädagogik) erkennbar. In der Folge wurde es möglich, das Know-how und die Strukturen, die in Bezug auf die Suchtprävention in den Fachstellen entwickelt worden waren, hinsichtlich anderer Handlungsfelder zu nutzen und weiterzuentwickeln. Zuletzt bietet die Verknüpfung mit gesellschaftlich aktuellen Themen (z. B. mit der psychischen Gesundheit von Jugendlichen) eine Möglichkeit, die wahrgenommene Relevanz suchtpreventiver Maßnahmen für potenzielle Auftraggeber/-innen und Zielgruppen zu erhöhen (Schmidbauer, p. M.).

Vor diesem Hintergrund haben sich die Themen und Aktivitäten der Fachstellen laufend erweitert. Dies zeigt sich u. a. in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen für die österreichweit eingesetzten Standardprogramme. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der Suchtpräventions-

101

<https://www.alkcoach.at> (Zugriff am 29. 6. 2021)

strategie werden auch z. B. seit 2015 in fast allen Bundesländern Workshops zum Thema Glücksspiel für Jugendliche angeboten. In diesem Zusammenhang sei auch auf das im Jahr 2020 veröffentlichte Positionspapier *Glücksspiel/Sportwetten* der *ARGE Suchtvorbeugung* verwiesen (vgl. Abschnitt 4.2.1), welches die Aktualität dieses Handlungsfelds unterstreicht.

Digitale Medien spielen ebenfalls eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen. Dieser Trend hat sich im Berichtszeitraum durch die Auswirkungen der COVID-19-bedingten Regelungen noch weiter verstärkt (vgl. Abschnitt 4.4).

Generell werden die etablierten Programme verstärkt umgesetzt und weiterentwickelt, insbesondere Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, indem z. B. weitere Berufsgruppen angesprochen und weitere Settings involviert werden. Darüber hinaus hat sich immer wieder gezeigt, dass die Standardprogramme für bestimmte Zielgruppen nicht ausreichen bzw. angepasst werden müssen (z. B. für bestimmte Schultypen). Schon seit einiger Zeit stehen daher auch selektive bzw. indizierte Präventionsmaßnahmen stärker im Fokus der Fachstellen für Suchtprävention, um (Hoch-)Risikogruppen besser zu erreichen.

4.4 Neue Entwicklungen

Beispiele neuer Maßnahmen

Im Berichtszeitraum wurden neue Maßnahmen entwickelt, bzw. befanden sich solche im Entwicklungsprozess. In manchen Bundesländern wurden Pilotprojekte aus Vorjahren fortgeführt. Beispielsweise wird im Burgenland seit 2019 mit *Verwurzelt – Kinder fürs Leben stärken* ein neues Lebenskompetenzprogramm für den Kindergartenbereich umgesetzt, während in der Steiermark seit 2019 mit *Alkoholprävention im Alter* ein Programm speziell für ältere Menschen angeboten wird. In Oberösterreich wurde die Website *www.stepcheck.at*, welche zu Früherkennung und Frühintervention in den Settings Betrieb/Lehrlingswesen und Schule informiert, im Jahr 2019 einem Relaunch unterzogen und im Jahr 2020 ausgerollt. Für die *Frühen Hilfen* wurde ein Wirkmodell erarbeitet¹⁰². Tabelle 4.4 zeigt ausgewählte Beispiele von Maßnahmen, die im Jahr 2020 neu entwickelt oder durchgeführt wurden.

102

<https://www.fruehehilfen.at/de/Service/Materialien/Publikationen/Wie-wirken-Fruehe-HilfenbrDas-Fruehe-Hilfen-Wirkmodell.htm> (Zugriff am 6. 7. 2021)

Tabelle 4.4:
Neue Maßnahmen – Auswahl

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
K	Sommeraktion „Wasserspaß H ₂ O = 0,0 Promille“	Von 20. bis 23. Juli 2020 zielte die Suchtprävention Kärnten im Rahmen einer Sommeraktion in jedem Kärntner Bezirk darauf ab, Erwachsene für einen risikoarmen Alkoholkonsum zu sensibilisieren. In insgesamt elf Strandbädern wurden mit rund 3.000 Menschen Gespräche über risikoarmen Alkoholkonsum (z. B. über WHO-Grenzwerte) geführt. Daneben wurden 1.500 Gutscheine für Mineralwasser verteilt, die beim jeweiligen Gastronomiebetreiber des Bades eingelöst werden konnten, um zum Konsum alkoholfreier Alternativen anzuregen.
S	OnLife: Herausforderungen der digitalen Welt meistern	Dieses Angebot wurde 2019 von der Fachstelle in Salzburg in Zusammenarbeit mit der Caritas entwickelt und wird seit 2020 umgesetzt. Ziel ist die Prävention digitaler Süchte bzw. das Erlernen von „Medienbalance“ (Balance zwischen Online- und Offline-Zeiten). Die Maßnahme richtet sich an Schüler/-innen der 5. bis 9. Schulstufe. Pädagoginnen und Pädagogen können mithilfe eines Handbuchs bzw. Arbeitsblättern die Maßnahme als Klassen- bzw. Schulprojekt durchführen ¹⁰³ . Die Konzeption über Basis- und Erweiterungsbausteine ermöglicht es, die Maßnahme den jeweiligen Ressourcen und Interessen anzupassen.
St	Kinder aus alkoholbelasteten Familien	Der Gesundheitsfonds Steiermark startete im Jahr 2020 gemeinsam mit der Drogenberatung des Landes Steiermark ein Projekt in Deutschlandsberg, Leibnitz, Voitsberg und Liezen mit einer Laufzeit von zwei Jahren. Ziel ist, Kinder und Jugendliche aus alkoholbelasteten Familien zu erkennen und durch entsprechende Angebote (z. B. Beratung, Begleitung und Betreuung) zu erreichen. Fachkräfte (Sozialarbeiter/-innen der Jugendämter, Bezirksverwaltungsbehörden, aufsuchender Familienarbeit / flexibler Hilfen etc.) werden sensibilisiert und unterstützt. Im Berichtszeitraum konnten – trotz COVID-19 – rund 200 Personen erreicht und unterstützt werden. Das Projekt soll zukünftig auf weitere Versorgungsregionen/Bezirke der Steiermark ausgedehnt werden.
T	Prävention und Frühintervention in Heimen und sozialpädagogischen Einrichtungen	Derzeit gibt es in Tirol kein systematisches oder flächendeckendes Angebot zur Prävention und Frühintervention in Heimen und sozialpädagogischen Wohngruppen. Die Fachstelle in Tirol möchte daher in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen (z. B. Drogenarbeit Z6, Suchthilfe Tirol) ein Unterstützungspaket für dieses Setting entwickeln, welches universelle, selektive und indizierte Maßnahmen beinhaltet. Das Projekt befindet sich derzeit noch im Aufbau. Inhaltliche Grundlage für einen Teil des Projekts sind Materialien, die im Jahr 2020 im Rahmen einer Arbeitsgruppe der ARGE Suchtvorbeugung entwickelt wurden.
W	Ein (Online-)Mindboost für psychische Gesundheit	<i>Mindboost</i> ¹⁰⁴ wurde vom Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien initiiert und wird von diesem seit Dezember 2020 umgesetzt. Die universelle Maßnahme richtet sich an Jugendliche im schulischen Setting (Schulklassen ab der 9. Schulstufe). Ziel ist die Stärkung der psychischen Gesundheit speziell in Hinblick auf COVID-19. Im Rahmen eines zweistündigen Onlineworkshops werden Schüler/-innen mittels praktischer Übungen angeleitet, die Zeit rund um COVID-19 bewusst zu reflektieren und Bewältigungsstrategien für die damit einhergehender Belastungen zu entwickeln. Die Maßnahme wird im Rahmen der Kampagne „darüber reden wir“ des Psychosozialen Dienstes Wien beworben.

Weitere Beispiele im Jahr 2020 neu entwickelter Maßnahmen sind in Horvath et al. (2020) beschrieben.

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

103

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/aktuelles/onlife> (Zugriff am 29. 6. 2021)

Als **weitere Entwicklungen** auf Bundeslandebene können die folgenden Punkte erwähnt werden:

- » Im Burgenland werden derzeit Personen für *movin'* ausgebildet, sodass diese Maßnahme ab 2022 auch dort angeboten werden kann (Magerl-Riegler, p. M.).
- » In Niederösterreich wurden die Qualitätsstandards für die Jugendsuchtberatung aus dem Jahr 2011 überarbeitet und im März 2020 neu herausgegeben (Hörhan, p. M.).
- » In Oberösterreich wird seit 2020 anstelle von *Gemeinsam stark werden* das vergleichbare Lebenskompetenzprogramm *zusammen.wachsen* durchgeführt. Dabei handelt es sich um eine Weiterentwicklung eines früheren Programms (*eigenständig werden*), das bis 2017 zum Einsatz kam (vgl. Abschnitt 4.2.2).
- » In Salzburg wurde die neue ARGE Suchtprävention Flachgau gegründet.
- » Im Mai 2020 wurde der steirischen Fachstelle VIVID anlässlich des Weltnichtrauchertages von der WHO der World No Tobacco Day Award 2020 verliehen. Dieser stellt die weltweit höchste Auszeichnung für die Suchtprävention dar und wurde das erste Mal an eine österreichische Einrichtung vergeben. Die Fachstelle erhielt den Preis für ihre Vorreiterrolle und ihr langjähriges (auch nationales) Engagement im Bereich Tabakprävention¹⁰⁵.

COVID-19

In Österreich waren ab März 2020 Maßnahmen der Suchtprävention stark geprägt von den Auswirkungen der COVID-19-bedingten Regelungen. So durften aufgrund der am 10. März verkündeten Antipandemiemaßnahmen der österreichischen Bundesregierung keine Veranstaltungen mehr abgehalten werden, wovon auch die überwiegende Anzahl der Suchtpräventionsangebote betroffen war¹⁰⁶. Hunderte Einzelveranstaltungen (Workshops, Fortbildungen, Schulungen etc.) mussten abgesagt werden, die vor allem in Schulen nicht mehr nachgeholt werden konnten. Österreichweite Zahlen dazu sind nicht verfügbar, jedoch konnten zum Beispiel von der steirischen Fachstelle nur 60 Prozent der 624 geplanten Veranstaltungen durchgeführt werden, wohingegen 31 Prozent abgesagt und neun Prozent ins Jahr 2021 verschoben werden mussten (VIVID 2021).

Im Berichtszeitraum wurden jedoch zahlreiche Onlineangebote (u. a. Webinare) entwickelt. In manchen Fällen konnten bestehende Maßnahmen mit Anpassungen (z. B. Neukonzeption interaktiver Kursinhalte) auf ein Onlineformat umgestellt werden. Zum Beispiel konnten nach intensiven Adaptationen drei *movin'*-Kurse (siehe Abschnitt 4.2.2) in Wien und in der Steiermark gänzlich online durchgeführt werden. In anderen Fällen war ein direkter Umstieg auf ein Onlineformat nicht möglich, sodass andere Strategien gewählt wurden. In Niederösterreich beispielsweise wurden Videos

104

<https://sdw.wien/de/praevention/schule> (Zugriff am 29. 6. 2021)

105

für nähere Informationen siehe <https://www.vivid.at/news-events/vivid-bekommt-who-preis> (Zugriff am 22. 7. 2021)

106

E-Mental-Health-Maßnahmen wie *CANreduce* (siehe <https://mindbase.at>, Zugriff am 6. 7. 2021) konnten wie gewohnt weitergeführt werden und wurden in dieser Zeit stärker beworben. Sie stellen jedoch einen relativ geringen Anteil am österreichischen Präventionsangebot dar.

und Arbeitsmaterialien erstellt, um die eigenständige Umsetzung von Maßnahmen durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu ermöglichen. Ebenfalls in Niederösterreich wurden etablierte Seminare für Fachkräfte in der Jugendarbeit nicht direkt in den virtuellen Raum übertragen. Stattdessen wurden Onlineveranstaltungen zu Themen wie „digitale Medien“ oder „Cannabis“ für ein größeres Spektrum von Berufsgruppen (die Jugendarbeit eingeschlossen) angeboten.

Vor allem dort, wo Zielgruppen bereits an den Einsatz digitaler Technologien gewohnt waren, stießen Onlineangebote auf positive Resonanz und wurden sehr gut angenommen. Im Laufe der Pandemie stieg die Akzeptanz von Onlineangeboten, weil Zielgruppen mit den Technologien vertrauter wurden, andererseits nahm die Motivation zur Teilnahme aufgrund ständiger Onlinemeetings ab. Manche Fachstellen machten die Erfahrung, dass Schulen Präsenzangebote für ihre Schüler/-innen bevorzugen oder dass Schüler/-innen ihre Kameras nicht einschalten möchten, was die Durchführung von Workshops erschwerte. Auch gab es rechtliche Unsicherheiten in Bezug auf die Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), bspw. bei der Wahl der Videokonferenzsoftware. In Wien waren jedoch die Erfahrungen des Vereins Dialog mit digitalen Elternabenden so positiv, dass das Onlineformat in Zukunft beibehalten wird¹⁰⁷. Auch in Niederösterreich erwies sich die Möglichkeit, Elternabende mit mehreren Hundert Teilnehmerinnen/Teilnehmern abhalten zu können, als Vorzug. In der Steiermark konnte das Programm *Choice – Training zur Anregung der Selbstwahrnehmung und Regulationsfähigkeit von Gefühlen*, welches sich an Jugendliche und junge Erwachsene in arbeitsmarktpolitischen Settings wendet, kaum umgesetzt werden (z. B. schlechte Erreichbarkeit der Jugendlichen). In Oberösterreich wurde eine Onlinedurchführung des Elternbildungsangebots *MammaMia* erprobt, erwies sich jedoch aufgrund fehlender technischer und räumlicher Voraussetzungen bei den Zielgruppen als kaum umsetzbar. Wo Maßnahmen nicht durchgeführt werden konnten, nutzten die Fachstellen (z. B. in Oberösterreich, Niederösterreich und der Steiermark) die Gelegenheit für die Überarbeitung bestehender Angebote und Materialien bzw. die Entwicklung neuer Angebote.

Daneben wurden manche Angebote (wo möglich) in Präsenz durchgeführt, vor allem über die Sommermonate hinweg. In manchen Bundesländern (z. B. Vorarlberg) herrschte in dieser Zeit weitgehender Normalbetrieb. In Kärnten wurden die Workshops *Rausch und Risiko* nur in Präsenz abgehalten, jedoch geballt über die Sommermonate und nur in Betrieben. In Wien wurde das Projekt *GrenzGang* als Outdoorveranstaltung angeboten, den geltenden Corona-Schutzmaßnahmen angepasst (z. B. Einhaltung der Mindestabstände). Ebenfalls in Wien wurde bei der Maßnahme *SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext* die Anzahl der persönlichen Termine reduziert und durch vorgelagertes Selbststudium und E-Learning ergänzt.

Vor allem zu Anfang der Pandemie waren die Fachstellen mit weniger Anfragen konfrontiert, da direkte und indirekte Zielgruppen andere Prioritäten hatten. Es gibt jedoch Anzeichen dafür, dass suchtpreventive Programme gerade aufgrund von COVID-19 an Bedeutung zunehmen könnten – u. a. weil sie einen Rahmen bieten, um das Erlebte zu verarbeiten. Studien zeigen, dass jüngere Menschen besonders von den psychosozialen Folgen der Pandemie betroffen sind (z. B.

107

<https://www.dialog-on.at/node/997> (Zugriff am 1. 7. 2021)

Scheibenbogen/Musalek 2021, ausführlicher in Abschnitt 4.5). Die Fachstellen für Suchtprävention entwickelten im Rahmen der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zwei Sondermodule^{108, 109} für *Gemeinsam stark werden* und *plus* (vgl. Abschnitt 4.2.2) zur Unterstützung von Lehrpersonal sowie Schülerinnen/Schülern bei der Rückkehr in die Schule nach dem Lockdown. In der Steiermark hat seitens der Einrichtungen das Interesse am Thema Lebenskompetenzförderung und am Umgang mit herausfordernden Ereignissen aufgrund der COVID-19-Pandemie zugenommen (Kahr, p. M.). Ebenso hat das Thema Medienkompetenz aufgrund von COVID-19 an Wichtigkeit zugenommen und wird bspw. auch von Eltern/Erziehungsberechtigten nachgefragt (Kahr, p. M.; Rögl-Höllbacher, p. M.). In Wien wurde ein Programm zur Stärkung der psychosozialen Gesundheit mit Bezug auf COVID-19 entwickelt (siehe Tabelle 4.4). Das Programm *Frühe Hilfen* (vgl. Abschnitt 4.2.2) soll mit den Mitteln des europäischen Aufbau- und Resilienzfonds (RRF) in den kommenden Jahren flächendeckend ausgebaut werden (BMF 2021).

Webbasierte Angebote werden – verstärkt durch COVID-19 – zukünftig die Landschaft der Suchtprävention bedeutend mitprägen. In Wien beispielsweise werden neue Maßnahmen vermehrt als Webinare entwickelt oder zunächst als Onlineangebote mit der Möglichkeit, auf Präsenzveranstaltungen umzusteigen, konzipiert. Weitere Einblicke in die Auswirkungen von COVID-19 auf die Suchtprävention in Österreich bieten die Jahresberichte der Fachstellen aus dem Jahr 2020.

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen für Suchtprävention, der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung*, des Bildungsressorts (seit 2018 BMBWF) und des FGÖ sowie weiterer relevanter Einrichtungen sowie in früheren Berichten zur Drogensituation und im *Best-Practice-Portal* der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, engl. EMCDDA). Aus der Fülle der Präventionsmaßnahmen, die in Österreich umgesetzt werden, wurden hier nur einige Beispiele in Zusammenarbeit mit den Fachstellen für Suchtprävention und den Drogen-/Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren herausgegriffen, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Informationen zu den Auswirkungen von COVID-19 wurden von den Fachstellen für Suchtprävention bzw. den Drogen-/Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren bereitgestellt.

108

https://www.gemeinsam-stark-werden.org/uploaded-docs/GSW-Leitfaden_Corona_Volksschule1589539651.pdf (Zugriff am 29. 6. 2021)

109

<https://www.fachstelle.at/downloadangebot-wiedereinstiegsmodule-fuer-schuelerinnen-nach-der-coronakrise/> (Zugriff am 29. 6. 2021)

Baumgartner et al. (2021) berichten die Ergebnisse einer Wirkungsevaluation zur internetbasierten Selbsthilfemaßnahme „Take Care of You“, die in der Schweiz, Deutschland und Österreich (hier als *alkcoach.at*, vgl. Abschnitt 4.2.3) umgesetzt wird. Das Experiment hatte drei Versuchsarme:

1. Maßnahme mit virtueller Begleitung mit Fokus auf Alkohol und Depression (Dauer von 6 Wochen)
2. Maßnahme mit virtueller Begleitung mit ausschließlichem Fokus auf Alkohol (Dauer von 6 Wochen)
3. Vergleichsgruppe (Informationsmaterialien und übliche Internetnutzung)

Teilnehmer/-innen (n = 689; 51,6 % männlich; durchschnittliches Alter: 42,8 Jahre) in allen Versuchsarmen waren Erwachsene mit problematischem Alkoholkonsum bei gleichzeitigen Anzeichen von Depression (Allgemeinbevölkerung, nicht in Behandlung). Die Zuordnung zu den Versuchsarmen erfolgte randomisiert. Die Datenerhebung wurde vor der Maßnahme, nach sechs Wochen sowie nach drei und nach sechs Monaten (d. h. bis zu 18 Wochen nach Beendigung der Teilnahme) durchgeführt. Die Evaluation zeigte, dass der Alkoholkonsum in beiden Interventionsgruppen gegenüber der Vergleichsgruppe signifikant reduziert war (z. B. Konsummenge, Abhängigkeits-symptome lt. Fragebogen). Positive Effekte zeigten sich auch in Hinblick auf Depression, wobei das wider Erwarten auch bei jener Maßnahme der Fall war, die sich ausschließlich auf Alkohol fokussiert hatte. Die Autorinnen/Autoren erklären dieses Ergebnis mit Verweis auf Zusammenhänge zwischen Alkoholkonsum und depressiven Symptomen.

Scheibenbogen und Musalek (2021) führten im Mai 2020 und März 2021 eine Onlineerhebung mit je 1.000 Personen (repräsentative Stichprobe, ab 18 Jahren) in Österreich durch, um die psychosozialen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie zu erforschen. Die Ergebnisse zeigen u. a., dass körperliche und psychische Belastungen zum zweiten Untersuchungszeitpunkt in fast allen Bundesländern deutlich höher waren, während das Gefühl, ein selbstbestimmtes Leben führen zu können, stark reduziert war. Am stärksten schien die psychische Belastung in der Gruppe der 18- bis 30-Jährigen zu sein. Diese Gruppe berichtete auch wesentlich häufiger, den größten Teil des Tages in gereizter Stimmung und schlecht gelaunt zu verbringen sowie oft erschöpft und energielos zu sein. In Bezug auf Angsterscheinungen zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen. Hinsichtlich des Geschlechts legt die Studie nahe, dass Frauen stärker als Männer von den psychosozialen Auswirkungen der Pandemie betroffen sind. Sie berichteten häufiger von psychischen Belastungen, Reizbarkeit, Erschöpfung und Angsterscheinungen.

4.6 Bibliografie

Baumgartner, C.; Schaub, M. P.; Wenger, A.; Malischnig, D.; Augsburg, M.; Walter, M.; Augsburg, M.; Lehr, D.; Blankers, M.; Ebert, D. D.; Haug, S. (2021). „Take Care of You“ – Efficacy of integrated, minimal-guidance, internet-based self-help for reducing co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108806.

- BMBWF (2018). Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule. Konsum von illegalen Suchtmitteln durch Schülerinnen und Schüler. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wien
- BMF (2021). Österreichischer Aufbau- und Resilienzplan 2020-2026. Bundesministerium für Finanzen. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017a). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017b). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMUK (1997). Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997
- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung. Wien
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Salzburg
- Marbler, C.; Sagerschnig, S.; Winkler, P.; Witt-Döring, F. (2021). Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Positionspapier der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung. Graz, Klagenfurt, Eisenstadt, Wien, St. Pölten, Linz, Salzburg, Innsbruck, Bregenz und Bozen

- Schaub, M. P.; Blankers, M.; Lehr, D.; Boss, L.; Riper, H.; Dekker, J.; Goudriaan, A. E.; Maier, L. J.; Haug, S.; Amann, M.; Dey, M.; Wenger, A.; Ebert, D. D. (2016). Efficacy of an internet-based self-help intervention to reduce co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: study protocol of a three-arm randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(5), e011457.
- Scheibenbogen, O.; Musalek, M. (2021). Ein Jahr Psychosoziale Pandemie in Österreich. Veröffentlichung in Planung
- SHW (2021). Tätigkeitsbericht 2020. Bereich Suchtprävention. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (2002). Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- Uhl, A.; Schmutterer, I.; Kobrna, U.; Strizek, J. (2013) Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. Stand 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien
- Uhl, A.; Bachmayer S.; Schmutterer, I.; Strizek J. (2020). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen. Gesundheit Österreich. Wien
- VIVID (2021). Suchtvorbeugung braucht Begegnung: Wie Suchtprävention in Zeiten einer Pandemie dennoch funktionieren kann [Jahresbericht 2020]. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz
- West, R. (2013). Models of addiction. EMCDDA Insights Nr. 14. Publications Office of the European Union. Luxembourg

4.7 Zitierte Bundesgesetze

- BGBl 1989/620. Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens (Glücksspielgesetz – GSpG) über die Änderung des Bundeshaushaltsgesetzes und über die Aufhebung des Bundesgesetzes betreffend Lebensversicherungen mit Auslosung
- BGBl I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG)

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Aksakalli, Sevim	BMBWF – Abteilung I/2 Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung
Fraundorfer, Andrea	BMBWF – Abteilung I/2 (Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung)
Hörhan, Ursula	Geschäftsführung Fachstelle NÖ, Suchtkoordination Land NÖ
Kahr, Claudia	Geschäftsführung VIVID, Fachstelle für Suchtprävention in der Steiermark
Kriechbaum-Wladika, Eveline	Amt der Kärntner Landesregierung; Abt. 5 – UA Prävention und Suchtkoordination
Magerl-Riegler, Verena	Psychosozialer Dienst (PSD) Burgenland Gesellschaft m.b.H.
Rögl-Höllbacher, Nicole	Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg
Schmidbauer, Rainer	Leiter des Instituts Suchtprävention, pro mente Oberösterreich
Schmöckel, Sonja	BMA Abteilung III/B/4 – Förderungen, Jugendliche

4.9 Anhang

Tabelle A4.1:

Ausgewählte Kennwerte für die Umsetzung österreichweiter Standardprogramme durch die regionalen Fachstellen in den letzten drei Jahren

Kennwert	Schuljahr 2018/2019	Schuljahr 2019/2020	Schuljahr 2020/2021
	Gemeinsam stark werden (eigenständig werden / Zusammen.wachsen*)		
teilnehmende Lehrkräfte	499	623	600
teilnehmende Volksschulen	136	167	169
	plus		
bis dato zertifizierte Lehrkräfte (Ausbildung abgeschlossen)	1.631	1.899	2.288
davon neu zertifizierte Lehrkräfte	167	268	389
Lehrkräfte in Ausbildung**	1.919	2.054	1.958
Lehrkräfte, die das Programm umsetzen (geschätzt)**	3.195	3.558	3.821
erreichte Klassen (geschätzt)	2.130	2.372	2.548
erreichte Schüler/-innen (geschätzt)	48.990	54.551	58.595
	movin' (MOVE***)		
geschulte Personen	552	342	204
durchgeführte Kurse	36	22	15

Zur Beschreibung der Maßnahmen siehe Abschnitt 4.2.2. Die Zahlen sind auf ganz Österreich bezogen.

*Das Programm „eigenständig werden“ wurde im Jahr 2018 von „Gemeinsam stark werden“ abgelöst. Seit 2020 wird in OÖ das Programm „Zusammen.wachsen“ (eine Weiterentwicklung von „eigenständig werden“) umgesetzt. Die Zahlen für die drei Lebenskompetenzprogramme werden aufgrund ihrer ähnlichen Zielsetzung und Methoden zusammen dargestellt.

**Da die Fortbildung vier Jahre andauert, ist die Zahl der Lehrkräfte in Ausbildung stets relativ hoch. Die Schätzung der Lehrkräfte, die das Programm umsetzen, basiert auf den bis dato zertifizierten Lehrkräften sowie den Lehrkräften in Ausbildung (mit einer Korrektur zur Berücksichtigung jener Lehrkräfte, die das Programm z. B. aufgrund von Pensionierung nicht mehr umsetzen).

***In Wien wurde bis 2019 das Angebot unter dem Namen „MOVE“ durchgeführt. Die Zahlen werden in dieser Übersicht zusammen dargestellt.

Quellen: Schmidbauer, p. M., Horvath et al. (2019, 2020); GÖG-eigene Darstellung

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung	125
5.1	Zusammenfassung	125
5.2	Aktuelle Situation	127
5.2.1	Strategien und Koordination	127
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	130
5.2.3	Schlüsseldaten.....	131
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	138
5.2.5	Qualitätssicherung.....	146
5.3	Trends.....	148
5.4	Neue Entwicklungen	150
5.5	Quellen und Methodik	153
5.6	Bibliografie	154
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	155
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	156
5.9	Anhang.....	157

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

Grundsätzlich haben suchtkranke Personen den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte ambulante und/oder stationäre Einrichtungen. Dadurch wird ein breites Spektrum an Maßnahmen angeboten, das Beratung bezüglich verschiedenster Aspekte, psychosoziale Betreuung und Behandlung, ambulante und stationäre arzneimittelgestützte Behandlung, ambulante und stationäre Entzugsbehandlung und verschiedene abstinentenorientierte stationäre Behandlungsmöglichkeiten umfasst.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2020 geschätzt 25.650 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus etwa 5.200 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2020 begonnen haben, und etwa 20.450 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2019/2020 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 20.900 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis, sie besteht aus etwa 2.750 Personen. Kokain und Stimulanzien stellen für etwa 1.600 Personen die Leitdroge dar.

Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 76 und 81 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf.

Trends

Aus den DOKLI-Daten wird ersichtlich, dass seit 2010 der Anteil der Erstpatientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die ambulante Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe in

Anspruch nahmen, gestiegen und der Anteil jener mit der Leitdroge Opiate gesunken ist. Im Jahr 2011 war der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis erstmals höher als jener der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Opiate. Dies ist auch für die Jahre 2015 bis 2020 zu beobachten. Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien gewannen in der Behandlung quantitativ an Bedeutung. Insgesamt ist bei der Interpretation dieser Daten zu berücksichtigen, dass der weitaus größte Teil der Personen in Suchtbehandlung in Substitutionstherapie ist und die damit zahlenmäßig relevanteste Gruppe in diesen Zahlen nicht enthalten ist.

Besonders hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹¹⁰ von Personen mit Opioidproblematik.

Neue Entwicklungen

In allen Bereichen – der Beratung, der Betreuung sowie der Behandlung – wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet – z. B. um die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung auch langfristig abzusichern, Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen, passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können und jüngeren oder in ländlichen Regionen lebenden Personen über Onlineangebote den Zugang zu erleichtern.

COVID-19

Über alle Versorgungsbereiche hinweg zeigte sich, dass sich pandemiebedingte Einschränkungen stärker auf Erstkontakte mit Klientinnen/Klienten ausgewirkt haben als auf laufende Betreuungen. Das oft notwendig gewordene Physical Distancing hat die Beziehungsarbeit und in weiterer Folge das Aufrechterhalten und Vertiefen der therapeutischen Beziehung insbesondere bei instabilen Klientinnen und Klienten erschwert.

In allen Bundesländern lautete während des ersten Lockdowns im Frühling 2020 die Prämisse für den ambulanten Bereich, den Kontakt mit den Klientinnen/Klienten aufrechtzuerhalten, gleichzeitig aber persönliche Kontakte zu vermeiden und durch den Einsatz von Informations- oder Telekommunikationstechnik (ITK) so weit wie möglich zu ersetzen. Im stationären Bereich kam es in sechs Bundesländern vorübergehend zu einer zumindest teilweisen Schließung in suchtspezifischen Einrichtungen bzw. psychiatrischen Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten.

110

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

Während die Zahl der insgesamt behandelten Personen mit Ausnahme des stationären Bereichs im Wesentlichen gleich geblieben bzw. sogar angestiegen ist, gab es bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen im Pandemiejahr 2020 nennenswerte Rückgänge.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

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

Die bestehenden Sucht-/Drogenstrategien betonen großteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums von Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen sowie -methoden. Ein breites Handlungsspektrum soll abstinenzorientierte, substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Nachsorge bei suchtkranken Personen und zu deren Integration beinhalten. Dazu sind einrichtungsübergreifende Vernetzung und Kooperation sowie multiprofessionelle Teams notwendig. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist hier auf die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen hin. Immer mehr Strategien verfolgen integrierte Konzepte wie z. B. der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2025 (Land Salzburg 2020), das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025 (Land Vorarlberg 2014) oder der Regionale Strukturplan Gesundheit 2025 für die Steiermark (Gesundheitsfonds Steiermark 2017). Diese Konzepte zielen auf eine suchtübergreifende Ausrichtung bzw. überhaupt auf eine stärkere Verankerung der Suchtbehandlung im allgemeinen Gesundheitswesen bzw. speziell im Bereich der Psychiatrie ab (vgl. auch Abschnitt 5.4 und Kapitel 1).

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

Ausbau der Versorgung und die Verbesserung bzw. Optimierung bestimmter Behandlungsformen oder Maßnahmenbereiche (z. B. der Versorgung in Krisensituationen, der Bereitstellung von Wohnstrukturen und Arbeitsplätzen) ein Thema. In Vorarlberg liegt der Fokus auf sofortiger therapeutischer Hilfe (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*). Angebote für Angehörige werden auch in mehreren Bundesländern explizit erwähnt; mehrsprachige Angebote der Suchtberatung sind erst seit ein paar Jahren ein Thema.

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

- » Kundmachung und Kofinanzierung von Einrichtungen der Suchthilfe, die gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach § 11 SMG, vgl. Kapitel 2) durchführen wollen, durch das BMSGPK (entsprechend § 15 und 16 SMG)
- » Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das BMJ (vgl. Kapitel 1)
- » Führen eines Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen in der Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) durch das BMSGPK (§§ 24 und 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)
- » Bereitstellen von Suchtgiftvignetten¹¹¹ für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2) und einer Datenbank zum Erfassen der Ärztinnen und Ärzte, die zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen gemäß *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (WbVO) berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

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

Schließlich gibt es auf Bundesebene noch den *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung*, der die Bundesministerin / den Bundesminister für Gesundheit in diesen Angelegenheiten berät (§ 23k SV). Dieser Ausschuss setzt sich aus sachkundigen Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierungen, der Drogen- oder Suchtkoordinationen der Bundesländer, des für Gesundheit zuständigen Ministeriums, des Kompetenzzentrums Sucht, der

111

Eine Suchtgiftvignette ist ein mit fortlaufender Alphanummerierung versehener Aufkleber, der von der verschreibenden Ärztin bzw. dem verschreibenden Arzt auf der Vorderseite eines Rezepts angebracht wird, um dieses als Suchtgiftverschreibung zu kennzeichnen.

Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVS), der medizinischen Universitäten sowie der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Berufsgruppen und Einrichtungen zusammen. Auf Landesebene ist laut § 23i SV eine Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung einzusetzen.

Eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch die zuständigen Amtsärztinnen und -ärzte. Sie haben u. a. die Qualifikation der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob diese/dieser in der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Üblicherweise vidieren¹¹² die Amtsärztinnen und -ärzte die von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ausgestellten Substitutionsdauererschreibungen¹¹³ (vgl. Abschnitt 5.2.5). Diese Vidierungspflicht ist jedoch aktuell pandemiebedingt noch bis einschließlich 31. Dezember 2021 in bestimmten Fällen ausgesetzt worden (vgl. Kapitel 2).

Weitere rechtlich definierte Aufgaben im Zusammenhang mit Substitutionsverschreibungen beziehen sich auf folgende Sachverhalte:

- » Kopien von Substitutionseinzelschreibungen müssen von der Apotheke unmittelbar nach Abgabe der Substitutionsmittel den zuständigen Amtsärztinnen/-ärzten zur Kontrolle übermittelt werden.
- » Bei Abweichungen von den Verschreibungsvorschriften müssen die Amtsärztinnen/-ärzte eine Kopie der Einzelschreibung dem BMSGPK senden, mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt Rücksprache halten und gegebenenfalls entsprechende rechtliche Schritte einleiten.
- » Weiters werden die Suchtgiftvignetten an bezugsberechtigte Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitseinrichtungen abgegeben. Der Verlust oder Diebstahl von Suchtgiftvignetten ist von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt oder der Gesundheitseinrichtung bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden. Gemeldete Suchtgiftvignetten werden in einer Datenbank des BMSGPK erfasst und gesperrt.
- » Die Amtsärztinnen und -ärzte kontrollieren auch die patientenunabhängige Dokumentation der Suchtgiftverschreibungen.
- » Den Amtsärztinnen und -ärzten obliegt auch die Ausstellung von Bescheinigungen für das Mitnehmen suchtgifhaltiger Arzneimittel sowie psychotroper Stoffe (z. B. Benzodiazepine) auf Reisen (§ 24 SV).

112

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

113

Dies geschieht wie folgt: Bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung auch verweigern.

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

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

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMSGPK bzw. der Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe* durch das BMJ werden die **Kosten für Suchtbehandlung** vor allem von den Bundesländern getragen (vgl. Kapitel 1), und zwar über Objekt- und zunehmend auch über Subjektförderungen: Einerseits werden Einrichtungen finanziell gefördert, andererseits werden klientenbezogene Maßnahmen finanziert. Die Mittel kommen je nach Bundesland aus verschiedenen Sektoren (Gesundheit bzw. Soziales), in Wien ist für die Subjektförderung eine Bewilligung durch das Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien (ASDW) erforderlich. Eine weitere wichtige Rolle spielt hier die Sozialversicherung, vor allem bei Entzugsbehandlung, Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen und teilweise auch bezüglich der Übernahme von Kosten der stationären Behandlung. Für die Klientinnen/Klienten selbst fallen in der Regel keine Kosten an, selbst von den Rezeptgebühren sind viele von ihnen befreit. Allerdings fehlt eine österreichweit einheitliche und nachvollziehbare Regelung der Kostenübernahme durch die verantwortlichen Institutionen und Sektoren. In den letzten Jahren konnten in den Bundesländern Vereinbarungen mit der Sozialversicherung getroffen und konnte eine eigene Leistungsposition „Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen“ geschaffen werden (vgl. Weigl et al. 2015). Dadurch ist es möglich geworden, die Substitutionsbehandlung mit der Österreichischen Gesundheitskasse abzurechnen.

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich steht Personen mit einer Suchterkrankung das gesamte Gesundheitssystem zur Verfügung und wird von diesen auch genutzt. Zusätzlich gibt es für sie auch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. Spezifische Angebote zur ambulanten Suchtbehandlung sind einerseits bei Einrichtungen angesiedelt, die entweder ausschließlich auf das Thema Sucht spezialisiert (z. B. *Verein Dialog*) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum psychosozialer

Dienstleistungen anbietet (z. B. Psychosozialer Dienst Burgenland). Andererseits spielen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner/-innen, Psychiater/-innen), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ambulanzen von (psychiatrischen) Krankenhäusern eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung.

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

Stationäre Einrichtungen

Auch für stationäre Behandlung gilt, dass grundsätzlich das gesamte Gesundheitssystem Personen mit einer Suchterkrankung zur Verfügung steht und von diesen genutzt wird. Zusätzlich gibt es jedoch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. Stationäre Suchtbehandlung wird in Einrichtungen angeboten, die entweder ausschließlich auf das Thema Sucht spezialisiert (z. B. der Verein *Grüner Kreis*) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum medizinischer oder psychiatrischer Behandlungen anbietet (z. B. Sucht- oder psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern).

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

5.2.3 Schlüsseldaten

Personen, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenproblemen begonnen haben, und ihre Konsummuster

Es folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2020 wegen Drogenabhängigkeit eine Behandlung begonnen haben. Es handelt sich dabei um Schätzungen, die Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und des Abdeckungsgrads in DOKLI bzw. der Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister enthalten.

Insgesamt haben im Jahr 2020 in Österreich geschätzt 5.178 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	3.415
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	787
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	728
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	248
Suchtbehandlungen insgesamt	5.178

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

Abbildung 5.1 zeigt, dass 60 Prozent der geschätzten 5.178 Personen, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster; 22 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain und Stimulanzen stellen für 15 Prozent der Klientel die Leitdroge¹⁴ dar.

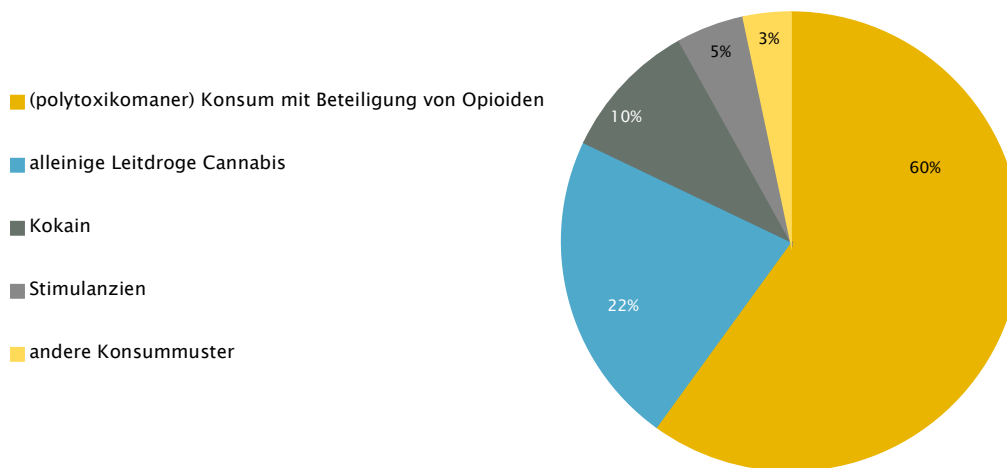
114

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

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

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition¹¹⁵ herangezogen:
Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

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

Personen im Behandlungsbereich insgesamt und ihre Drogenkonsummuster

Jenen etwa 5.178 Personen, die im Jahr 2020 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen 20.460 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder in den Jahren davor eine Behandlung begonnen hatten, die bis 2020 (oder länger) andauerte. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 25.638 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

115

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

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2020 (Schätzung)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	11.045
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.568
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.105
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft*	920
Suchtbehandlungen insgesamt	25.638

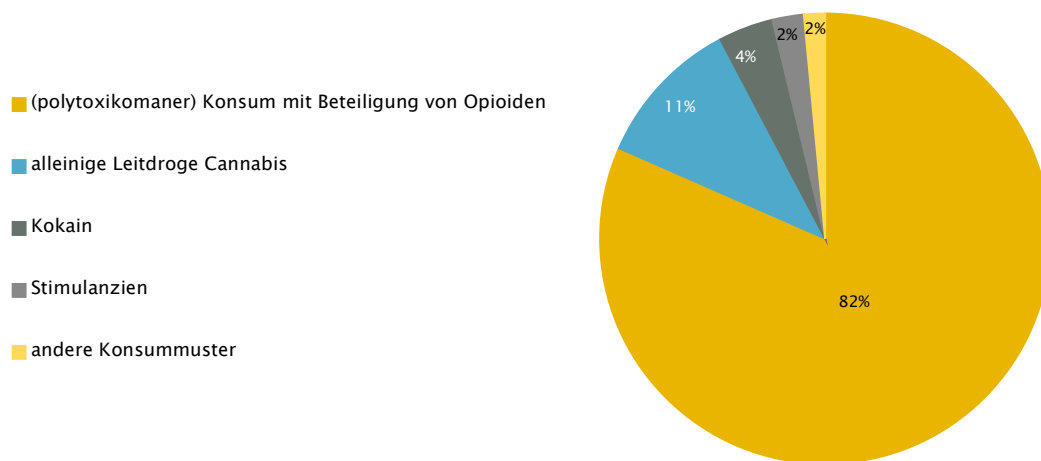
*Die hier angegebene Zahl weicht von der entsprechenden Zahl in Kapitel 8 ab, da der Zahl in Kapitel 8 eine Stichtagserhebung zugrunde liegt. Die hier angegebene Zahl bezieht sich hingegen auf das gesamte Jahr.

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

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil (82 %) der 25.638 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidproblematik an allen behandelten Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.2:

Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung) 2020



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

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

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis (11 %), sie besteht aus etwa 2.750 Personen. Kokain und Stimulanzen insgesamt (6 %) stellen für etwa 1.600 Personen die Leitdroge dar.

Charakteristika behandelter Personen

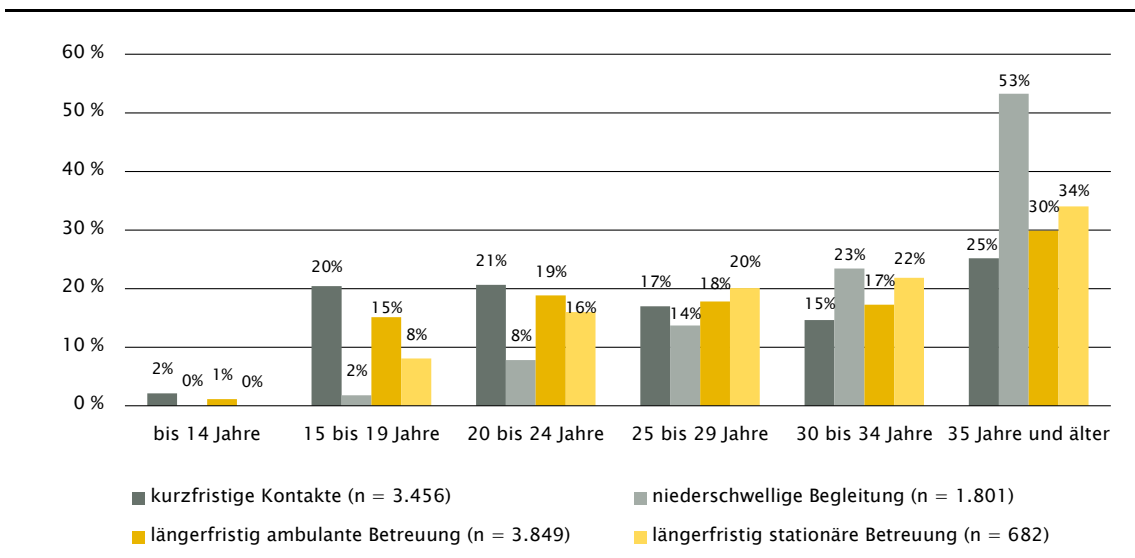
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten. Die wenigen vorhandenen Daten bezüglich der Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.4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

Es liegen Daten über insgesamt 3.849 Personen vor, die im Jahr 2020 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. Davon begaben sich 1.719 Klientinnen und Klienten **erstmalig** in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 682 Personen begonnen, bei 139 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 2.256 Personen erfasst, die im Jahr 2020 eine **niederschwellige Begleitung** in Anspruch nahmen, und 4.863 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen zwei Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 23 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 21 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 38 Prozent (kurzfristige Kontakte) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Anteil der Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 19 und 24 Prozent (vgl. auch Tabelle A5.1).

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI in den Kategorien Leitdroge und Begleitdroge erfasst¹¹⁶. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen.

Eine andere Darstellungsform von Konsummustern ist die sogenannte hierarchische Leitdrogendefinition¹¹⁷. In dieser Form werden die österreichischen Daten auch der EMCDDA übermittelt. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.4).

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

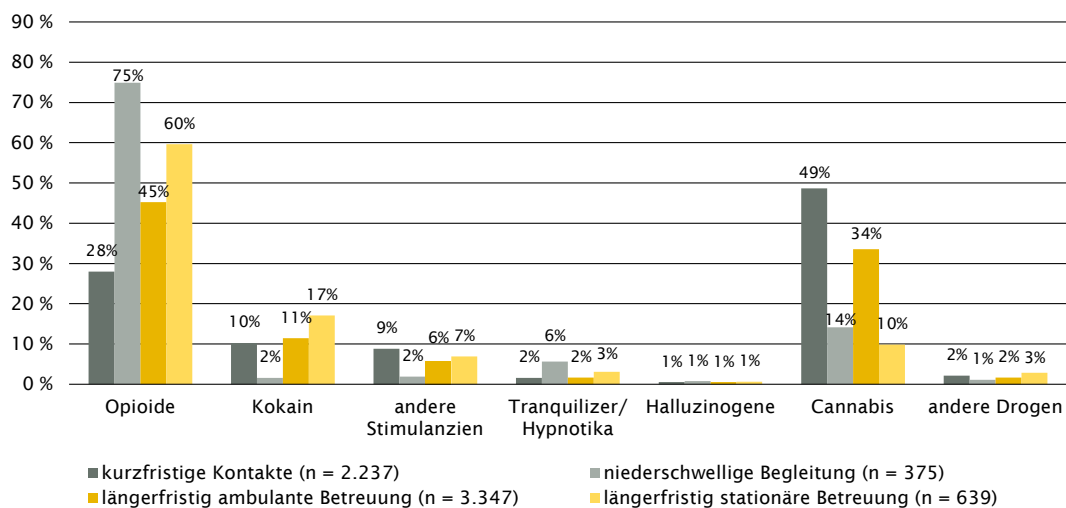
Im Gegensatz zu anderen EU-Ländern dominieren Opioide demnach im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge. Kokain und andere Stimulanzien spielen als Leitdroge hingegen nur eine untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.4).

116
siehe Fußnote 114

117
siehe Fußnote 115

Abbildung 5.4:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2020)

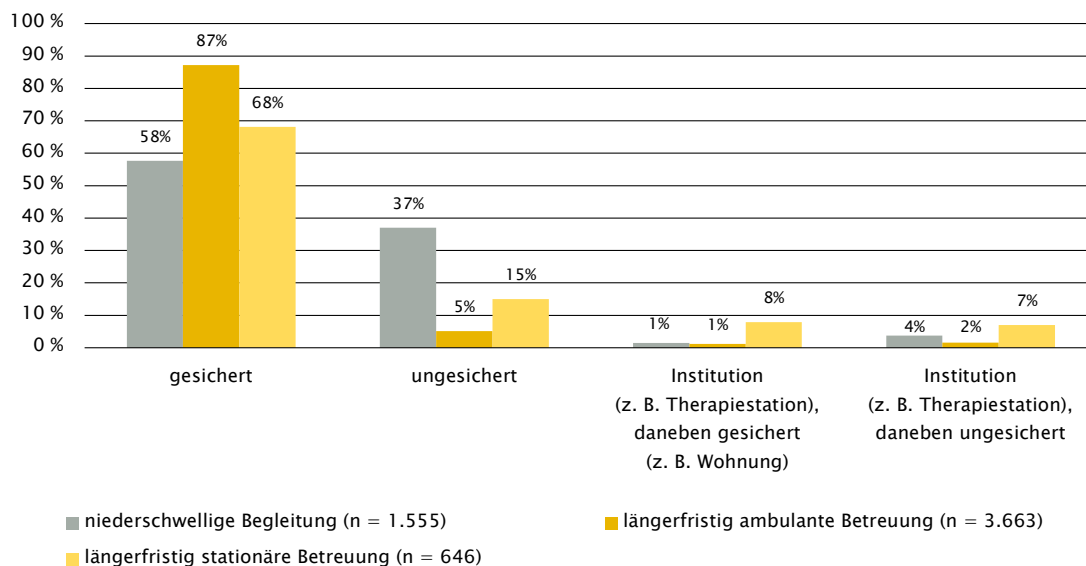


Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Intravenöser Konsum: 26 Prozent der längerfristig ambulant und 50 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (kurzfristige Kontakte: 19 %, niederschwellige Betreuung: 64 % - vgl. Tabelle A5.3).

Soziale Situation: Im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting geben 87 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 68 bzw. 58 Prozent der Personen gesichert (vgl. Abbildung 5.5 und Tabelle A5.4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin / der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten im längerfristig ambulanten sowie im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle A5.5). Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 34 %, niederschwellige Begleitung: 11 %, längerfristige stationäre Betreuung: 8 % - vgl. Tabelle A5.6).

Abbildung 5.5:
 Personen, die sich 2020 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation
 und Art der Betreuung¹



(1) Bei kurzfristigen Kontakten wird die Wohnsituation in DOKLI nicht erhoben.

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige geben der Suchthilfekompass¹¹⁸ sowie regionale Informationsplattformen. Der Großteil der spezialisierten ambulanten Einrichtungen bietet Beratung, Betreuung und Behandlung – und damit das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Maßnahmen nach § 11 SMG (vgl. Kapitel 2) – unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen; häufig werden auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nichtsubstanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Abgesehen von den spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung Drogenabhängiger, dies gilt insbesondere für die Substitutionsbehandlung.

118

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 24. 6. 2021).

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

Das Ziel spezieller Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen mit einem unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrad, andererseits der Abbau von Hürden, eine Beratung, Betreuung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Spezifische Angebote im ambulanten Bereich sind z. B. *Beyond the line*, die gesonderten Öffnungszeiten (Sprechstunden) des *Vereins Dialog* für Kokain- bzw. Crystal-Meth-Konsumierende oder das Projekt *Candis*, das von der *Drogenberatung Z6* für Personen mit Cannabiskonsum angeboten wird (Drogenarbeit Z6 2020).

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung drogenabhängiger Frauen hochrelevant. Diesem Bedarf steht der Umstand gegenüber, dass spezifische Angebote für Frauen nicht überall verfügbar sind. Der *Verein Dialog* bietet aber beispielsweise eigene Beratungszeiten für Frauen (*Frauensache*) an, während deren auch keine Männer in der Einrichtung anwesend sind.¹¹⁹ Das Schweizer Haus Hadersdorf bietet mit der dezentralen Außenstelle *Gesundheitsgreisslerei* eine ambulante Therapieeinrichtung von Frauen für Frauen an. Frauenspezifisch und feministisch orientiert wird dort ein geschützter Rahmen für Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung (Alkohol und/oder illegale Substanzen) geboten, die eine Behandlung, Betreuung oder Rehabilitation suchen.¹²⁰

Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die in mehreren Bundesländern zur Verbesserung der Versorgung substanzabhängiger Schwangerer und Mütter mit Kleinkindern umgesetzt werden (siehe z. B. Abschnitt 5.4). Diese Maßnahmen zielen sowohl auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der substanzabhängigen Mütter ab als auch auf jene ihrer Lebenssituation und damit auf eine suchtvorbeugende Wirkung für die betroffenen Kinder (vgl. Kapitel 4).

Darüber hinaus gibt es etliche ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind, etwa die in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, sowie allgemeine

119

<https://www.dialog-on.at/angebote/frauensache> (Zugriff am 25. 6. 2021)

120

<https://diegesundheitsgreisslerei.at> (Zugriff am 25. 6. 2021)

ambulante Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereitstellen wie z. B. der *Verein Dialog*.¹²¹

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

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

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass¹²² und andere, regionale Informationsplattformen (z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark¹²³). Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten Substanzen an.

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls thematisiert und berücksichtigt, wenn sie Teil des polytoxikomanen Konsums sind. Doch es gibt auch verstärkt Konzepte zur gemeinsamen Behandlung verschiedener Suchtformen innerhalb einer stationären Einrichtung. Beispielsweise steht die Abteilung für Abhängigkeitserkrankung des Landeskrankenhauses Amstetten-Mauer für den körperlichen Entzug sowohl von Alkohol und illegalen Substanzen als auch von Medikamenten

121

<https://www.dialog-on.at/aktuelles/einzelberatung-fuer-jugendliche> (Zugriff am 25. 6. 2021)

122

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen aufgelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 24. 6. 2021).

123

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (Zugriff am 24. 6. 2021)

offen¹²⁴. Die abstinenzorientierte Tiroler Einrichtung Emmaus¹²⁵ behandelt sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioidabhängigkeit.

Das Ziel eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks verfolgen die meisten stationären Einrichtungen damit, dass sie auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen anbieten.

Hinsichtlich spezifischer Zielgruppen ist v. a. der Verein *Grüner Kreis* zu nennen, der eigene Häuser für Jugendliche, Frauen, Eltern mit Kindern und Personen in Substitutionsbehandlung betreibt. Für substanzabhängige Schwangere und Mütter mit Kleinkindern gibt es auch im stationären Sektor bereichsübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und Neugeborenen. Dazu gehören Angebote in Wien im Rahmen des multiprofessionellen, interdisziplinären Betreuungsmodells des AKH sowie weiterer Einrichtungen (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011). Vor allem im stationären Setting sind frauenspezifische Angebote von besonderer Bedeutung.

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

E-Health-Interventionen im Drogenbereich

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

In Wien wurde eine digitale Plattform für psychische Gesundheit entwickelt, die im Dezember 2019 unter dem Namen *MINDBASE* online ging und im Pandemiejahr 2020 intensiv beworben wurde. Auf der Plattform wird neben Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen auch eine Reihe geprüfter Onlinetools als Hilfe zur Selbsthilfe kostenlos und anonym zur Verfügung gestellt wie z. B. das Onlineselbsthilfeprogramm *CANreduce*, mit dem Ziel, den eigenen Cannabiskonsum einzuschränken oder ganz zu beenden. (SDW 2020; SDW 2021)

124

<https://mauer.lknoe.at/fuer-patienten/abteilungen/3-psychiatrische-abteilung-fuer-abhaengigkeitserkrankungen/informationen> (Zugriff am 13. 7. 2021)

125

<https://www.emmaus-innsbruck.at/was/was.php> (Zugriff am 25. 6. 2021)

Am niederösterreichischen Landeskrankenhaus Mauer setzt die Station für Abhängigkeitserkrankungen gemeinsam mit mittlerweile zehn Standorten der Suchtberatung Caritas Diözese St. Pölten ein E-Health-Projekt zur Durchführung der stationären Aufnahme betreffender Vorgespräche mit Klientinnen und Klienten mittels Videokonferenz um, dessen Ziel es ist, den Zugang zur Behandlung zu vereinfachen. In der Videokonferenz entsteht eine *virtuelle Ambulanz* im Sinne eines ärztlichen Erstgesprächs, über die im Rahmen des Entlassungsmanagements auch die anschließende Weiterbehandlung in den Suchtberatungsstellen erfolgt (Hörhan, p. M.).

Im Caritas *Kontaktladen* in Graz wird seit Jänner 2020 ergänzend zu den niederschweligen und schadensminimierenden Maßnahmen auch Onlineberatung angeboten, um insbesondere auch Personen, die außerhalb von Graz wohnen, sowie junge Menschen, die verschiedenste Substanzen konsumieren, aber (noch) nicht abhängigkeiterkrankt sind, zu erreichen. Die Onlineberatung richtet sich vorrangig an Personen mit Opiatabhängigkeit, polytoxikomaner Abhängigkeit und in Substitutionstherapie. (Cichy, p.M.)

Evaluation von Suchtbehandlung

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

Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung werden indes immer wieder Studien durchgeführt (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Auch die GÖG führt regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durch, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation dargestellt sind, z. B. in Analysen von Haltequoten oder von Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen (Weigl et al. 2015; Weigl et al. 2016). 2018 wurde eine Mortalitätskohortenanalyse von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung für den Zeitraum 2002 bis 2016 berechnet (Busch et al. 2019).

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die Menschen in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit und sozialen Integration unterstützen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. Maßnahmen im Freizeitbereich haben einerseits das Ziel, gewisse Fähigkeiten und Kompetenzen zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung, Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen sozialer Kontakte genutzt werden können. Der Psychosoziale Dienst Niederösterreich bietet beispielsweise sogenannte Clubs an, die von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern betreut werden und gemeinsame Freizeitaktivitäten ermöglichen (Hörhan, p. M.). Neben den arbeitsmarktintegrativen Angeboten der Suchthilfeeinrichtungen und den spezifischen

sozialökonomischen Betrieben (z. B. *fix & fertig* in Wien¹²⁶), die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. Um dies zu fördern, werden in den Bundesländern v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen umgesetzt.

Eine zentrale Voraussetzung für die (Re-)Integration suchtkranker Menschen sind bedarfsgerechte Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik. In Wien entwickelte daher die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice Wien (AMS) und dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) unter Mitfinanzierung des Europäischen Sozialfonds (ESF) das Projekt *FöBeS* (Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker), das auf bereits etablierte arbeitsmarktpolitische Betreuungsstrukturen im Bereich von Suchterkrankungen (z. B. *Standfest* vom *Verein Dialog* in Wien oder das einschlägige Angebot des Vereins *Wiener BerufsBörse*) zurückgreift. Ende 2020 ist die ESF-Förderperiode ausgelaufen. Die Kooperation zwischen AMS und SDW konnte dennoch für das Jahr 2021 verlängert werden. (SDW 2021)

Aktuelle Daten aus Vorarlberg zeigen, dass etwa ein Viertel der Klientinnen und Klienten der Therapiestation *Carina*, die im Jahr 2020 ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben (8 von 35 Personen), wieder in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten (Stiftung Maria Ebene 2021). Für sieben Personen wurden über das AMS Schulungen oder Qualifizierungsmaßnahmen in diversen Beschäftigungsprojekten vereinbart (20 %). Drei Personen haben ein Studium begonnen oder setzten ihre Schul- bzw. Berufsausbildung fort (9 %). Neun Personen haben Mindestsicherung bezogen (26 %). Drei Personen blieben in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (9 %) und fünf Klientinnen und Klienten erhielten Rehabilitationsgeld (14 %).

Umsetzung der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

Organisation und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Personen hängen stark von regionalen Strategien ab (zentrale versus dezentrale Versorgung). Spezialisierte ambulante Einrichtungen und Ambulanzen von Krankenhäusern bieten zwar auch Opioid-Substitutionsbehandlung an – wobei hier meistens sowohl Indikationsstellung und Einstellung als auch Weiterbehandlung möglich sind –, die wichtigste Rolle spielt hier aber der niedergelassene Bereich.

Wer unter welchen Voraussetzungen Substitutionsbehandlung durchführen darf, ist in der *Suchtgiftverordnung* (BGBl II 1997/374) bzw. der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (BGBl II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5). Österreichweit sind laut BMSGPK 664 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer, p. M.). 571 (86 %) von ihnen haben im Jahr 2020 per Stichtag 31. 12. 2020 auch Substitutionsbehandlungen durchgeführt.

Je nach Region ist die Versorgungssituation besser oder fragiler. Seit nunmehr etlichen Jahren wird mit unterschiedlichen Maßnahmen versucht, (drohenden) Versorgungsengpässen zu begegnen

126

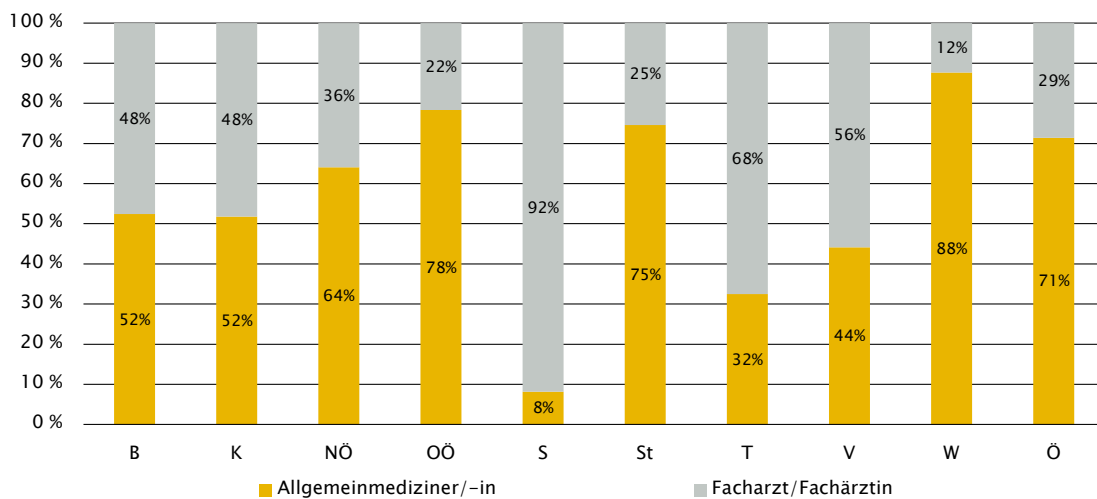
mehr Information unter <https://www.fixundfertig.wien> (Zugriff am 13. 7. 2021)

(vgl. Abschnitt 5.4). Neben einer ausreichenden Anzahl tatsächlich substituierender Ärztinnen und Ärzte ist auch deren Verteilung innerhalb der Bundesländer wichtig, um eine wohnortnahe Versorgung und damit den Zugang zur Substitutionsbehandlung möglichst allen Personen zu ermöglichen, die sie benötigen.

Abbildung 5.6 zeigt, dass in Österreich insgesamt die Allgemeinmediziner/-innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Ihr Anteil ist in den Bundesländern jedoch unterschiedlich: Während in Salzburg 92 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen/Fachärzten behandelt werden, werden in Oberösterreich, der Steiermark und Wien über 70 Prozent von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreut.

Abbildung 5.6:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/-innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2020)



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

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

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2020 waren insgesamt 19.233 Personen als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet, 907 von ihnen zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 5.3 zeigt die Verteilung dieser Personen über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen in puncto Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.3:

Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2020 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	355	1.160	2.885	2.235	542	1.440	1.139	698	7.872	18.326
Erstbehandlung	34	124	188	185	38	91	66	34	147	907
Gesamt	389	1.284	3.073	2.420	580	1.531	1.205	732	8.019	19.233

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

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

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

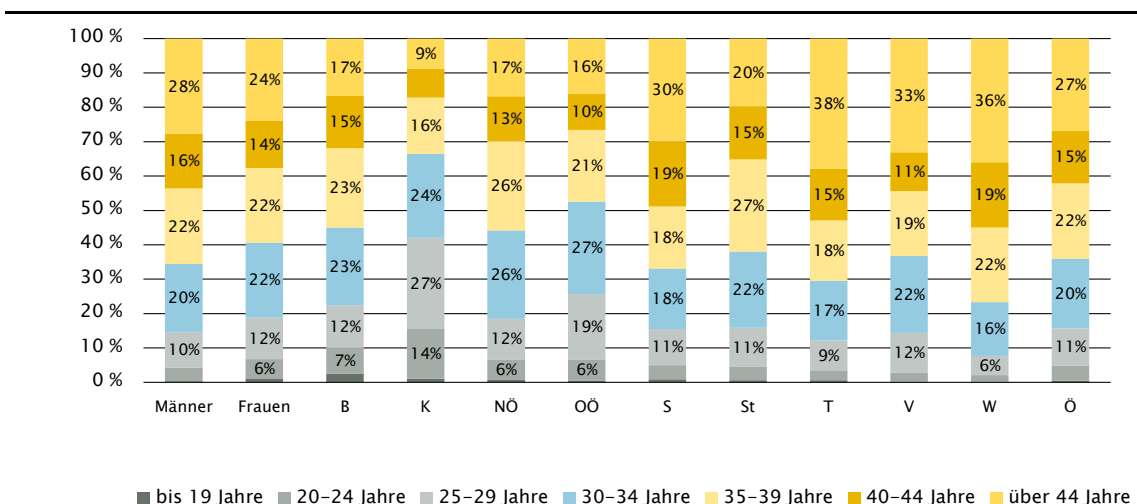
Quelle: BMSGPK - Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 19.233 insgesamt im Jahr 2020 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen sind 75 Prozent männlich. Die Geschlechterverteilung der 907 im Jahr 2020 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (20 % Frauen).

Abbildung 5.7:

Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2020



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

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

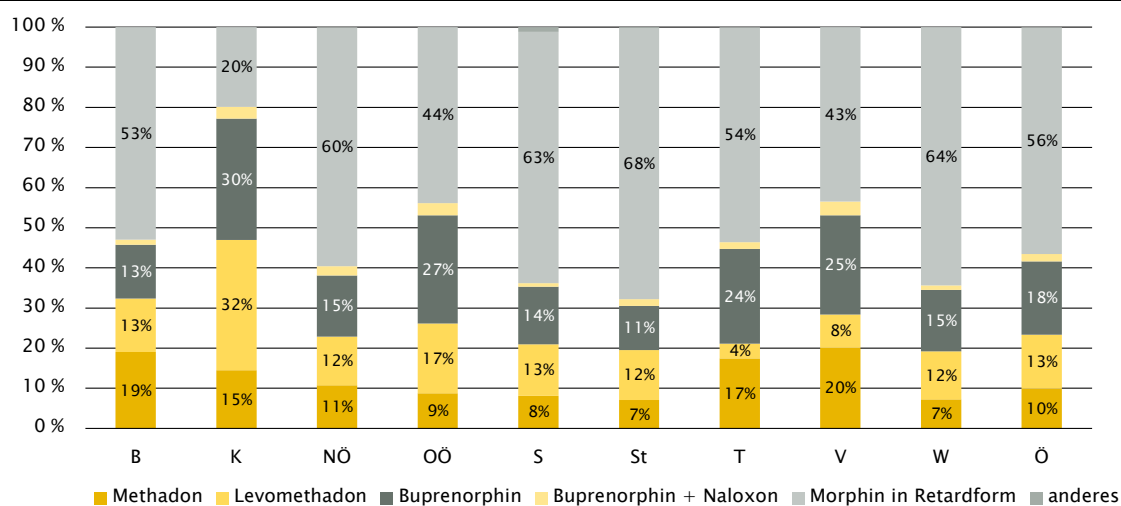
Abbildung 5.7 zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2020 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten fast

die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Wien 15 Prozent oder weniger.

Weitere Aspekte der Organisation und Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung

Abbildung 5.8 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (56 %), gefolgt von Buprenorphin (18 %) und Levomethadon (13 %) bzw. Methadon (10 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haftanstalten eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt dort eine wesentlich größere Rolle (39 %) als außerhalb des Strafvollzugsbereichs.

Abbildung 5.8:
Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2020



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

Die Angaben beziehen sich auf 19.131 der insgesamt 19.233 Personen, da bei 102 Personen 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: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.5 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung erfolgt in der Suchtbehandlung auf verschiedensten Ebenen und Wegen. Die vorliegende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Gesetzliche Vorgaben dafür finden sich im SMG, in der SV und in der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution*.

Für die **Qualitätssicherung** in der Substitutionsbehandlung ist vor allem die medizinische Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*¹²⁷ von Bedeutung, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde (ÖGABS et al. 2017). Dort wird zunächst auf die ärztliche Haltung und ethische Grundlagen sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen der Opioid-Substitutionstherapie (OST) dargestellt und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters ist ein Ausblick in Betreff einer möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie bildet die Basis dafür, dass OST wie andere medikamentöse Behandlungen gewertet wird.

Die eingangs erwähnten rechtlichen Grundlagen enthalten auch Vorgaben hinsichtlich materieller, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen und der Dokumentation für §-15-SMG-Einrichtungen sowie deren Überprüfung durch das BMSGPK. Dieses hat ein bundesweites Substitutionsregister zu führen, u. a. um Mehrfachbehandlungen mit Substitutionsmitteln zu verhindern (vgl. Kapitel 2). Hinsichtlich der Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte bestehen ebenfalls genaue gesetzliche Vorgaben (vgl. Kapitel 2), die von der Österreichischen Ärztekammer in Kooperation mit den Ärztekammern der Bundesländer umzusetzen sind.

Zusätzlich gibt es Überprüfungen in Hinblick auf die bauliche, technische, sicherheitstechnische und bauhygienische Beschaffenheit jener Einrichtungen, die als Sozialhilfeeinrichtungen der entsprechenden Aufsicht der Landesregierungen unterliegen, und eine sanitäre Aufsicht nach dem Krankenanstaltengesetz durch die Bezirksverwaltungsbehörden.

Zu erwähnen sind hier auch einschlägige Qualitätsstandards bzw. Leitlinien, z. B.

- » das Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG (BMGF 2017)
- » die Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden (vgl. GÖG/ÖBIG 2012)
- » vom Qualitätszirkel SDHN festgelegte Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk in Wien (SDW 2019)
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ
- » die Checkliste Substitution in der Steiermark¹²⁸
- » Qualitätsstandards bei der Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder an der psychiatrischen Abteilung des AKH Wien (SDW 2019)

127

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie-%E2%80%93-Qualitätsstandards-für-die-Opioid-Substitutionstherapie.html> (Zugriff am 13. 7. 2021)

128

Ärztekammer Steiermark: <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=4869> (Zugriff am 23. 7. 2021) mit Link zur Checkliste: <https://www.substituieren.at> (Zugriff am 23. 7. 2021)

Darüber hinaus liegen auch Konsenspapiere (z. B. ein solches der ÖGABS betreffend die substitu-
tionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger oder eines der ÖGPB für substanzbezogene Störun-
gen und psychiatrische Erkrankungen) und Positionspapiere (z. B. das Positionspapier des ANS-
Ost über die Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung) vor, die ebenfalls
einen Beitrag zu einer standardisierten Vorgangsweise leisten.

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

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

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen angeboten, z. B. für Amtsärztinnen und
-ärzte oder für die Mitarbeiter/-innen von Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen der ÖAKDA oder
(auf regionaler Ebene) die Wiener Fortbildungsreihe *Substitutionsbehandlung mit Opioiden – leicht
gemacht*. Jährlich werden Fachtagungen (z. B. das Substitutionsforum der ÖGABS in Mondsee und
das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee) abgehalten.

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

5.3 Trends

Seit 2010 ist der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis in ambulanter
Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe gestiegen, während der Anteil jener mit der Leitdroge
Opiate gesunken ist. Im Jahr 2011 war der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge
Cannabis erstmals höher als jener der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Opiate. Dies
ist auch für die Jahre 2015 bis 2020 zu beobachten (vgl. Abbildung 5.9). Mögliche Erklärungen
dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Can-
nabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentin-
nen/-konsumenten durch Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kom-
pensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe¹²⁹ mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrich-
tungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits
wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung be-
geben, was mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt wird. Andererseits wurde von

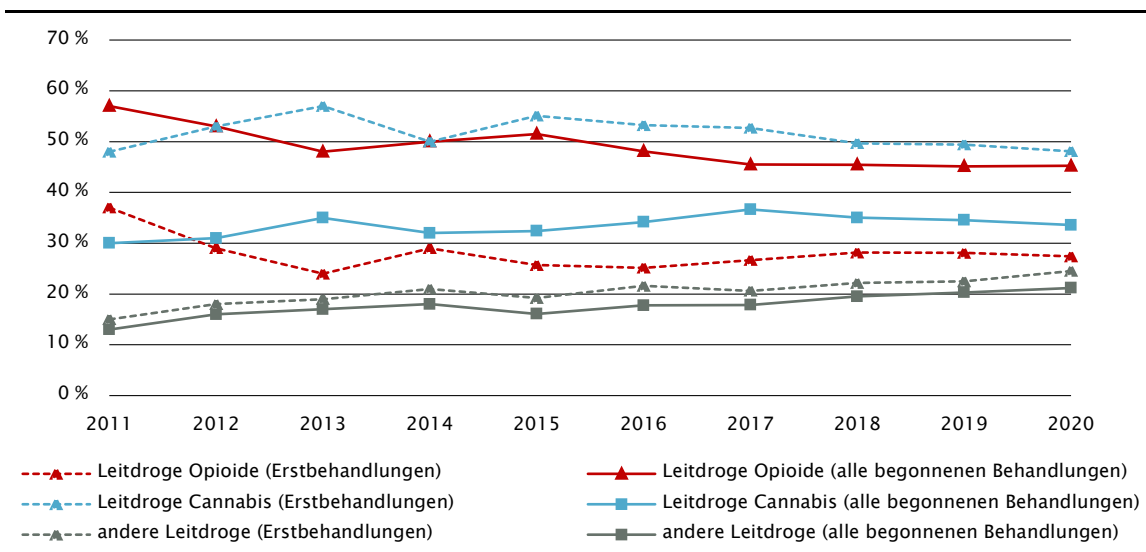
129

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

einem Anstieg der Zahl junger und sozial auffälliger Klientinnen/Klienten berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde (vgl. Kapitel 3). Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Leitdrogen seit 2015 geringfügig gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulanzien (Erstbehandlungen: Kokain 13 %, Stimulanzien 8 %; neue Betreuungen: Kokain 12 %, Stimulanzien 6 %).

Abbildung 5.9:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioiden und Cannabis (hierarchische Definition) 2011–2020



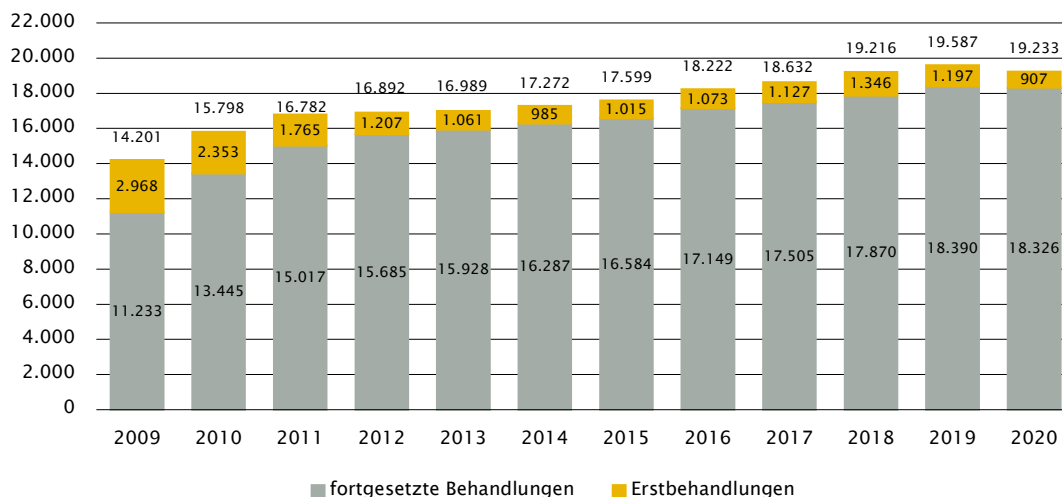
Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Es ist hier aber zu beachten, dass der weitaus größte Teil der Personen in Substitutionsbehandlung (Opioidproblematik) nicht in den an DOKLI beteiligten Einrichtungen, sondern bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten behandelt wird. Diese Gruppe wird in der Abbildung nicht dargestellt.

Die jährlich steigende Zahl der Meldungen aktuell in Substitutionsbehandlung befindlicher Personen kann als Hinweis auf die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen interpretiert werden (vgl. Abbildung 5.10). 2020 ist die Anzahl der in Behandlung befindlichen Personen erstmals gesunken. Dies ist vermutlich im Zusammenhang mit COVID-19 zu sehen (siehe dazu auch Abschnitt 5.4.)

Abbildung 5.10:

Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2009–2020



Fortgesetzte Behandlungen sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren.

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

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

5.4 Neue Entwicklungen

Mehrere Arbeitsgruppen der SDW beschäftigen sich mit der Überarbeitung und Entwicklung von Qualitätsstandards und Handlungsleitlinien in unterschiedlichen Bereichen. 2020 wurde beispielsweise begonnen, die Qualitätsstandards für die Psychologie (inkl. Psychotherapie) im Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) zu überarbeiten. Die AG Diversität und Sucht setzt sich damit auseinander, wie der Zugang dieser Gruppe von Klientinnen und Klienten zum SDHN erleichtert werden kann. Die Steuerungsgruppe Rehabilitation und Substitution hat Richtlinien für die Versorgung von substituierten Patientinnen und Patienten in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten erarbeitet. (SDW 2021).

Hinsichtlich der **Versorgung** opioidabhängiger Personen mit **Opioid-Substitutionsbehandlung** ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der Substitutionsbehandlung (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema. In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern. So fand z. B. im März 2021 in Wien die Fortbildung „Substitutionsbehandlung mit Opioiden – leicht gemacht“ in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Wien, der Österreichischen Gesundheitskasse Wien, der Wiener Apothekerkammer, dem Sucht- und Drogenbeauftragten der Stadt Wien und der MA 15 statt – mit dem Ziel, Ärztinnen und Ärzte zur Substitutionsbehandlung zu motivieren (SDW 2021). In der Suchtberatung Obersteiermark wird seit Jänner 2020 ein vorerst auf drei Jahre

festgelegtes Projekt umgesetzt, um dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten im Bereich der Substitutionsbehandlung Herr zu werden. Im Bezirk Leoben werden in enger Zusammenarbeit mit der Suchtmedizinischen Ambulanz Bruck Personen in Substitutionsbehandlung nicht nur psychotherapeutisch und sozialarbeiterisch, sondern auch medizinisch versorgt. (Cichy, p.M.).

COVID-19

Zu den Auswirkungen des ersten COVID-19-bedingten Lockdowns im Frühjahr 2020 kann auf eine im Rahmen des Projekts „Suchtbehandlung in der Krise“ durchgeführte Befragung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer zurückgegriffen werden (Strizek et al. 2020). Über alle Versorgungsbereiche hinweg war die einhellige Rückmeldung, dass Erstkontakte mit Klientinnen/Klienten von den Einschränkungen stärker in Mitleidenschaft gezogen wurden als laufende Betreuungen von Klientinnen/Klienten. Ebenso allgemein war die Rückmeldung, dass Physical Distancing die Beziehungsarbeit und in weiterer Folge das Aufrechterhalten und Vertiefen der therapeutischen Beziehung insbesondere bei instabilen Klientinnen und Klienten erschwert.

In allen Bundesländern lautete während des ersten Lockdowns die Prämisse für **den ambulanten Bereich**, den Kontakt mit den Klientinnen/Klienten aufrechtzuerhalten, gleichzeitig aber persönliche Kontakte zu vermeiden und durch den Einsatz von Informations- oder Telekommunikationstechnik (ITK) so weit wie möglich zu ersetzen. In allen Bundesländern wurden durch den Einsatz von ITK-Technologie neue Möglichkeiten zur Kontaktaufrechterhaltung geschaffen, was zu einer grundlegenden Veränderung der Behandlungspraxis geführt hat. Der Einsatz von Telefonberatung oder Onlineangeboten erfolgte in erster Linie entsprechend den Präferenzen und technischen Kompetenzen der Patientinnen und Patienten. In manchen Bundesländern wurde auf Onlineangebote in Ermangelung notwendiger Ressourcen und Strukturen bzw. aufgrund von Datenschutzbedenken verzichtet, und die gesamte Beratung erfolgte telefonisch. Gruppentherapeutische Angebote wurden im ambulanten Bereich weitgehend ausgesetzt.

In sechs Bundesländern kam es vorübergehend zu einer zumindest teilweisen Schließung **stationärer Behandlungsangebote** in suchtspezifischen Einrichtungen bzw. psychiatrischen Abteilungen mit entsprechenden Schwerpunkten. Somit waren mancherorts vorübergehend längerfristige Entwöhnungsbehandlungen nicht möglich. Während in manchen Regionen aufgrund dieser Schließungen überhaupt keine Entzugsbehandlungen möglich waren bzw. Patientinnen/Patienten dafür auf andere Bundesländer ausweichen mussten, wurden in anderen Regionen Entzüge vorübergehend auf internen Stationen durchgeführt. In einem weiteren Bundesland kam es zwar zu keiner Schließung des stationären Bereichs der Suchthilfe, aber zu einem temporären Aufnahmestopp, mancherorts in Verbindung mit der Aufforderung, Neuaufnahmen nur in Notfällen durchzuführen und die Behandlungsdauer nach Möglichkeit zu verkürzen. In zwei Bundesländern konnte der stationäre Betrieb der Suchthilfe weitestgehend uneingeschränkt weitergeführt werden.

An manchen Standorten wurde versucht, Einschränkungen im stationären Bereich durch eine Ausweitung des ambulanten Angebots zu kompensieren. Gleichzeitig gab es Schilderungen, dass stationäre Patientinnen/Patienten nur unzureichend mit sozialarbeiterischen Maßnahmen aufgefangen werden konnten und dass es verstärkt zu Rückfällen bei bereits in Betreuung befindlichen Personen kam. Die Schließung stationärer Einrichtungen hatte zudem negative Auswirkungen auf

jene Personen, die zu diesem Zeitpunkt gerade motiviert waren, eine Behandlung zu beginnen. Erfahrungen zeigen, dass es oftmals nur ein kleines Zeitfenster der Behandlungsmotivation gibt, innerhalb dessen Patientinnen und Patienten Zugang zur Suchthilfe finden.

Zu den legislativen Veränderungen im Zusammenhang mit Opioid-Substitutionsbehandlung (Entfall der Vidierungspflicht) siehe Kapitel 2.

In Wien wird Patientinnen und Patienten, die sich gerade in Heimquarantäne befinden, von der Suchthilfe Wien angeboten, Substitutionsmedikamente oder auch psychopharmakologische Arzneimittel aus der Apotheke zu holen und zu den Personen nach Hause zu bringen (SDW 2021).

Ein erstes Bild, inwieweit sich diese Veränderungen im System der Suchthilfe auf die Behandlungszahlen des Jahres 2020 ausgewirkt haben, liefert Tabelle 5.4.

Tabelle 5.4:
Veränderung der Behandlungszahlen im COVID-19-Jahr 2020

Behandlungssetting und Art der Behandlung	2017	2018	2019	Mittelwert 2017-2019	2020	Veränderung in %
DOKLI stationär: lebensbezogene Erstbehandlungen	164	174	161	166	139	-16 %
DOKLI stationär: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	789	705	743	746	682	-9 %
DOKLI stationär: Personen, die behandelt wurden	1.134	1.082	1.135	1.117	1.050	-6 %
DOKLI ambulant: lebensbezogene Erstbehandlungen	1.676	1.992	1.982	1.883	1.717	-9 %
DOKLI ambulant: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	3.625	4.125	4.313	4.021	3.847	-4 %
DOKLI ambulant: Personen, die behandelt wurden	8.446	9.794	10.046	9.429	10.760	+14 %
Opioid-Substitutionsbehandlung: lebensbezogene Erstbehandlungen	1.127	1.346	1.197	1.223	907	-26 %
Opioid-Substitutionsbehandlung: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	3.043	2.424	2.228	2.565	1.787	-30 %
Opioid-Substitutionsbehandlung: Personen, die behandelt wurden, insgesamt	18.632	19.216	19.587	19.145	19.233	0 %

Quelle: DOKLI, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Während die Zahl der insgesamt behandelten Personen mit Ausnahme des stationären Bereichs grosso modo gleich geblieben bzw. sogar angestiegen ist, gab es bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen nennenswerte Rückgänge. Dies deckt sich mit dem oben gezeichneten Bild. Personen, die bereits in Behandlung waren, konnten größtenteils weiterbehandelt werden. Es ist auch anzunehmen, dass laufende Behandlungen im COVID-19-Jahr (aufgrund der zusätzlichen Belastungen der Patientinnen und Patienten) eher weniger oft beendet wurden. Der Rückgang der Behandlungsbeginne und insbesondere der Erstbehandlungen gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. Weil davon auszugehen ist, dass sich deren Lebenssituation bzw. Schwere der Suchterkrankung aufgrund der

Belastungen durch COVID-19 kaum verbessert – eher verschlechtert – haben wird, liegt der Schluss nahe, dass sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 erhöhen wird.

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Drogenhilfeklientel liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die aktuell über 70 Prozent der Substitutionsbehandlungen durchführen, sind nicht an DOKLI beteiligt. Über ihre Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung finden sich lediglich Daten im bundesweiten Substitutionsregister. Weitere Erläuterungen – auch zur Coverage – sind in Anzenberger et al. (2018) zu finden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2020 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten und anonymisierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut worden waren, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMSGPK wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel* waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und erfolgten häufig nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010). Diese Einschränkung konnte mit der Inbetriebnahme von *eSuchtmittel* im Frühjahr 2011 beseitigt werden. Durch die Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen von *eSuchtmittel* konnte die Aussagekraft der Daten wesentlich verbessert werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013b und GÖG/ÖBIG 2011).

Studien

Die Methode zur **Schätzung der Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums** wird in Kapitel 3 beschrieben.

5.6 Bibliografie

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

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

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

Busch, M.; Anzenberger, J.; Uhl, A. (2019): *Mortalität von Menschen mit Opioidabhängigkeit*. Suchtmedizin, 21 (6).

Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Drogenarbeit Z6. Innsbruck

Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025). Version 1.0. Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.). Graz

GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring. Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

GÖG/ÖBIG (2013a). DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Wien
- SDW (2019). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2020). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2020. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2021). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2021. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- Springer, A.; Uhl, A.; Strizek, J. (2008): Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31, 2, Wien, 5–18
- Stiftung Maria Ebene (2021). Jahresbericht 2020. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Strizek, J.; Busch, M.; Priebe, B., Puhm, A.; Uhl, A. (2020). Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. Gesundheit Österreich. Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Horvath, I.; Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

5.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

- BGBl I 1997/112. Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Suchtmittelgesetz – SMG).
- BGBl II 1997/374. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebarung mit Suchtgiften (Suchtgiftverordnung – SV).

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

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich

5.9 Anhang

Tabelle A5.1:

Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart

Alter (in Jahren)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
0 bis 4 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14 (in Prozent)	2	4	2	0	0	0	1	2	1	0	0	0
15 bis 19 (in Prozent)	20	23	20	1	3	2	14	21	15	6	15	8
20 bis 24 (in Prozent)	21	19	21	7	9	8	19	17	19	16	15	16
25 bis 29 (in Prozent)	17	17	17	13	15	14	18	18	18	20	22	20
30 bis 34 (in Prozent)	15	14	15	22	27	23	17	18	17	22	20	22
35 bis 39 (in Prozent)	11	12	11	22	21	22	13	11	12	19	12	17
40 bis 44 (in Prozent)	7	6	7	15	12	14	8	6	8	9	7	9
45 bis 49 (in Prozent)	3	2	3	9	6	9	5	3	4	4	5	4
50 bis 54 (in Prozent)	3	2	2	4	4	4	3	3	3	2	3	2
55 bis 59 (in Prozent)	1	1	1	3	2	3	2	1	2	1	2	1
60 bis 64 (in Prozent)	1	0	0	2	0	1	1	0	1	0	0	0
65 bis 69 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	2.744	712	3.456	1.370	431	1.801	3.013	836	3.849	551	131	682
unbekannt (absolut)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quellen: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.2:

Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opioide (in Prozent)	5	25	48	26	70	83	12	39	60	37	58	64
Heroin (in Prozent)	3	17	34	26	52	65	11	32	49	31	41	37
Methadon (in Prozent)	0	2	3	4	8	10	1	3	5	4	7	5
Buprenorphin (in Prozent)	1	3	4	4	6	9	1	4	7	4	3	4
Morphin in Retardform (in Prozent)	1	8	15	13	21	25	2	8	18	8	20	31
anderes Opioid (in Prozent)	0	1	4	4	11	12	0	2	3	6	1	3
Kokaingruppe (in Prozent)	5	13	18	0	5	2	8	14	21	31	36	35
Kokain (in Prozent)	5	13	17	0	5	2	8	14	21	29	36	35
Crack (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	11	13	12	0	5	0	11	9	8	37	19	13
Amphetamine (z. B. Speed; in Prozent)	6	8	8	0	4	0	7	7	6	27	14	10
MDMA (Ecstasy) und Derivate (in Prozent)	6	3	2	0	1	0	6	4	2	16	6	3
anderes Stimulans (in Prozent)	2	5	4	0	0	0	1	2	1	4	3	3
Tranquilizer/Hypnotika (in Prozent)	2	6	10	0	11	14	4	6	11	24	18	19
Benzodiazepine (in Prozent)	2	5	9	0	11	14	4	6	11	24	18	19
Barbiturate (in Prozent)	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0
anderer Tranquilizer / anderes Hypnotikum (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene (in Prozent)	2	2	1	4	1	0	3	2	1	10	4	2
LSD (in Prozent)	2	1	1	4	1	0	2	1	0	6	3	2
anderes Halluzinogen (in Prozent)	1	1	1	0	0	0	1	1	0	6	2	1
Cannabis (in Prozent)	87	65	39	65	21	7	81	54	31	57	41	30
Schnüffelstoffe (in Prozent)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Alkohol (in Prozent)	5	10	11	9	0	1	3	5	8	22	15	17
andere Drogen (in Prozent)	0	1	1	4	3	5	1	1	1	2	1	2
Leitdroge (Nennungen)	696	1.276	1.201	31	182	346	639	1.797	2.677	126	494	726
Leitdroge (Personen)	572	893	772	23	126	226	493	1.249	1.605	51	231	357
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	65	64	43	1	9	30	36	58	32	0	0	2
nur Begleitdroge (Personen)	131	298	504	9	251	1.125	87	77	143	0	1	6
Drogenanamnese fehlt (Personen)	12	46	56	0	1	0	10	26	33	4	14	16

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Nennungen.
Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.3:

Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent)

intravenöser Drogenkonsum / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
nein (in Prozent)	82	77	81	37	33	36	74	71	74	50	48	50
ja (in Prozent)	18	23	19	63	67	64	26	29	26	50	52	50
gültige Angaben (absolut)	2.529	638	3.167	1.165	370	1.535	2.905	799	3.704	478	113	591
unbekannt (absolut)	206	72	278	177	51	228	95	34	129	58	14	72
missing (absolut)	9	2	11	28	10	38	13	3	16	15	4	19

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.4:

Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart

aktuelle Wohnsituation (wie?) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung; in Prozent)	—	—	—	58	55	58	88	84	87	68	67	68
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit; in Prozent)	—	—	—	36	39	37	5	7	5	14	20	15
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsi- tuation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	1	2	1	1	1	1	8	9	8
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	4	4	4	2	1	2	8	3	7
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	0	0	0	0	1	1	0	1	0
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	3	5	3	1	0	1
Haft (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	1	0	1	1	0	1
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	1.176	379	1.555	2.860	803	3.663	521	125	646
unbekannt (absolut)	—	—	—	166	42	208	130	26	156	13	1	14
missing (absolut)	—	—	—	28	10	38	23	7	30	17	5	22

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.5:

Ab 25-Jährige, die im Jahr 2020 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

höchste positiv abgeschlossene Schulbildung / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
keine (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	3	4	3	2	1	2
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	1	1	1	0	0	0
Pflichtschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	39	43	40	44	40	43
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	44	30	41	44	32	42
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	4	8	5	3	9	4
AHS, BHS (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	6	10	7	5	13	6
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	3	4	3	2	5	2
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	—	—	—	1.825	463	2.288	392	87	479
unbekannt (absolut)	—	—	—	—	—	—	155	34	189	23	3	26
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	18	4	22	11	2	13

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.6:

Personen, die im Jahr 2020 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	—	—	—	12	8	11	36	25	34	7	10	8
arbeitslos (in Prozent)	—	—	—	45	44	45	36	33	35	52	44	51
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	—	—	—	16	28	18	6	12	8	8	9	8
Kind, Schüler/-in, Student/-in (= sog. erhaltene Person; in Prozent)	—	—	—	1	2	2	4	7	5	1	2	1
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/-in (in Prozent)	—	—	—	6	7	6	5	8	6	6	8	6
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	—	—	—	12	8	11	11	12	11	10	9	10
nichterwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt (in Prozent)	—	—	—	25	21	24	17	21	18	29	32	30
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	—	—	—	1.210	374	1.584	2.810	790	3.600	474	115	589
unbekannt (absolut)	—	—	—	132	47	179	165	37	202	40	6	46
missing (absolut)	—	—	—	28	10	38	38	9	47	37	10	47

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	165
6.1	Zusammenfassung	165
6.2	Aktuelle Situation	166
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität.....	166
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle	171
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	172
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	176
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	177
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	183
6.2.7	Qualitätssicherung.....	185
6.3	Neue Entwicklungen	185
6.4	Zusätzliche Information	190
6.5	Quellen und Methodik	191
6.6	Bibliografie	194
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	196
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	197
6.9	Anhang.....	197

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum

Im Jahr 2020 wurden auf Basis von Obduktionsbefunden 155 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 36 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich ebenfalls auf eine Überdosierung zurück (gemäß einer bloß äußeren Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2020 von 191 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2019: 196 Fälle). Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle war im Jahr 2020 mithin niedriger als im Jahr davor. Der Anteil der unter 25-Jährigen (24 %) ist im Vergleich zu den Vorjahren jedoch gestiegen (2019: 15 %; 2018: 18 %; 2017: 15 %). Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu.

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2020 je nach Datenquelle bis zu 84 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2020: 0 % bis 3 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei i. v. Konsumierenden liegt seit mehreren Jahren, je nach Datenquelle, zwischen null und etwa dreißig Prozent (2020: 0 % bis 28 %).

Schadensminimierung/Harm-Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die neun Strategien der Bundesländer für ihre jeweilige Sucht- und Drogenpolitik. Einschlägige Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei die Abgabe sterilen Injektionszubehörs, die in sieben von neun Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Substitutionsbehandlung kann als (höhereschwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden. Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich sind die physische, aber vor allem auch psychische Gesundheit immer öfter zentrale Themen der Beratungsgespräche.

Neue Entwicklungen

Im Burgenland startete 2020 Österreichs **drittes Take-home-Naloxon-Projekt** mit Schulungen und Naloxon-Kits zur Reduktion drogenbezogener Todesfälle. Das Angebot richtet sich speziell an **Drogenkonsumierende im Jugendalter**.

Die *Drogenarbeit Z6* hat die *PartyBox* bzw. ein **Gesundheitspräventionspaket** entwickelt, um die Angebote für die Klientel auch **im privaten Bereich** erreichbar zu machen. Eine *PartyBox* beinhaltet unter anderem detaillierte Substanzinformationen in Form von Flyern, Erste-Hilfe-Flyer mit umfangreichen Maßnahmen bei einem Notfall im privaten Setting, Rechtsinformationen für Partys im nichtöffentlichen Raum, Harm-Reduction-Utensilien, Safer-Sex-Artikel sowie Gehörschutz.

Das Safer-Use-Safer-Sex-Pilotprojekt *Party- und Slampacks* wurde 2020 vom Wiener Netzwerk Chemsex als Idee entwickelt und von der Aids Hilfe Wien gemeinsam mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) umgesetzt. Dieses Angebot richtet sich vor allem an Männer, die mit Männern Sex haben (MSM) und sowohl im privaten Setting als auch im Partysetting Suchtmittelkonsum und Sex kombinieren (Chemsex). Ziel des Projekts ist, Beratungsgespräche zu risikoärmerem Konsum und Sex (Harm-Reduction) für die Zielgruppe zu führen und diese durch Bereitstellung von Safer-Use-Safer-Sex-Materialien zu fördern.

COVID-19

In der ersten Phase der Beschränkungen im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden im April 2020 leichte bis starke Rückgänge bei **der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung** gemeldet. Es zeigte sich, dass vor allem Angebote des aufsuchenden Streetworking, des Drug-Checking und solche in niederschweligen Einrichtungen mit direktem Kontakt eingestellt bzw. stark reduziert worden waren.

Bei der Beurteilung **drogenbedingter Schäden und anderer gesundheitlicher und sozialer Folgen** im Zeitraum Juni bis Dezember 2020 wurde ein deutlicher Anstieg psychiatrischer Komorbiditäten bei Drogenkonsumierenden sowie drogenbedingter Gewalt einschließlich geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt wahrgenommen. Bei drogenbezogenen Todesfällen wurde zum Zeitpunkt der Erhebung hingegen von keiner Veränderung ausgegangen. Einrichtungen in der Steiermark und in Tirol berichten darüber, dass es bei Klientinnen/Klienten zu einer Verschlechterung bzw. Zunahme von Depressionen, Angststörungen und Psychosen (infolge exzessiven Substanzkonsums) kam.

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Im Jahr 2020 wurden auf Basis von Obduktionsbefunden 155 tödliche Überdosierungen verifiziert (bei 149 davon liegt auch eine toxikologische Analyse vor). Weitere 36 – allerdings nicht

obduzierte¹³⁰ – Todesfälle gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (auf dem Totenbeschauschein gibt es jedenfalls eine eindeutige Todesursache wie z. B. den Texteintrag „Suchtgiftintoxikation“). In Summe wird daher für das Jahr 2020 von 191 direkt drogenbezogenen Todesfällen ausgegangen (vgl. Tabelle A6.1).

Tödliche Überdosierungen betreffen vorrangig Männer (sie bilden rund drei Viertel der Verstorbenen), die Verstorbenen waren im Schnitt (gruppiertes Median) 32,4 Jahre alt (2019: 33,7 Jahre; 2018: 34,2 Jahre; 2017: 34,9 Jahre). In zehn Fällen ist von einem Suizid auszugehen (entsprechende Angaben im Obduktionsgutachten, z. B. Abschiedsbrief).

In die nun folgende Analyse in Bezug auf die beteiligten Substanzen werden nur jene 149 Fälle aufgenommen, bei denen auf Basis einer aussagekräftigen toxikologischen Analyse eine genau spezifizierte Substanzzuweisung möglich war.

In zwölf Prozent der 149 drogenbezogenen Todesfälle mit aussagekräftiger Toxikologie im Jahre 2020 wurden **ausschließlich illegale Drogen** (inklusive NPS) festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). In 57 Prozent der Fälle wurden neben illegalen Drogen bzw. NPS Psychopharmaka nachgewiesen, in sieben Prozent der Fälle Alkohol und in 24 Prozent beides – Alkohol und Psychopharmaka.

Reine Opioidintoxikationen (d. h. ohne weitere legale oder illegale Substanzen) waren in sieben Fällen zu verzeichnen, davon fünf ausschließlich mit Morphin und kein Fall mit ausschließlich Heroin. Der Anteil der reinen Opioidintoxikationen beträgt somit fünf Prozent (2019: 7 %; 2018: 6 %; 2017: 7 %; 2016: 5 %; 2015: 5 %). Die reinen Opioidintoxikationen stellen einen sehr kleinen Teil der drogenbezogenen Todesfälle dar. 129 der 149 spezifizierten toxikologischen Analysen zeigten **Mischintoxikationen mit Opioiden** (87 %), d. h. es wurde ein oder mehrere Opiate in Verbindung mit Alkohol und/oder Psychopharmaka und/oder Suchtgift(en)/NPS festgestellt. **Opioid** spielten somit in **insgesamt 91 Prozent der Fälle** eine Rolle (2019: 91 %; 2018: 92 %; 2017: 86 %; 2016: 91 %; 2015: 92 %).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2020 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (bei 113 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 76 %). 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

130

In diesen Fällen wurde keine Obduktion zur Klärung der Todesursache durchgeführt, sondern eine Totenbeschau (äußerliche Untersuchung der Leiche) durch eine dazu autorisierte Ärztin / einen dazu autorisierten Arzt. Diese Fälle sind im medizinischen Sinne nicht als drogenbezogene Todesfälle verifiziert (z. B. keine Analyse auf Suchtgift im Blut). Sie werden (dem europäischen Standard entsprechend) dennoch den drogenbezogenen Todesfällen hinzugezählt. Damit sind auch längerfristige Trendaussagen möglich (bis 2008 wurden praktisch alle Verstorbenen mit Verdacht auf drogenbezogene Überdosierung obduziert).

Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der dafür typische Marker 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. unterscheidet sich zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde. Bei den 18 Verstorbenen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroinintoxikation: kein Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 96 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich fünf auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in neun Prozent der Fälle nachgewiesen (2019: 22 %; 2018: 15 %; 2017: 15 %; 2016: 10 %; 2015: 16 %), **sonstige Opiode** (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 19 Prozent (2019: 25 %; 2018: 20 %; 2017: 20 %; 2016: 26 %; 2015: 25 %). **Fentanyl** wurde in acht Fällen nachgewiesen (5 %). **Opioidhaltige NPS** (d. h. NPS, die zur Gruppe der synthetischen Opiode gehören) wurden im Jahr 2020 bei **keinem Fall** nachgewiesen (2019: 0 Fälle; 2018: 0 Fälle; 2017: 4 Fälle).

Kokain wurde in 19 Prozent (n = 29) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2019: 31 %; 2018: 22 %; 2017: 25 %; 2016: 23 %; 2015: 22 %; vgl. Abbildung 6.3), in keinem Fall handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Insgesamt wurden bei 28 Personen **sonstige Stimulanzien** (sämtliche Stimulanzien wie zum Beispiel (Meth-)Amphetamin, Ecstasy etc. exklusive Kokain) nachgewiesen (19 %). Im Vergleich zum Vorjahr (13 %) stieg dieser Anteil daher wieder minimal. Nur bei zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation, bei der keine anderen Substanzen festgestellt wurden.

- » **Amphetamin** wurde bei neun Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt neun Fällen nachgewiesen (2019: 13 Fälle; 2018: 7 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 10 Fälle; 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle). In zwei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen. Die Mehrheit dieser Fälle dürfte in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt bei neun Fällen festgestellt (2019: 4 Fälle; 2018: 3 Fälle; 2017: 11 Fälle; 2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle). Bei allen Fällen handelte es sich um Mischintoxikationen mit anderen Substanzen.

Neue psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2020 bei keiner Person, die an einer Überdosierung starb, nachgewiesen (2019: 1 Fall; 2018: 5 Fälle; 2017: 9 Fälle; 2016: 2 Fälle). Obwohl es sich beim Auftreten von NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die diesbezügliche Situation weiterhin im Rahmen des Early Warning System (EWS) genau beobachtet werden.

Der Anteil der Fälle, bei denen auch **Psychopharmaka** gefunden wurden, hat sich von 47 Prozent 2002 auf 81 Prozent im Jahr 2020 erhöht (vgl. Abbildung 6.3). Insgesamt wurden bei den Fällen, bei denen Psychopharmaka nachgewiesen wurden (121), bei 81 Prozent Benzodiazepine, bei 38 Prozent Antidepressiva, bei 31 Prozent Neuroleptika und bei 33 Prozent Antiepileptika nachgewiesen. Bei jeweils weniger als zehn Prozent wurden Z-Medikamente oder andere psychoaktive Medikamente (z. B. Barbiturate) nachgewiesen.

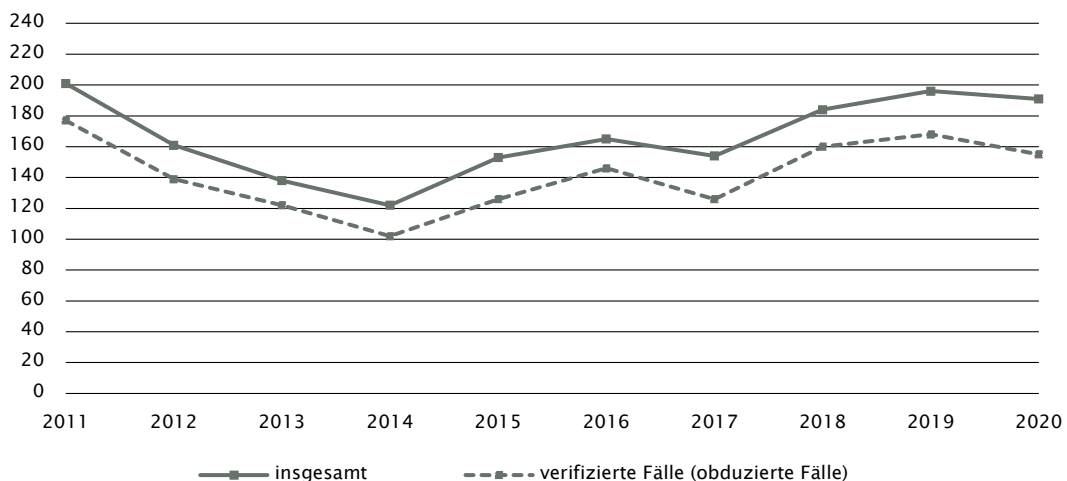
Alkohol wurde bei insgesamt 31 Prozent (2019: 40 %; 2018: 33 %; 2017: 37 %; 2016: 36 %; 2015: 37 %; 2014: 23 %) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt. Bei drei Prozent wurde ein hoher Promillewert (mind. 1,5 Promille) im Blut gefunden (2019: 5 %; 2018: 3 %; 2017: 7 %; 2016: 4 %; 2015: 7 %; 2014: 9 %).

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Bis zum Jahr 2019 ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Absinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde. 2020 zeigt sich wieder ein leichter Rückgang. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6.2 und Tabelle A6.3 im Anhang.

Abbildung 6.1:

Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2011–2020

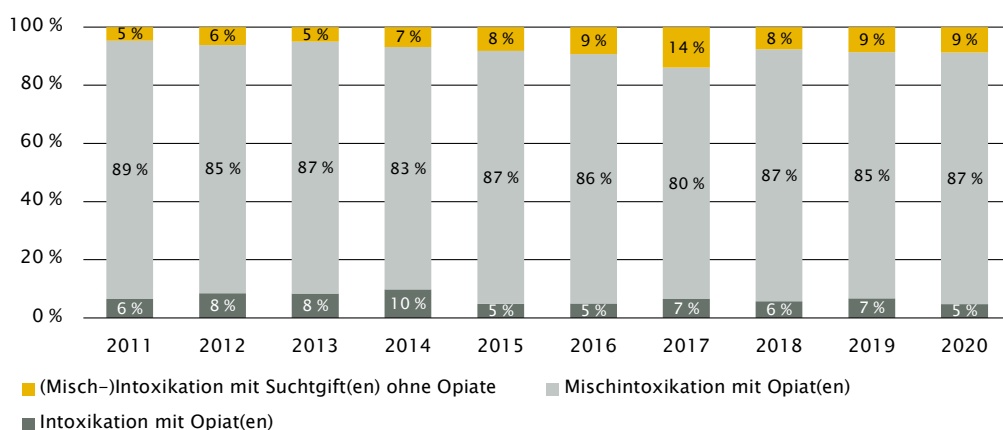


Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der unter 25-Jährigen an den 191 Personen, die im Jahr 2020 einen direkt drogenbezogenen Tod gestorben sind, ist mit 24 Prozent höher als im Vorjahr (15 %; vgl. Kapitel 3). Auch der Frauenanteil (25 %) ist im Vergleich zum Vorjahr (21 %) wieder gestiegen.

In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Opiat-(Misch-)Intoxikationen stets über 90 Prozent der direkt drogenbezogenen Todesfälle mit Toxikologie (vgl. Abbildung 6.2), im Jahr 2020 lag er bei 91 Prozent. (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften ohne Opiate spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 6.2:
Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache 2011–2020



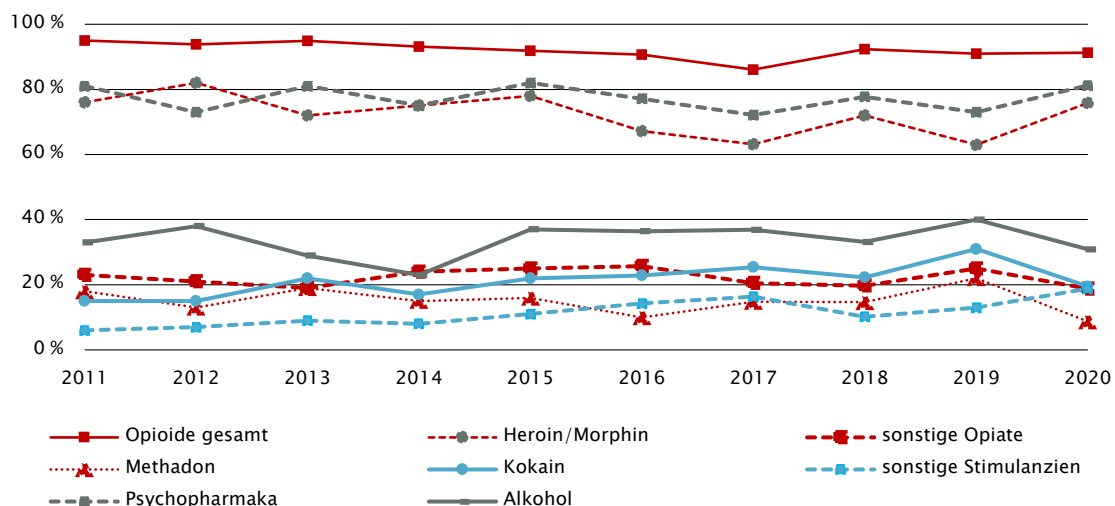
Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der verifizierten drogenbezogenen Todesfälle (mit Toxikologie), in denen Stimulanzien¹³¹ nachgewiesen wurden, stieg in den letzten Jahren tendenziell (auf sehr niedrigem Niveau) etwas an. Im Jahr 2020 setzte sich diese Tendenz fort (19 % vs. 13 % im Vorjahr). Die Beteiligung von Kokain war 2003 mit 30 Prozent am höchsten und ging bis 2009 auf 13 Prozent zurück. Bis 2017 schwankten seine Werte um die 20 Prozent. Nach einem Anstieg im Jahr 2019 (31 %) ist 2020 wieder ein Rückgang auf 19 Prozent festzustellen (vgl. Abbildung 6.3).

131

Die Kategorie inkludiert sämtliche Stimulanzien wie Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone), exkludiert jedoch Kokain.

Abbildung 6.3:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen 2011-2020



Anmerkung:

Die Kategorie „sonstige Stimulanzien“ umfasst sämtliche Stimulanzien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulanzien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ enthält auch NPS-Opiate (z. B. U-47700).

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen bzw. Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen in der Praxis zum Teil T-Diagnosen der ICD-10¹³², zum Teil F10-/F19-Diagnosen, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen, ohne zusätzliche T-Diagnosen vergeben werden – Letzteres vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrunde liegender Suchterkrankung.

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2020 insgesamt 280-mal betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert (insg. 28.141-mal). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf eine vorselektierte Patientengruppe, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Im überwiegenden Ausmaß wurde die VIZ von Krankenhausärztinnen/-ärzten (64 %), von der Rettung (15 %), von (Not-)Ärztinnen/(Not-)Ärzten (2 %) kontaktiert. 17 % der Anrufe kamen von Laiinnen/Laien. Beteiligte illegale Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betrafen vorwiegend THC (n = 60), Kokain (n = 53), MDMA (n = 44), „Speed“ (n = 17), Heroin (n = 12),

132

T36-T50 Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (v. a. T40, T42, T43 und T50)

LSD (n = 11), und Crystal Meth (n = 9), alle weiteren Substanzen waren weniger als zehnmals beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgten aufgrund einer Mischintoxikation. (GÖG/VIZ 2020 Sonderauswertung Drogen).

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die wichtigsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei i. v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht in Tabelle 6.1 dargestellt sind. Weil die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind hier genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2020 streute die Prävalenzrate für Hepatitis B in den verfügbaren Datenquellen von 0 Prozent bis 28 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch die Legende von Tabelle 6.1). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte aus den vorhandenen Datenquellen liegen seit dem Jahr 2010 zwischen 0 und 36 Prozent.

Die Hepatitis-C-Prävalenz wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte bzw. erfolgreich behandelte HCV-Infektion. Zur Feststellung einer akuten oder chronischen HCV-Infektion muss ein positiver HCV-Antikörpernachweis durch eine Bestätigungsuntersuchung verifiziert werden. Dazu dient die HCV-PCR (Polymerasekettenreaktion), die zum Nachweis viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2020 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei neun bis 84 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt und dass ein Großteil noch nicht erfolgreich behandelt wurde und/oder sich nach einer erfolgreichen Behandlung reinfiziert hat (vgl. *Kontaktladen, Graz*: 32 %; *ambulatorium suchthilfe wien*: 59 %). Die HCV-Ab-Prävalenz hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau eingependelt. Abbildung 6.4 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 6.1:

Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2020

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg	0 % (0/25) ¹	44 % (11/25)	0 % (0/24)
ambulatorium suchthilfe wien	28 % (60/215) ¹	83 % (203/246)	2 % (6/268)
Kontaktladen ² , Graz	24 % (11/45) ¹	84 % (38/45)	0 % (0/45)
drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2020	nicht erfasst	9 % (14/149) ³	1 % (2/149) ³
		21 % (14/68) ³	3 % (2/67) ³

¹ Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, Anti-HBc und Anti-HBs.

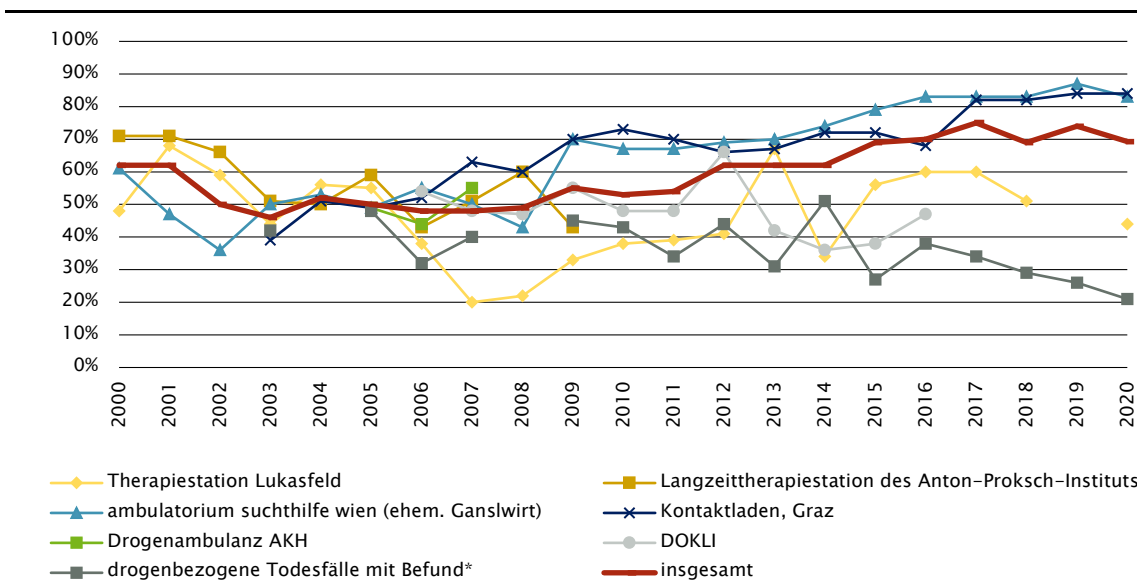
² vormals in den Berichten zur Drogensituation als Caritas Marienambulanz bezeichnet

³ Nur in 67 bzw. 68 von 149 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen mit Toxikologie fand der Infektionsstatus von HCV-Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober- bzw. Untergrenze der Prävalenzraten von HCV-Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.4:

HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2020



*Grundgesamtheit 2020: 68 Gutachten mit Erwähnung von HCV

Quelle: ST9, GÖG – DOKLI bzw. Schmutterer/Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV-Prävalenzrate lag 2020 in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen null und drei Prozent.

Anfang der 1990er-Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau, wobei die höchsten Werte jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden werden, in deren Fall auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festzustellen sind (z. B. 2018: 4–9 %; 2019: 2–6 % vgl. Horvath et al. 2019 und GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle 2021).

Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten (HCV, HIV) außerhalb des Routinemonitorings

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion-Hepatitis-C-Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Hepatitis-C-Ansteckungsweg der intravenöse Drogenkonsum ist. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fällen nicht bekannt oder nicht angegeben ist (aCtion-Hepatitis-C-Datenbank, 2012).

Eine Erhebung in sechs österreichischen Gefängnissen zeigte, dass 74 Prozent der in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen inhaftierten Personen HCV-Antikörper-positiv waren; 45 Prozent (d. h. 60 % der HCV-Ab-Positiven) waren HCV-RNA-positiv, also chronisch an Hepatitis C erkrankt. Rund zehn Prozent waren HIV-positiv (Zeitraum der Datenerhebung inkl. Testungen: Mai 2016 bis Mai 2017; Silbernagl et al. 2018; vgl. Kapitel 8).¹³³

Im Jahr 2020 wurden insgesamt 155 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) eingeschlossen. Bei acht von ihnen (bzw. 5 %) wird davon ausgegangen, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben. Bei 46 Prozent werden als Ansteckungsweg sexuelle Handlungen zwischen Männern (MSM¹³⁴) vermutet, bei 36 Prozent heterosexuelle Handlungen. Bei zwölf Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (Zangerle p. M.). Die Anzahl der Personen mit dem Ansteckungsweg i. v. Konsum war in den letzten zehn Jahren relativ konstant rückläufig (siehe Abbildung 6.5), was auf einen Rückgang der Neuinfektionen in dieser Risikogruppe hindeuten könnte.

133

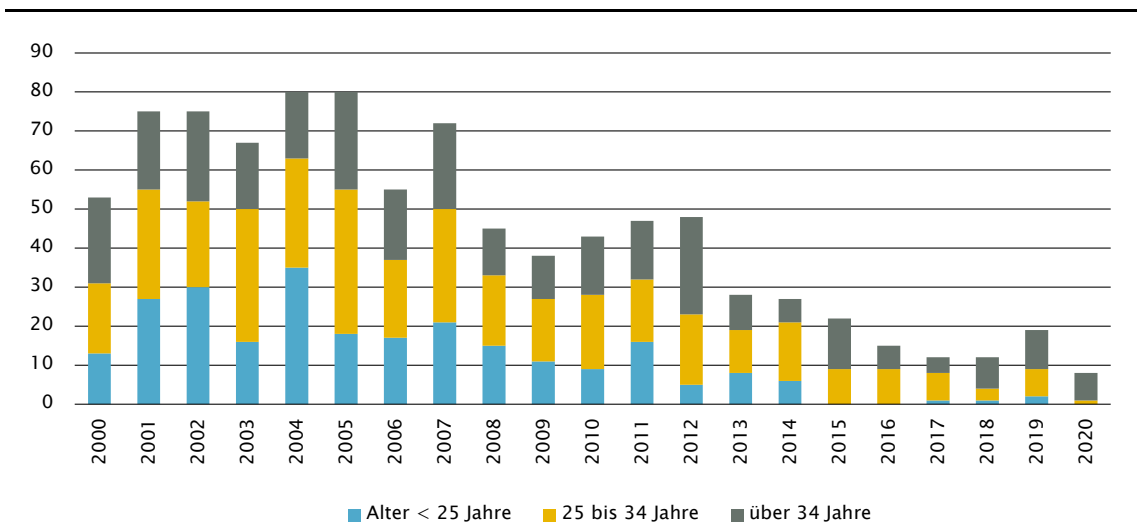
Zu Beginn der Erhebung befanden sich in den sechs Gefängnissen 218 Personen in Opioid-Substitutionstherapie. 129 von ihnen (d. h. 59 %) konnten in die Studie aufgenommen und auf Hepatitis C getestet werden; das sind rund 15 Prozent aller österreichweit Inhaftierten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Opioid-Substitutionstherapie waren.

134

men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben

Abbildung 6.5:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie 2000–2020



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

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle-Sharing)

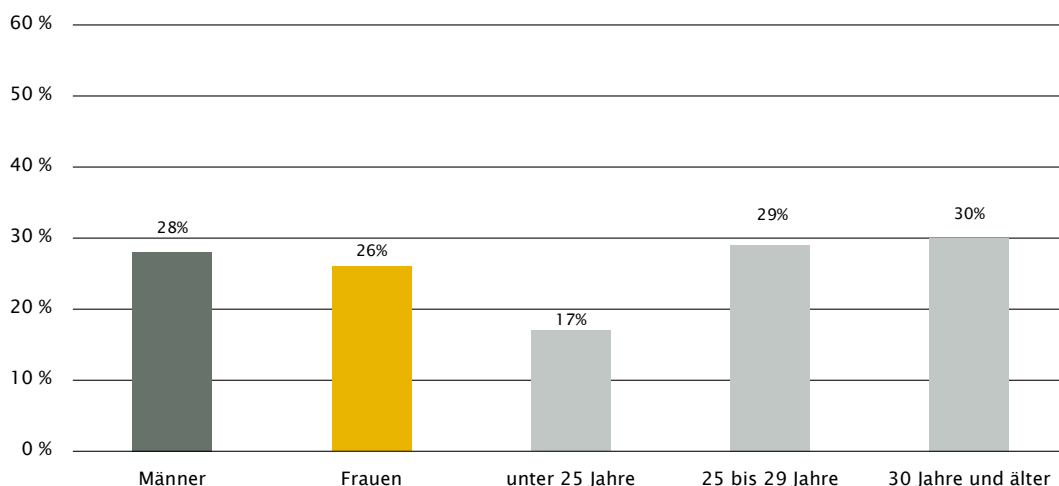
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI Daten zum Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die folgenden Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹³⁵ und auf Personen, die bereits intravenös konsumiert haben oder konsumieren und 2020 eine ambulante Betreuung begonnen haben. 28 Prozent dieser Personengruppe geben an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Das Needle-Sharing liegt bei den meisten dieser Personen länger als ein Jahr zurück (75 %). Frauen geben hier genauso häufig wie Männer Needle-Sharing an. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 6.6).

135

In der Wiener „DOKU neu“ wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 6.6:

Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2020 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 470)*



* = Österreich ohne Wien, da diese Variable in der Wiener „DOKU neu“ nicht erhoben wird

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen somatischen Krankheiten assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Psychiatrische Komorbidität bezieht sich in erster Linie auf Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Die niederschwellige medizinische Einrichtung *I.K.A.* (Graz) berichtet beispielsweise für das Jahr 2020, dass rund 60 Prozent ihrer 399 langfristig betreuten Patientinnen/Patienten mindestens eine psychiatrische Komorbiditätsdiagnose aufweisen (rund 30 % ohne Komorbiditätsdiagnosen und rund 10 % ohne Angabe; *I.K.A.* 2021).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Versicherung“ und „Wohnen/Schlafplatz“ die „Gesundheit“ als dritter großer Problembereich thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht. Bei *change* und der Anlaufstelle *homebase* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild, bei Letzterer stehen vor allem Themen im Bereich Soziales (Ausbildung, Freundinnen/Freunde, Familie, Liebesbeziehungen etc.) im Vordergrund (SHW 2021b). Genaue Aussagen über die bundesweite Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden.

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Die im Jahr 2015 veröffentlichte *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssüchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) enthalten Hinweise darauf, dass im Sinne einer Diversifikation der Angebote u. a. Schadensminimierung als ein zentraler Bestandteil gesehen wird. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellige ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung Hochrisikokonsumierender verstanden. Auch die Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden (vgl. Kapitel 5).

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich bei den Ländern. Darunter fällt eine Vielzahl von Interventionen, die vorwiegend von Einrichtungen angeboten werden, die auf die Arbeit mit Suchtkranken spezialisiert sind. Zumeist sind es voneinander unabhängige Trägerorganisationen, die eine oder mehrere Einrichtungen führen und mit den jeweiligen Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren kooperieren. Finanziert werden die schadensminimierenden Maßnahmen jeweils durch verschiedene Ressortbudgets auf Länderebene (vgl. Kapitel 1).

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es in sieben von neun Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt. In Oberösterreich, Salzburg, der Steiermark, in Tirol und Vorarlberg gibt es scenebedingt zusätzlich auch Angebote in Kleinstädten. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Schadensminimierende Ansätze werden in Niederösterreich durch die Suchtberatungen und im Burgenland durch den Psychosozialen Dienst abgedeckt. Für das Drogenambulatorium Klagenfurt wurde zusätzlich für die Zielgruppen instabile Patientinnen/Patienten, Nichtversicherte, Patientinnen/Patienten, die sich noch nicht in Behandlung befinden, Hochrisikokonsumentinnen/-konsumenten und Konsumentinnen/Konsumenten, die sich in einer Krise befinden, eine niederschwellige Anlaufmöglichkeit konzipiert, die seit 2020 in Betrieb ist (Nemeth p. M.).

Generell kann gesagt werden, dass schadensminimierende Interventionen schwerpunktmäßig im Bereich Prävention drogenrelevanter Infektionskrankheiten liegen; dazu gehören vor allem Spritzen-tausch, HIV- bzw. Hepatitis-Tests, HAV-/HBV-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie Notfallprophylaxe. Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote (Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spritzen-tausch wird in wenigen Fällen zudem von nichtsuchtspezifischen Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe oder von Privat Anbietern (z. B. Spritzen-automat im Eigentum einer Apotheke) angeboten.

Die Behandlung gesundheitlicher Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von

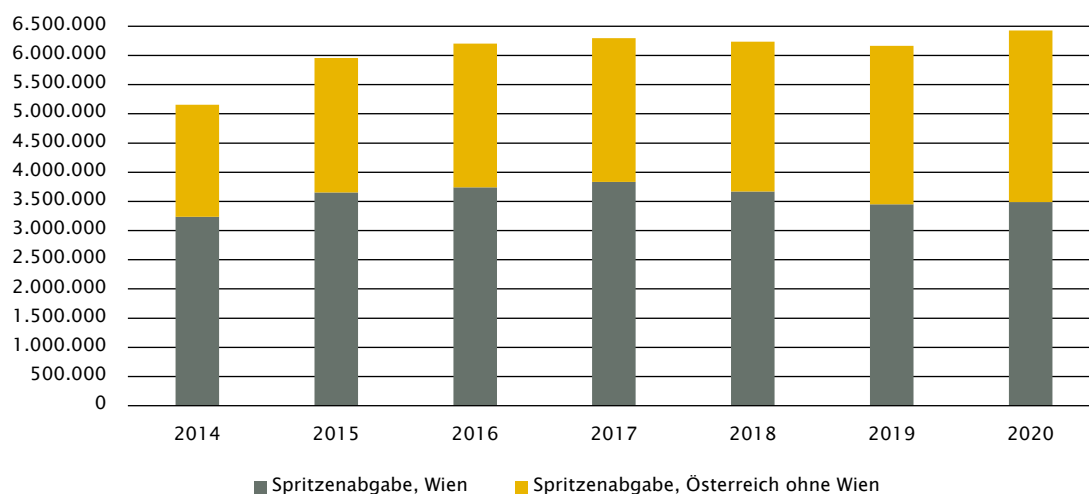
Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion in Bezug auf höherschwellige medizinische Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

Spritzentausch- und -verkauf

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe niederschwelliger Einrichtungen und aufsuchender Angebote, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Das Angebot zum kostenlosen Spritzentausch in niederschweligen Einrichtungen wird mit Ausnahme von Niederösterreich und dem Burgenland in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 16 derartige Angebote in 14 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2021a). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 20 Automaten in 16 Städten zu kaufen. Die Abgabe steriler Spritzen erfolgt in der Steiermark, in Kärnten und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets ist in den letzten fünf Jahren österreichweit kontinuierlich gestiegen, nämlich von 5.157.666 abgegebenen Spritzen im Jahr 2014 auf 6.164.781 im Jahr 2019. Mit 6.427.076 abgegebenen Spritzen wurde 2020 der bisher höchste Wert erreicht (vgl. Abbildung 6.7 bzw. Tabelle A6.4). In Tirol und Salzburg wurden im Jahr 2020 etwas weniger Spritzen abgegeben als im Jahr davor.

Abbildung 6.7:
Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien 2014–2020



Quelle: ST10, Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen in Drogenhilfeeinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2020 waren es über 6.000.000 (vgl. Tabelle A6.4). Darüber hinaus wurden über Spritzenautomaten um die 146.000 Spritzensets und im Rahmen des aufsuchenden Drogenstreetworks in Wien, der Steiermark und Kärnten fast 12.000 Spritzen abgegeben¹³⁶. An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze(n) und Nadel(n) unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert.

Seit November 2019 besteht für Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, in zwei Wiener Apotheken, im 11. und im 20. Bezirk, kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Im Jahr 2020 kam eine weitere Apotheke im 11. Bezirk hinzu. Eine Ausweitung dieses Angebots auf zusätzliche Apotheken befindet sich in Vorbereitung. Die Wiener Apothekerkammer unterstützte die Realisierung dieser innovative Maßnahme (SDW 2021). Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf ist es in Österreich auch möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken **käuflich** zu erwerben.

Seit Jänner 2020 bieten auch 15 Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe (WWH) einen Spritzentausch an. Es handelt sich dabei um Einrichtungen der Organisationen Rotes Kreuz, Obdach Wien, Samariterbund Wien und Caritas Wien. Bis Ende 2021 soll das Angebot auf bis zu 28 Einrichtungen ausgeweitet werden. Der Fonds Soziales Wien (FSW) unterstützte die Realisierung dieser Maßnahme (SDW 2021).

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzentauschs auch Einzelberatungen sowie vereinzelt Trainings zu Safer Use / Safer Injecting angeboten. Über verschiedene Onlineangebote der Einrichtungen finden zudem Beratungen anonym sowie zeit- und ortsunabhängig statt. Konkrete Daten betreffend die Anzahl der Trainings bzw. die Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Sinne eines Peer-Involvements und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung („health education approach“) finden in Österreich wenig Beachtung.

Prophylaxe und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV-** bzw. **Hepatitis-Status-Bestimmungen**. HIV-Status-Bestimmungen werden kostenlos in vierzehn niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten, kostenlose Hepatitis-Status-Bestimmungen in zehn niederschweligen Einrichtungen in vier Bundesländern.

136

Die Zahlen beziehen sich auf Wien, die Steiermark und Kärnten. In Vorarlberg ist die Zahl der durch das Drogenstreetwork abgegebenen Spritzen in den Spritzenzahlen der Einrichtungen inkludiert.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über HIV- und HCV-Status-Erhebungen bei i. v. Drogenkonsumierenden¹³⁷, die vor dem in DOKLI dokumentierten Behandlungsbeginn stattfanden. Im stationären Betreuungssetting haben sich 80 Prozent der dokumentierten Personen innerhalb der letzten zwölf Monate einem Test unterzogen (HIV-Test: 80 %, HCV-Test: 81 %). Im längerfristig ambulanten Betreuungsbereich liegen die Testhäufigkeiten bei 52 Prozent für HIV-Tests und 56 Prozent für HCV-Tests.

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zwölf niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *ambulatoriums suchthilfe wien* erhielten im Berichtsjahr 88 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. 20 von ihnen haben die Grundimmunisierung 2020 erfolgreich abgeschlossen, weitere 19 erhielten eine Auffrischungsimpfung. Die übrigen 49 haben die Grundimmunisierung entweder begonnen oder fortgesetzt (SHW 2021a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 168 Personen vor, zum HBV-Impfstatus solche von 170 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2020 für HAV 30 Prozent und für HBV 32 Prozent¹³⁸. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tuberkulose-Impfquote (Tbc-Impfquote) von fünf Prozent basiert auf den Angaben von 128 Personen. Anzumerken ist hier jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz aussagen, als rein über eine vorangegangene Impfung zu informieren.

Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern Initiativen zur **Behandlung von Hepatitis C**. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch eigene Hepatitisambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. In Oberösterreich werden über niederschwellige Anlauf- und Kontaktstellen kostenlose Schnelltests angeboten und Klientinnen/Klienten mit positivem Testergebnis über Kooperationsprojekte mit den regionalen Krankenanstalten in weitere diagnostische Abklärung und Behandlung geführt. In Tirol gibt es im niederschweligen Setting ebenfalls Testungen an mehreren Orten mit Vermittlung in gastroenterologische und hepatologische Ambulanzen im Falle einer positiven Befundung. In Kärnten und Vorarlberg werden in Drogenberatungsstellen kostenlose Testungen angeboten und Beratungen über Behandlungsmöglichkeiten an Kliniken durchgeführt. In Salzburg gibt es ein Kooperationsprojekt zwischen substituierenden Ärztinnen/Ärzten und dem Uniklinikum Salzburg. In Niederösterreich startete 2019 am Universitätsklinikum St. Pölten ein Pilotprojekt, das Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm den Zugang zur Behandlung vereinfachen soll. Dabei sollten zunächst die Patientinnen und Patienten von den Apothekerinnen und Apothekern, die ihnen die Substitutionsmedikation aushändigen, auf das Projekt angesprochen werden. Inzwischen wurde das Projekt aber dahingehend umgestellt, dass die Patientinnen und Patienten über substituierende Ärztinnen und Ärzte an das Projekt

137

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings werden weder Testergebnis noch Testzeitpunkt abgefragt.

138

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

herangeführt werden. Die Therapieindikation wird dann durch das Universitätsklinikum St. Pölten ausgestellt. Die Kosten der Behandlung mit modernen DAA¹³⁹ werden österreichweit von den Krankenkassen – unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp – übernommen (vgl. Schwarzenbrunner p. M., Grüner p. M., Neubacher, p. M., Drobesh-Binter, p. M., Caritas Diözese Graz-Seckau 2018, Schabus-Eder p. M., Maieron o. J., Hörhan p. M., DVS 2021).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem *Verein Dialog*, der *Klinik Ottakring* / 4. Medizinische Abteilung sowie mehr als 100 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA in Form einer *directly observed therapy* (DOT) für Personen in Substitutionsbehandlung auszeichnet. Bis Ende 2020 haben insgesamt 506 Patientinnen/Patienten die Behandlung begonnen, 322 von ihnen haben sie und das Zwölf-Wochen-Follow-up beendet. Bei 320 dieser 322 Patientinnen und Patienten konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (SVR12-Rate: 99,4 %; Schütz et al. 2018, SHW 2021a). Zudem gab es in Wien von März 2019 bis März 2020 ein Projekt zur Testung aller Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten.

Bezüglich Testungen auf, Behandlungen von und Impfungen gegen Infektionskrankheiten in Haft siehe Kapitel 8.

Schadensminimierung und Überlebenshilfe

Drug-Checking ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting**, wird aber ausschließlich in Wien (*checkit!*) und Tirol (*Drogenarbeit Z6*) umgesetzt (vgl. SHW 2021b und *Drogenarbeit Z6* 2021). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse in Hinblick auf besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3) dem österreichischen Informations- und Frühwarnsystem. Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse findet sich in Kapitel 7.

Die Wiener Einrichtung *checkit!* hat im Berichtsjahr ein **neues Drug-Checking-Angebot** geschaffen (vgl. SHW 2021b). Seit Juni bzw. August 2020 ist die Probenabgabe über zwei kooperierende Wiener Apotheken (12. bzw. 9. Bezirk) möglich. Hierfür stellte die Suchthilfe Wien Einwurfboxen zur Verfügung, in die Interessentinnen/Interessenten Proben, die sie vorab online registriert haben, einwerfen können. Die Einwurfboxen werden wöchentlich geleert. In 23 Analysewochen analysierte das *checkit!*-Labor 306 Proben, die zuvor in den Einwurfboxen abgegeben worden waren. *Checkit!* war 2020 bei zwei Events und zwei „Outreach“-Einsätzen vertreten und nahm insgesamt 982 Proben zur Analyse entgegen (2019: 1.050 Proben).

Bei *Drogenarbeit Z6* in Tirol wurden 354 Proben aus dem Drug-Checking-Programm zur chemischen Analyse abgegeben. Aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Einschränkungen wurden 2020 weniger Proben als in den Jahren davor untersucht. (2017: 428, 2018: 483,

139
direct acting antiviral agents

2019: 513 Substanzproben). Das Testkontingent wurde vom Land Tirol für die Jahre 2020/2021 mit insgesamt 1.125 Testungen festgelegt. Durch Mithilfe unterschiedlicher Systempartner/-innen in der Tiroler Soziallandschaft sowie des Bildungsbereichs und anhand der darauffolgenden zahlreichen Anfragen bzgl. Cannabis und der Möglichkeit, dieses auch analysieren zu können, wurde gezeigt, dass Drug-Checking auch bei Cannabis ein sinnvolles und nachhaltiges Instrument in der Prävention sein kann. Die *Drogenarbeit Z6* hat deshalb bereits 2019 zusammen mit der Gerichtsmedizin Innsbruck ein Konzept für das **Pilotprojekt Cannabis-Drug-Checking** erstellt, um dieses Angebot baldmöglichst anbieten zu können (vgl. Kapitel 7, Drogenarbeit Z6 2021).

Konkrete Initiativen zur **Prävention von Überdosierungen** und zum **Umgang mit Notfällen** sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumierende wie auch für Mitarbeiter/-innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Websites verfügbar¹⁴⁰.

Naloxon ist ein gängiges Notfallmedikament bei **Opioidüberdosierungen** und ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte, bzw. gehört Naloxon zur Standardausrüstung von Notärzten und Rettungswägen. Derzeit wird es in Österreich nicht flächendeckend direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. Jedoch gibt es erste Take-home-Naloxon-Projekte in der Steiermark, in Wien und seit 2020 auch im Burgenland (siehe Abschnitt 6.3).

Das *ambulatorium suchthilfe wien* erarbeitete 2019 ein **Schulungskonzept für kompetentes Handeln bei Opiatüberdosierungen** auch in Bezug auf die Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon in Form eines Nasensprays. Das Projekt wurde in der Folge einrichtungsübergreifend vom *ambulatorium suchthilfe wien* und von *jedmayer* durchgeführt. Eigens dafür geschulte Mitarbeiter/-innen vermitteln den Klientinnen und Klienten, wie man sich im Notfall richtig verhält, wie man Erste Hilfe leistet und wie man das Nasenspray mit Wirkstoff Naloxon richtig anwendet. Zudem wird den Teilnehmenden eine Packung mit zwei Einzeldosen des Medikaments ausgehändigt (vgl. SHW 2020a). Im Jahr 2020 haben zwei solcher Schulungen stattgefunden. Mit Beginn der Pandemie bzw. des Lockdowns wurden die Schulungen eingestellt, seit Frühling 2021 werden sie aber wieder angeboten (Kaipel p. M.).

140

z. B. <https://doit.at/safer-use/>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitsstipps/uberdosierung-notfalle>;
<https://checkit.beranet.info>; <https://www.drogenarbeitz6.at/konsum/drogennotfall.html> (Zugriff jeweils am 21. 6. 2021)

6.2.6 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Psychosoziale und psychiatrische Versorgungsangebote

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (vgl. Weigl et al. 2014). Die Behandlung von Klientinnen und Klienten mit psychotischem Krankheitsbild stellt die Einrichtungen der Suchthilfe vor besondere Herausforderungen, da diese Klientel neben einer suchtmmedizinischen Betreuung auch eine psychiatrische Behandlung benötigt. Die Integration von Menschen mit Suchterkrankungen in die medizinische Regelversorgung wird zunehmend Thema, wobei in diesem Zusammenhang von einem umfassenden Suchtbegriff ausgegangen wird (vgl. Weigl et al. 2017).

Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich ist psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrales Thema der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *jedmayer* bietet seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an, mit dem Ziel, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Zielgruppe sind hier suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2020 nahmen 286 Personen eine solche Bezugsbetreuung in Anspruch wobei 97 Betreuungen von 2019 übernommen und 189 im Berichtsjahr neu begonnen wurden (SHW 2021a).

Die digitale Plattform für psychische Gesundheit MINDBASE.at ist seit Dezember 2019 online und wurde intensiv beworben. Dort sind Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen kompakt und übersichtlich zusammengefasst. Als Hilfe zur Selbsthilfe steht dort außerdem eine Reihe geprüfter Onlinetools kostenlos und anonym zur Verfügung. Ziel des digitalen Angebots ist eine Erhöhung der Reichweite für die Themen Sucht bzw. psychische Erkrankung und infolgedessen eine Entstigmatisierung dieses Themenbereichs (SDW 2021).

Die *Suchthilfe Tirol* (vormals *Suchtberatung Tirol*) bietet seit Herbst 2018 einmal pro Monat in der Beratungsstelle Wörgl sowie seit Ende 2020 in der Beratungsstelle Hall in Tirol (vor der Übersiedlung dorthin gab es dieses Angebot in Innsbruck) allgemeinspsychiatrische Sprechstunden an. Damit wird den Klientinnen und Klienten Zugang zu psychiatrischer Betreuung beispielsweise für Diagnosen, Medikamentierungsfragen und Abklärung von Komorbiditäten ermöglicht. Im Jahr 2020 wurden 26 Einzelkontakte für die psychiatrische Sprechstunde vereinbart, 21 in Innsbruck und fünf in Wörgl (Suchthilfe Tirol 2021; Haring p. M.).

Im Herbst 2020 startete der Psychosoziale Krisendienst Tirol mit dem Ziel, professionelle Hilfe für eine Erstabklärung leicht zugänglich zu machen. Dabei werden eine Gefährdungseinschätzung und eine Krisenintervention vorgenommen und wird, wenn notwendig, in Absprache mit der Patientin/dem Patienten eine Weiterbehandlung koordiniert. Die Träger sind die Vereine *Suchthilfe Tirol*

und *Psychosozialer Pflegedienst Tirol*. Für obdachlose Menschen mit einer Drogenproblematik, die in einer Tiroler Obdachloseneinrichtung untergebracht waren und ärztliche Unterstützung für eine medikamentöse Einstellung bzw. Substitution benötigten, fand außerdem eine enge Zusammenarbeit mit der Drogenfachstation B3 des LKH Hall in Tirol statt (Suchtkoordination Tirol 2021).

In Wien übernimmt der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT*, der in das *Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien* eingebettet ist, die Beratung und Betreuung suchtkranker Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern und ihre Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2020 erbrachte *CONTACT* Leistungen für 446 Klientinnen und Klienten mit illegalem Substanzkonsum. Zudem führten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von *CONTACT* Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus durch. Die inhaltlichen Schwerpunkte waren 2020 die Betreuung suchtkranker Schwangerer und Mütter sowie der Zielgruppe 40+. Bei Letzteren stellt der hohe Anteil Pflegebedürftiger bzw. Schwerkranker mit ihren besonderen Bedürfnissen eine große Herausforderung für die Betreuung und Behandlung dar. Zudem fand eine pandemiebedingt veränderte und verstärkte Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Suchtkranke im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe der Klinik Penzing im Bereich der Vermittlung der vor Ort behandelten Klientinnen und Klienten an das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk statt – mit dem Ziel, die Spitäler in der Pandemie verstärkt zu entlasten (SDW 2021).

Ziel des Liaisondienstes *Konnex*, der ebenfalls einen Teil des *Ambulatoriums der Sucht- und Drogenkoordination Wien* bildet, ist es, die Betreuung von Menschen mit Suchterkrankung in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs zu unterstützen. Im Rahmen der Fachberatungstätigkeit von *Konnex* haben im Jahr 2020 397 Multiplikatorenkontakte und acht Begutachtungen von Klientinnen/Klienten stattgefunden. Genutzt wurden die Angebote von *Konnex* 2020 u. a. von Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, der mobilen und stationären Pflege und Betreuung, der Jugendwohlfahrt, der Behindertenhilfe, der Flüchtlingshilfe sowie von arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen (SDW 2021).

Im Burgenland bietet das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer Ambulanz, zwei stationären Abteilungen und einer Tagesklinik die Möglichkeit einer umfassenden Abklärung sowie einer individuellen und ganzheitlichen Behandlung im Suchtbereich. Die kinder- und jugendpsychiatrische Beratungsstelle des PSD Oberwart hat im Jahr 2020 ein neues Angebot rund um die Beratung, Abklärung, Diagnostik und Behandlung Jugendlicher mit substanzbedingten und nichtstoffgebundenen Süchten geschaffen (Taferner-Kraigher p. M.).

In Kärnten hat NeuStart14 im Rahmen des Programms *use it* ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot für suchtkranke Erwachsene mit intensivem Betreuungsbedarf geschaffen. Das Angebot soll durch die nachgehende psychosoziale Betreuungsstruktur zur Stabilisierung von Krankheitsverläufen bei Drogenkranken beitragen, um gesundheitliche Spätschäden möglichst zu begrenzen bzw. Todesfälle zu vermeiden. Dies erfolgt in enger Kooperation mit den Drogenambulatorien bzw. den behandelnden Ärztinnen/Ärzten. Im Jahr 2020 wurden 2.776 Kontakte im Rahmen von *use it* dokumentiert (Suchtkoordination Kärnten 2021).

Allgemeinmedizinische Versorgungsangebote

In der Steiermark legt die im Oktober 2019 gegründete Primärversorgungseinheit Allgemeinmedizin Graz Gries (PVE Gries) den Schwerpunkt ihrer Arbeit u. a. auf die interdisziplinäre Behandlung und Betreuung von Suchtpatientinnen/-patienten und ihren Komorbiditäten (siehe Abschnitt 6.3, Cichy p. M.).

Im Rahmen der niederschweligen medizinischen Grundversorgung des *ambulatoriums suchthilfe wien* erfolgten im Berichtsjahr 13.041 ärztliche Konsultationen (SHW 2021a).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung schadensminimierender Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. die Förderrichtlinien der SDW) oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. das *ambulatorium suchthilfe wien*) – die entsprechenden Qualitätskriterien anwendbar. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben.

Neben der vom BMSGPK herausgegebenen *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* besteht auch in der Steiermark eine *Benzodiazepin-Richtlinie* (vgl. Weigl et al. 2016) und in Wien eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien erstellte Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen, die auch von Kärnten übernommen wurde. Die diesbezügliche Broschüre zielt darauf ab, das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs von Benzodiazepinen zu erhöhen und der verschreibenden Ärzteschaft eine fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe im Umgang mit diesem Medikament zu bieten (vgl. SDW 2016).

Im Qualitätszirkel SDHN werden nach dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung verbindliche Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) festgelegt. 2020 wurde dort begonnen, die hauseigenen Qualitätsstandards für die Psychologie inkl. Psychotherapie zu überarbeiten (SDW 2021).

6.3 Neue Entwicklungen

Im März 2019 startete in Wien das Projekt *Let's end hepatitis C in Vienna* unter der Federführung der *Klinik Ottakring* (ehem. Wilhelminenspital) in Kooperation mit dem *ambulatorium suchthilfe wien* sowie der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Im Sinne der von der WHO vorgeschlagenen Strategie der „micro-elimination“ wurde hier versucht, in einer definierten, überblickbaren Subgruppe – in diesem Fall die Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten (ca. 6.500) – virale Hepatitiden zu eliminieren. Da die Patientinnen und Patienten – zumindest bis zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie – einmal pro Monat eines von acht Bezirksgesundheitsämtern in Wien

aufsuchen mussten, wurde ihnen im Rahmen des Projekts dort die Möglichkeit zur Information und Testung angeboten, mit dem Ziel eines möglichst lückenlosen HCV-Screenings sowie einer Weitervermittlung positiv Getesteter zur weiteren Abklärung und Behandlung. Bis Mitte März 2020 (Beginn des ersten Lockdowns in Österreich) konnte das Projekt in sechs von acht Bezirksgesundheitsämtern umgesetzt werden. Seither konnte es pandemiebedingt vorläufig nicht wie geplant zu Ende geführt werden. Bisher zeigte sich, dass, obwohl viele Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten und auch die Testbereitschaft als zufriedenstellend eingestuft wurde, eine anschließende Behandlung nicht in dem erhofften Ausmaß in Anspruch genommen wurde. Um positiv getestete Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, Barrieren zu überwinden und ihren Weg in die Behandlung zu finden, ist nun ein sogenanntes Peer-Involvement-Projekt in Planung. Dabei sollen geschulte Peers, die sich in Opioid-Substitutionstherapie befinden und selbst bereits eine Hepatitis-C-Therapie im Rahmen einer *directly observed therapy* erhalten haben, telefonisch und bei Bedarf auch als Begleitperson und zur Motivation zur Verfügung gestellt werden. (SHW 2021a). Erste Ergebnisse zeigen, dass von insgesamt 1.592 Patientinnen und Patienten 51 Prozent HCV-Antikörper-positiv (811) und 17 Prozent HCV-RNA-positiv (271) waren (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Um noch weitere Gruppen von Personen mit erhöhten HCV-Raten zu erreichen und gegebenenfalls einer Therapie zuzuführen, wurde in Wien mit einem Screening von Wohnungslosen auf HIV, HBV und HCV begonnen, welches das sogenannte *Neunerhaus* durchführte – eine Einrichtung mit Gesundheitszentrum, Wohnhäusern und Tageszentren, über die jährlich ca. 5.000 wohnungslose Menschen betreut und medizinisch versorgt werden. Auch bei diesem Projekt gab es pandemiebedingt Adaptierungen. Erste Ergebnisse zeigen, dass ca. zehn Prozent der getesteten wohnungslosen Personen HCV-RNA-positiv sind – ein Anteil, der auch in anderen Ländern in dieser Gruppe gefunden wurde. Erste auf Basis dieses Screenings ermittelte Personen mit einer chronischen Hepatitis-C-Erkrankung haben bereits mit einer HCV-Therapie begonnen. (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Über das MSM-TNT-Projekt (MSM Test aNd Treat) wird am Wiener AKH Männern, die mit Männern Sex haben (MSM), ein Point-of-Care-Screening auf Hepatitis C angeboten. In diesem Zusammenhang wird auch ein sogenanntes HCV-Phone eingesetzt, um Personen telefonisch durch den Prozess der Behandlung, die „cascade of care“, zu begleiten und sie somit erfolgreicher ans Ziel zu bringen. (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Ein weiteres Projekt ist ELIMINATE (ELIMINATION AusTriaEast). Hier geht es darum, HCV-RNA-positive Personen, die über andere Projekte nicht erreicht werden konnten, einer Behandlung zuzuführen. Dabei werden die Datenbanken mehrerer Spitäler aus dem Osten Österreichs zusammengespielt, um zu einer Liste von Personen zu kommen, die in den letzten zehn Jahren HCV-RNA-positiv getestet und seither noch nicht erfolgreich behandelt wurden. Die so ermittelten Personen werden durchtelefoniert, gegebenenfalls wird versucht, sie einer Behandlung zuzuführen. (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Im Berichtszeitraum haben sich in den Einrichtungen u. a. folgende Änderungen in Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben (vgl. Tabelle 6.2):

Tabelle 6.2:
Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
B	Take-home-Naloxon-Projekt	Im Burgenland startete 2020 ein Take-home-Naloxon-Projekt mit Schulungen und Naloxon-Kits zur Reduktion drogenbezogener Todesfälle. Das Angebot richtet sich speziell an Drogenkonsumierende im Jugendalter und wird von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Eisenstadt (Träger: Psychosozialer Dienst Burgenland) koordiniert.
St	Take-home-Naloxon-Projekt	Österreichs erstes Take-home-Naloxon-Projekt in der Steiermark wurde 2020 fortgesetzt, und es wurden drei Schulungstermine abgehalten (2019: 11). Aufgrund des Erfolgs des Projekts ist geplant, die Kosten der Ausbildungen in die Regelfinanzierung der Stadt Graz zu übertragen.
St	Projekt <i>Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patientinnen/Patienten im Bereich Obersteiermark mit Schwerpunkt Leoben</i>	Im Herbst 2019 wurde durch die Landes-Zielsteuerung die Finanzierung des dreijährigen Projekts beschlossen, um die Weiterversorgung der in der SMA Bruck auf Substitutionsmedikamente eingestellten opiatabhängigen Patientinnen/Patienten sicherzustellen. Die Suchtberatung Obersteiermark wurde im Jänner 2020 als Suchtberatungsstelle gemäß § 15 SMG anerkannt. Im Bezirk Leoben werden somit in enger Zusammenarbeit mit der Suchtmedizinischen Ambulanz (SMA) in Bruck Substitutionspatientinnen/-patienten neben den psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Angeboten auch medizinisch versorgt. Die Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung erfolgt weiterhin in der SMA Bruck; die medizinische Weiterbehandlung sowie die psychosozialen Begleitmaßnahmen werden in der Suchtberatung durchgeführt.
St	Behandlung und Betreuung von Substitutionspatientinnen/-patienten in der PVE Gries	Die Primärversorgungseinheit Allgemeinmedizin Graz Gries (PVE Gries) hat im Jahr 2020 die umfassende Behandlung und Betreuung von Substitutionspatientinnen/-patienten im interdisziplinären Team weiter auf- und ausgebaut. Die Angebote des PVE umfassen nun ambulante Reduktionstherapien und Entzüge, psychotherapeutische Interventionen, die Betreuung opiatabhängiger Schwangerer inkl. Nachbetreuung nach der Entbindung, die Anbindung an die Entwicklungsambulanz bzw. die Kooperation mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin sowie eine sozialarbeiterische Hilfestellung, u. a. bei Behördenwegen oder der Wohnversorgung. Durch enge Kooperationen mit anderen substituierenden Einrichtungen in Graz konnten 2020 über 120 Suchtpatientinnen/-patienten betreut werden.
St	Aktualisierung von www.substituieren.at	Die Webseite www.substituieren.at der Interdisziplinären Kontakt- und Anlaufstelle I.K.A. Graz wurde aktualisiert.
T	mobile Betreuung und Begleitung in der <i>Mentvilla</i>	Seit Juni 2019 wurde in Tirol das Angebot rund um die <i>Mentvilla</i> und die Anlaufstelle durch die mobile Betreuung und Begleitung erweitert. Hier gibt es die Möglichkeit, dass suchtkranke Menschen, die außerhalb der <i>Mentvilla</i> untergebracht sind bzw. selbstständig wohnen, durch Sozialarbeiter/-innen beraten und bei Bedarf auch begleitet werden. Das Angebot im Rahmen von zehn Wochenstunden zeichnet sich unter anderem durch eine hohe Flexibilität, Niederschwelligkeit und die Anbindung an Expertinnen/Experten in unterschiedlichen Kontexten aus und richtet sich an erwachsene Frauen und Männer mit eigener Unterkunft. Derzeit nehmen sechs Männer dieses Angebot in Anspruch.
T	Factsheet zu Research-Benzodiazepinen ¹⁴¹	Um auf das Phänomen der Research-Benzodiazepine und das Risiko falsch deklariert Benzodiazepintabletten aufmerksam zu machen, entwickelte die <i>Drogenarbeit Z6</i> ein Factsheet, das im Juni 2021 erschienen ist.

141

Research-Benzodiazepine werden immer häufiger in falsch deklarierten Benzodiazepintabletten festgestellt. Bei Research-

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
T	MDA basecamp Lastenrad	Der Informations- und Beratungsstand von MDA basecamp, der Personen selektiv von gesundheitsschädlichem Verhalten abhalten bzw. Schadensminderung bezwecken soll, wurde durch Lastenradeinsätze in der Stadt Innsbruck ersetzt. Das Lastenrad ermöglicht es, das Angebot der <i>Drogenarbeit Z6</i> flexibel und mobil zu gestalten, sein Einsatz wird auch im Jahr 2021 fortgeführt.
T	PartyBox bzw. Gesundheitspräventionspaket	Das Team der <i>Drogenarbeit Z6</i> hat im Jahr 2020 neue Projekte zur Schadensminimierung und Wissensvermittlung zu Safer Use erarbeitet und Aktivitäten umgesetzt, um ihre Angebote für die Klientel auch im privaten Bereich erreichbar zu machen. Eine PartyBox beinhaltet unter anderem detaillierte Substanzinformationen in Form von Flyern, Erste-Hilfe-Flyer mit umfangreichen Maßnahmen bei einem Notfall im privaten Setting, Rechtsinformationen für Partys im nichtöffentlichen Raum, Harm-Reduction-Utensilien, Safer-Sex-Artikel sowie Gehörschutz. Die PartyBox, bestellbar über die <i>Z6</i> -Homepage, telefonisch sowie über den <i>Z6</i> -Instagram-Account, ist für bis zu zehn Personen ausgelegt und wird von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern kostenlos, vertraulich und anonym ausgegeben. Das Projekt PartyBox sollte auch nach dem jüngsten Lockdown und der Öffnung von Clubs, Nacht- und Tanzlokalen fortgeführt werden.
W	interdisziplinäre Betreuung und Behandlung im <i>ambulatorium suchthilfe wien</i>	Um allen Patientinnen/Patienten einen Zugang zu Diagnostik und Behandlungen zu ermöglichen, steht im <i>ambulatorium suchthilfe wien</i> ein interdisziplinäres Team von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen/Fachärzten (Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Gynäkologie, Psychiatrie und Psychotherapie), diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpflegern sowie diplomierten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern zur Verfügung.
W	Pilotprojekt <i>Psychotherapie im niedrigschwelligen Setting</i>	Das im April 2019 gestartete Angebot konnte auch im Pandemiejahr (telefonisch) weitergeführt werden. Gesamt waren 16 Klientinnen/Klienten in Psychotherapie, wobei sechs Betreuungen neu begonnen wurden. Insgesamt gab es 275 persönliche und 206 telefonische Kontakte (2019: 337 persönliche Termine)
W	Überarbeitung der „Handlungsleitlinien Pflege und Sucht“	Die Arbeitsgruppe „Handlungsleitlinien Pflege und Sucht“ überarbeitet seit 2018 die bestehenden Handlungsleitlinien und führt das ambulante und (teil)stationäre Setting zusammen. Ein Reflexionstreffen hat stattgefunden.
W	Safer-Use-Pilotprojekte „Party Pack“ und „Slam Pack“	Das Safer-Use-Safer-Sex-Pilotprojekt wurde 2020 vom Wiener Netzwerk Chemsex, das aus unterschiedlichen Fachorganisationen aus der MSM-, der sexuellen Gesundheits- und der Suchtberatung besteht, als Idee entwickelt. Die Maßnahme wurde von der Aids Hilfe Wien gemeinsam mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) unter fachlicher Mitarbeit von <i>checkit!</i> umgesetzt. Das Angebot richtet sich vor allem an Männer, die mit Männern Sex haben (MSM) und sowohl im privaten Setting als auch im Partysetting Suchtmittelkonsum und Sex kombinieren (Chemsex). Ziel des Projekts ist es, Beratungsgespräche zu risikoärmerem Konsum und Sex (Harm-Reduction) für die Zielgruppe zu unterstützen und diese durch Bereitstellung von Safer-Use-Safer-Sex-Materialien zu fördern. Die Einrichtung <i>fix und fertig</i> der Suchthilfe Wien hat im Jahr 2020 1.250 Packs vorbereitet und bestückt. Im Rahmen der Beratungsgespräche, die in Einrichtungen des Wiener Netzwerks Chemsex erfolgen, werden die Packs an Klienten verteilt. Weitere Informationen zum Wiener Chemsex-Netzwerk unter www.chemsex.at .

B = Burgenland, St = Steiermark, T = Tirol, W = Wien

Quellen: Taferner-Kraigher p. M., Suchtkoordination Steiermark (2021), Cichy p. M., Caritas Diözese Innsbruck (2021), Drogenarbeit Z6 (2021), SDW (2021), SHW (2021 a), SHW (2021 c).

Benzodiazepinen handelt es sich um unerforschte Forschungschemikalien, die um ein Vielfaches potenter sind als die in zugelassenen Medikamenten verwendeten Benzodiazepine (Drogenarbeit Z6 2021).

siehe <https://www.drogenarbeitz6.at/component/jdownloads/?task=download.send&id=611&catid=14&m=0&Itemid=103> (Zugriff am 21. 7. 2021)

COVID-19

Bei der **Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung** wurden im Berichtszeitraum 2020 leichte bis starke Rückgänge gemeldet. Es zeigt sich, dass vor allem Angebote des aufsuchenden Streetworking, des Drug-Checking und solche in niederschweligen Einrichtungen mit direktem Kontakt eingestellt bzw. stark reduziert wurden. Die Inanspruchnahme der noch aufrechten Angebote zum Spritzenaustausch erschien insgesamt leicht rückgängig, zum Teil wurde – sofern verfügbar – vermehrt auf Angebote von Spritzenautomaten ausgewichen (Horvath et al. 2020, Priebe/Busch 2021). Während des Sommers kam es jedoch bei manchen Versorgungsangeboten eindeutig zu einer erhöhten Nachfrage. Beispielsweise wurde der Spritzenaustausch erhöht nachgefragt, da steriles Spritzenmaterial aus Angst vor einem zweiten Lockdown „gebunkert“ wurde. Insgesamt wurden auch vermehrt Hausbesuche durchgeführt, persönliche Kontakte aus Einrichtungen in den öffentlichen Raum verlegt, oder es wurde eine Reduktion der Angebotspalette durchgeführt, indem bestimmte Dienstleistungen (z. B. Spritzenaustausch, Möglichkeiten zum Duschen, Versorgung mit Lebensmitteln) ohne ein – ansonsten begleitendes – Beratungsgespräch durchgeführt wurden. Letzteres führte zu deutlichen Einschränkungen in der Qualität der niederschweligen Angebote (Strizek et al. 2020).

Das **Drug-Checking** wurde im ersten Lockdown an beiden Standorten eingestellt, die Onlineberatung fand aber weiterhin statt. Bei der *Drogenarbeit Z6* fand Drug-Checking ab Anfang Mai mit Maske, Plexiglasscheibe und bei offenem Fenster wieder wöchentlich statt. Bei der Ergebnisbekanntgabe wurde vermehrt auf die Nutzung von Onlineberatung gesetzt: Die Klientinnen und Klienten bekamen bei der Probenannahme einen Codenamen sowie ein Passwort und konnten so das Ergebnis inklusive Risikoeinschätzung, Harm-Reduction-Empfehlungen und Informationen zu den Substanzen online abrufen. Mit dem Zugangscode war es dann möglich, weiter mit den Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern in Kontakt zu bleiben und Fragen zu stellen. Als weitere neue Variante der Ergebnisbekanntgabe wurde im Herbst auch das Telefongespräch eingeführt (Drogenarbeit Z6 2021).

Bei der Beurteilung **drogenbedingter Schäden und anderer gesundheitlicher und sozialer Folgen** im Zeitraum Juni bis Dezember 2020 wurde ein deutlicher Anstieg einerseits psychiatrischer Komorbiditäten bei Drogenkonsumierenden sowie andererseits drogenbedingter Gewalt einschließlich geschlechtsspezifischer und häuslicher Gewalt wahrgenommen. Bei drogenbezogenen Todesfällen wurde zum Zeitpunkt der Erhebung hingegen von keiner Veränderung ausgegangen. Auch bei anderen Todesfällen wie z. B. Suizid bei Drogenkonsumierenden oder drogenbezogenen Notfällen wurde keine Veränderung wahrgenommen (Priebe/Busch 2021).

Seit Ausbruch der Pandemie hat sich das Spektrum bzw. der **Schwerpunkt der Behandlungsthemen** geändert. Neue Herausforderungen ergaben sich daraus, dass manche Klientinnen/Klienten nicht mehr erreichbar waren, andere hingegen **intensivere Betreuungen** benötigten, etwa aufgrund von Vereinsamung, Isolation, Konflikten, psychiatrischer Komorbidität etc., was sich u. a. in einem **verstärkten Bedarf an psychosozialen Beratungen** / therapeutischen Gesprächen bemerkbar machte (Strizek et al. 2020). Die Tiroler *Drogenarbeit Z6* hat in den Sommermonaten 2020 die Auswirkungen der Kontaktbeschränkungen vor allem bei ihrer sehr jungen Klientel bemerkt. Bei vielen Klientinnen/Klienten führte die soziale Isolation des Frühlings mit Ende der Maßnahmen dazu,

dass exzessiv gefeiert und konsumiert wurde. Dadurch kam es in weiterer Folge bei einigen zu Überforderung und einem erhöhten Hilfebedarf. Gerade Psychosen, die durch Substanzkonsum ausgelöst werden, waren in dieser Zeit wesentlich häufiger Thema (Drogenarbeit Z6 2021).

Das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien erarbeitete infolge der COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen mehrere Informationsblätter, darunter zwei Factsheets zum „Umgang mit Suchtmitteln in Krisenzeiten“ – Informationen für Erwachsene¹⁴² und Jugendliche¹⁴³, die im April 2020 veröffentlicht wurden. In kompakter Form werden dort mögliche Auswirkungen der Krise auf das psychische Befinden und den Konsum von Suchtmitteln beschrieben. Zudem werden auch Tipps zum Umgang mit Suchtmitteln und digitalen Medien in Belastungssituationen vermittelt und Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie Unterstützungsmöglichkeiten angeführt (SDW 2021).

Die *Suchthilfe Wien* war mit *sam* und *help U*, Teams der Mobilen Sozialen Arbeit im öffentlichen Raum, und mit *Streetwork* im Einsatz, um das Risiko einer Ansteckung mit COVID-19 für Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, so gering wie möglich zu halten. Wohnungslose Menschen werden an entsprechende Betreuungsangebote vermittelt und auch mittels mehrsprachiger Infoblätter (in acht Sprachen) über COVID-19 informiert. Außerdem wurde die Aktion *Abstand halten! – auch im Park* gestartet, mit der Parknutzer/-innen mittels Plakaten über die aktuellen Verhaltensregeln betreffend COVID-19 informiert wurden (SDW 2021).

6.4 Zusätzliche Information

Das im Jahr 2019 von der Europäischen Kommission genehmigte Projekt *SCANNER* (DG Justice) stellt eine internationale Kooperation zwischen dem *checkit!*-Labor und ausgewählten Drug-Checking-Einrichtungen dar. Hauptziel des Projekts ist es, Erkenntnisse über die Dynamik und die Folgen des Konsums Neuer psychoaktiver Substanzen vor dem Hintergrund eines sich schnell verändernden (Online-)Drogenmarkts zu gewinnen. Das *checkit!*-Labor an der Medizinischen Universität Wien dient dabei als Referenzlabor zur Identifizierung Neuer psychoaktiver Substanzen. Im Berichtsjahr 2020 wurden die ersten Validierungen zwischen Laboren (Ringversuche) vorbereitet (SHW 2021b).

142

https://sdw.wien/wp-content/uploads/drw-factsheet-Umgang_mit_Suchtmitteln_in_Krisenzeiten_Erwachsene-2.pdf (Zugriff am 2. 7. 2021)

143

https://sdw.wien/wp-content/uploads/drw-factsheet-Umgang_mit_Suchtmitteln_in_Krisenzeiten_JUGENDLICHE-RZ_web....pdf (Zugriff am 2. 7. 2021)

6.5 Quellen und Methodik

Sämtliche Quellen sind in der Bibliografie in Abschnitt 6.6 aufgelistet.

Quellen

Seit 1989 sammelt in Österreich das Gesundheitsressort Daten **drogenbezogener Todesfälle**. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt werden. Ergänzt werden die gemeldeten Verdachtsfälle durch eine Liste der Statistik Austria, die Todesfälle mit ausgewählten drogenbezogenen Todesursachen (ICD-10-Codes) enthält. Zur Klassifizierung der sogenannten verifizierten Fälle werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“), d. h. es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin / einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tode, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl I 1997/112 in der geltenden Fassung) als auch solche mit **Neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl I 2011/146).

Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet. In der Arbeitsgruppe¹⁴⁴ zu drogenbezogenen Todesfällen wurden im November 2016 Überdosierungen verschreibungspflichtiger opioidhaltiger Schmerzmittel (ohne andere Suchtgifte) diskutiert, und zwar mit folgendem Hintergrund: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen/-patienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen – anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise – starke Zweifel hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2020 wurden daher

144

In dieser Arbeitsgruppe diskutieren jährlich Expertinnen und Experten verschiedener Bereiche (der Suchthilfe, des BMSGPK, BMJ und BMI, gerichtsmedizinischer Institute, der Statistik Austria) aktuelle Themen betreffs drogenbezogener Todesfälle.

zehn Personen, die an einer Überdosierung opioidhaltiger verschreibungspflichtiger Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter/-innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung **drogenbezogener Notfälle**. Daten bezüglich Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *checkit!* und *Drogenarbeit Z6* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Ihre Zielgruppe sind Laiinnen und Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen/-ärzte in Anspruch nimmt. Dort eingehende Anrufe werden systematisch dokumentiert. Neben Angaben zu den Patientinnen/Patienten werden u. a. die Exposition, die Substanz(en), Ort, Hergang, Symptome und der „poisoning severity score“ erhoben. Drogenbezogene Anrufe werden in den meisten Fällen als *Abusus* codiert, in selteneren Fällen als Selbstvergiftung bzw. akzidentiell (GÖG/VIZ 2020: Sonderauswertung Drogen).

Die Datenlage hinsichtlich **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i. v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nichtrepräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die wichtigsten Datenquellen stellen hier das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus drei Drogenhilfeeinrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* in Vorarlberg, *Kontaktladen* in Graz) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass zum Teil nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nichtrepräsentativ zu bezeichnen. Dieses Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und Tbc finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten bezüglich der **Durchimpfungsrate** stammen aus DOKLI. U. a. weil es sich dabei um freiwillige Angaben handelt, sind die Daten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Daten zum allgemeinen Impfschutz hinsichtlich Hepatitis A und B können dem *Gesundheitsbericht Österreich 2009* (GÖG/ÖBIG 2009) entnommen werden. Sie beziehen sich allerdings auf das Jahr 2007 und sind daher nur eingeschränkt zu verwenden.

Die **aCtion-Hepatitis-C-Datenbank** wurde 2004 ins Leben gerufen, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden dort Fälle chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypenverteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, weil die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten lieferten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie über die aktuelle Datenlage in Hinblick auf **Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich** veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gebracht. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Mittels *Standard Table 10* der EBDD bzw. EMCDDA werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe sowie zum Angebot von Safer-Use-Utensilien innerhalb der Einrichtungen gesammelt (vgl. Tabelle A6.4).

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS, in die mittlerweile die Daten von neun Behandlungszentren einfließen. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Klinik Penzing Wien, Med Campus III des Kepler-Universitätsklinikums Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch die Klinik Favoriten (ehem. Kaiser-Franz-Josef-Spital) in Wien dazu und 2018 ein Zentrum in Feldkirch. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 9. 2020 wurden insgesamt 10.306 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 75 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der nichtdiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben. Weitere verhaltensbezogene Daten i. v. Drogenkonsumierender werden in der Studie nicht erfasst (AHIVCOS 2020).

Im Rahmen der ersten *Trendspotter*-Studie im April 2020 dokumentierte die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) für die gesamte EU die ersten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Präventionsmaßnahmen auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum sowie auf die Einrichtungen der Drogenhilfe. Im Zuge der zweiten *Trendspotter*-Studie wurden die Auswirkungen der Lockerung der COVID-19-Eindämmungs-

maßnahmen auf eine Vielzahl drogenbezogener Themenbereiche (Drogenmärkte, Konsummuster, gesundheitliche Folgen, Suchtbehandlung, Drogenproblematik in Gefängnissen) erhoben. Neben den Publikationen der EMCDDA (2021; 2020a; 2020b) liegen auch österreichspezifische Berichte vor (Priebe/Busch 2021; Horvath et al. 2020).

6.6 Bibliografie

aCtion-Hepatitis-C-Datenbank (2012). Auswertung vom 12. Dezember 2012. Durchgeführt von Tschapeller, B. für Joanneum Research, Graz. Übermittelt von Bauer, B., LKH Hörgas/Enzenbach. Graz

AHIVCOS (2020). HIV/AIDS in Austria – 39th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck

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

Caritas, Diözese Graz-Seckau (2018). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2017. Graz.

Caritas, Diözese Innsbruck (2021). Mentlvilla, Jahresbericht 2020. Innsbruck

Drogenarbeit Z6 (2021). Tätigkeitsbericht 2020. Innsbruck

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2020a). Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe, EMCDDA trendspotter briefing May 2020. EMCDDA. Lissabon.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2020b). Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe, EMCDDA trendspotter briefing. EMCDDA. Lissabon.

Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2021). Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons. Results from an EMCDDA trendspotter study April 2021. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Luxemburg.

GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2021). Let's End Hepatitis C in Vienna. Vortrag vom 9. Mai 2021 beim 23. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. Online Tagung

- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Horvath, I.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020): EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union. Gesundheit Österreich, Wien
- DVS (2021). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2021. Dachverband der Sozialversicherungsträger. Wien
- I.K.A. (2021). Statistiken I.K.A. 2020. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. In: WAVM-Jahresbericht 2020. Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. Graz
- Maieron, A. (o. J.). Pilotprojekt. Vereinfachter Behandlungszugang für Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm in Niederösterreich. Präsentation.
- Priebe, Birgit; Busch, Martin (2021): Sucht und COVID-19 – Trendspotter März 2021. Österr. Ergebnisse der EBDD-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union (erweitert um Alkohol und Glücksspiel). Gesundheit Österreich, Wien.
- Schmutterer, I.; Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien
- Schütz, A.; Moser, S.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Lang, T.; Schleicher, M.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis*. 2018 Jul; 25(7): 870–873. doi: 10.1111/jvh.12857. Epub 2018 Feb 6
- SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2021). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2021“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SHW (2020). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2021a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2021b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

- SHW (2021c). Bereich Arbeit und Integration. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burdens in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. *Health Policy* 122 (2018): 1392–1402
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Priebe, Birgit, Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2020): Sucht(behandlung) in der Krise. Kurzbericht. *Gesundheit Österreich, Wien*
- Suchthilfe Tirol (2021). Jahresstatistik 2020. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol
- Suchtkoordination Kärnten (2021). Jahresbericht 2020 Prävention und Suchtkoordination. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt am Wörthersee
- Suchtkoordination Steiermark (2021). Input der Suchtkoordination Steiermark für den „Bericht zur Drogensituation 2021“. Suchtkoordination des Landes Steiermark. Graz
- Suchtkoordination Tirol (2021). Input der Suchtkoordination Tirol für den „Bericht zur Drogensituation 2021“. Suchtkoordination Tirol. Innsbruck
- Weigl, M.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. *Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien*
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. *Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien*
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. *Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien*

6.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

6.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	Kontaktladen, Graz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Haring, Julian	Suchthilfe Tirol
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Kaipel, Simone	Ambulatorium Suchthilfe Wien
Nemeth, Margit	Suchtkoordination Kärnten
Neubacher, Thomas	Suchtkoordination Vorarlberg
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg
Schwarzenbrunner, Thomas	Suchtkoordination Oberösterreich
Taferner-Kraigher, Petra	Suchtkoordination Burgenland
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.9 Anhang

Tabelle A6.1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2011–2020

Todesursache	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Intoxikation mit Opiat(en) ¹	11	11	10	10	6	7	8	9	11	7
Mischintoxikation mit Opiat(en) ¹	151	111	103	85	107	120	97	136	138	129
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	8	8	6	7	10	13	17	12	14	13
Intoxikation unbekannter Art	7	9	3	0	3	6	4	3	5	6
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	177	139	122	102	126	146	126	160	168	155
nichtobduzierte drogenbezogene Todesfälle	24	22	16	20	27	19	28	24	28	36
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	201	161	138	122	153	165	154	184	196	191

¹ inklusive opiathaltiger NPS

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2011–2020 nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Burgenland	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6	1,6	1,0	1,6	0,5
Kärnten	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0	3,5	6,6	4,7	1,1
Niederösterreich	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4	1,4	2,0	3,1	2,9
Oberösterreich	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6	1,9	1,1	1,8	1,9
Salzburg	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4	2,2	1,1	1,4	1,3
Steiermark	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6	1,6	3,0
Tirol	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8	2,2	4,7	5,1	4,3
Vorarlberg	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3	2,3	1,9	4,6	3,4
Wien	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3	5,0	6,1	5,2	5,6
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8	2,6	3,1	3,3	3,2

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel,
STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2011–2020 nach Bundesland (absolut)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Burgenland	4	2	1	2	3	3	3	2	3	1
Kärnten	4	7	7	5	9	11	13	24	17	4
Niederösterreich	29	23	19	9	21	15	15	22	34	32
Oberösterreich	14	19	14	6	8	16	19	11	18	19
Salzburg	6	10	4	4	2	5	8	4	5	5
Steiermark	16	7	6	11	9	13	15	13	13	25
Tirol	23	14	14	12	14	24	11	24	26	22
Vorarlberg	8	7	10	8	15	11	6	5	12	9
Wien	97	72	63	65	72	67	64	79	68	74
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	201	161	138	122	153	165	154	184	196	191

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.4:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2020

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	3 ¹	0	131.034
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	5	3	924.282
Salzburg	1	2	6.000
Steiermark	2 ¹	3 ²	851.690
Tirol	1	6	569.764
Vorarlberg	4	7	453.964
Wien	3 ^{1,3}	0	3.490.342
Gesamt	19	21	6.427.076

¹ inkludiert ein Streetwork-Angebot² inkludiert einen Präventionsautomaten einer Apotheke³ zusätzlich 15 spezialisierte Angebote in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in drei ausgesuchten Apotheken

Quelle: ST10; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	203
7.1	Zusammenfassung.....	203
7.2	Aktuelle Situation.....	204
	7.2.1 Drogenmärkte.....	204
	7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	208
	7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	210
7.3	Trends.....	211
7.4	Neue Entwicklungen.....	217
7.5	Quellen und Methodik.....	218
7.6	Bibliografie	218
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	219
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	219
7.9	Anhang.....	220

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Verbraucherland für illegale Drogen. Virtuelle Drogenmärkte (im Darknet, aber auch im offen zugänglichen Internet sowie über Messengerdienste) gewinnen zunehmend an Bedeutung, auch die Sicherheitsbehörden richten verstärkt einen Fokus auf diese neuen zusätzlichen Drogenmärkte. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt bezogen sich im Jahr 2020 in Österreich 40.299 Anzeigen gemäß Suchtmittelgesetz (SMG) auf Suchtmittel, im Jahr 2019 waren es 43.329, ihre Zahl ist somit um sieben Prozent zurückgegangen – vor allem wegen der COVID-19-Pandemie. Von den Anzeigen des Jahres 2020 galten 39.660 gemäß SMG Suchtgiften, wobei der größte Teil davon (28.587) Cannabis betraf. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (36.470) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (3.190) bei weitem. Im Jahr 2020 kam es zudem zu 5.519 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr gemäß Straßenverkehrsordnung (StVO) bzw. Führerscheingesetz (FSG). Dem stehen 25.705 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Substitutionsmitteln) enthalten, und *Neuen psychoaktiven Substanzen*. Im Bundeskriminalamt ist zudem eine Meldestelle für Drogenausgangsstoffe eingerichtet.

COVID-19

Aus Sicht der Sicherheitsbehörden gab es auch während der COVID-19-Pandemie keine auffälligen Veränderungen im Bereich der Suchtmittelkriminalität hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisstabilität und Qualität. Es zeigt sich ein leichter Rückgang bei den Suchtmitteldelikten im Jahresvergleich. Große Verschiebungen des Suchtmittelhandels ins Internet/Darknet konnten nicht beobachtet werden, wobei der Suchtmittelpostversand bereits vor der Pandemie auf hohem Niveau war. Beim Onlinehandel zeigt sich eine Reduktion der Vendoren, bei Verkaufszahlen und Suchtmittelarten zeigen sich keine grundlegenden Veränderungen. Im Bereich der Darknet-Community wurden verstärkt Lieferausfälle diskutiert (BMI 2021).

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist Transit- und Verbraucherland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich gering. In Österreich konnten im Jahr 2020 insgesamt 994 Orte zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden – fast zwei Drittel davon waren indoor angesiedelt –, was gegenüber 976 im Jahr 2019 einen leichten Anstieg darstellt. In Oberösterreich (4), Niederösterreich (4), Tirol (2) sowie in Wien (1), der Steiermark (1) und in Salzburg (1) wurden im Jahr 2020 insgesamt 13 Labore zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Syntheseeziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war. Die erzeugten Suchtmittel dienten meist dem Eigenbedarf bzw. einem regional begrenzten Kreis von Abnehmerinnen/Abnehmern (BMI 2021; Lichtenegger, p. M.).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Nach wie vor wird Heroin vor allem über die Türkei, Bulgarien, die Balkanregion und Österreich nach Westeuropa geschmuggelt. Trotz der pandemiebedingten Grenzsicherungen war die Verfügbarkeit von Heroin und Opiatprodukten nicht eingeschränkt. Der Kokainschwarzmarkt in Österreich wird über den See- und Luftweg und somit via den internationalen Flughafen Wien-Schwechat aus Süd- und Mittelamerika versorgt. Die Sicherstellungen erreichten 2020 ein Rekordniveau von 181 Tonnen. In einem Spezialreport der EMCDDA wird weiters von besorgniserregenden Entwicklungen bei Methamphetaminen und Ephedrin berichtet, die aus Afghanistan kommen (EU4MD Special Report 2020), eine weitere Beobachtung des Marktes wird dringend empfohlen. Cannabisprodukte werden meist in Albanien erzeugt. Aus Marokko wird vor allem Cannabis harz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Aus Sicht des BMI wurden aufgrund der COVID-19-Lage die Exporte an die Atlantikküste verlegt, da hier weniger Kontrollen als an der Mittelmeerküste durchgeführt wurden. Amphetamin, „Ecstasy“ und MDMA werden hauptsächlich aus den Niederlanden eingeführt. *Neue psychoaktive Substanzen*¹⁴⁵ (NPS) werden via Internet aus dem asiatischen Raum bezogen, jedoch hat China eine Art Vorreiterrolle zur Eindämmung der Produktion von NPS eingenommen und bereits diesbezügliche gesetzliche Maßnahmen eingeleitet. Geliefert wird aus Europa und Asien per Versand durch Post oder Paketdienste. Der Transport erfolgt nach wie vor mit Kraftfahrzeugen, im Bahn-, Bus- und Personenverkehr sowie auch über Post- und Paketsendungen (BMI 2021; Lichtenegger, p. M.).

145

Darunter fallen unterschiedliche Substanzen mit unterschiedlichen Wirkspektren. Die meisten dieser Substanzen sind durch das NPSG (BGBl I 2011/146) reglementiert. Darüber hinaus werden hier weitere Substanzen, die nicht unter das NPSG fallen, als NPS eingestuft, z. B. Mephedron oder sogenannte Research-Benzodiazepine.

Der Handel mit illegalen Suchtmitteln im Internet und Darknet ist weiterhin ein großes Thema. Illegale Suchtmittel werden dort bestellt und dann via Postversand verschickt. Die Abstimmung dazu erfolgt über Messengerdienste in allen Hierarchien der Tätergruppierungen, was die Polizei auch im Land vor große Herausforderungen stellt (BMI 2021).

Preise und Reinheit der Substanzen

In der nachfolgenden Tabelle 7.1 werden die **Preise** (Unter-, Obergrenze, typischer Preis) diverser Drogen im **Großhandel** dargestellt. Angaben, die vom BMI zu Preisen der diversen Drogen auf **Straßenverkaufs-niveau** gemacht werden, sind Tabelle 7.2 zu entnehmen. Hinsichtlich der Preise zeigen sich erhebliche Schwankungsbreiten. Tabelle 7.3 zeigt den **Schwarzmarktwert der Sicherstellungen** sechs ausgewählter illegaler Suchtmittel im Jahr 2020. Die Daten des BMI hinsichtlich Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2020

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Untergrenze	1.500	2.500	13.000	38.000	2.000	20.000	2.500
Obergrenze	5.000	6.000	70.000	70.000	20.000	60.000	10.000
typisch	3.700	4.000	30.000	51.000	9.100	36.000	6.400

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.2:

Preise (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2020

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Untergrenze	6	—	20	50	5	40	5
Obergrenze	15	—	90	150	60	120	30
typisch	10	10	30	50	25	70	20

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.3:
Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro) 2020

Substanz	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen
Cannabis	13.336.695
Heroin	4.673.052
Kokain	8.167.491
„Ecstasy“	1.467.531
Amphetamin	2.978.971
Methamphetamin	2.094.959

Quelle: BMI 2021; Darstellung: GÖG

Informationen zur **Reinheit von Substanzen** stehen aus zwei niederschweligen Einrichtungen (*checkit!* [Wien], *Drogenarbeit Z6* [Tirol]) zur Verfügung (vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6). Es handelt sich um eine selektive Stichprobe, die essenzielle Aufschlüsse über neue Entwicklungen ermöglicht, aber nur mit Vorbehalt Rückschlüsse auf den gesamten Drogenmarkt in Österreich zulässt. In der Einrichtung *checkit!* der Suchthilfe Wien wurden im Berichtsjahr insgesamt 982, in der Tiroler Einrichtung *Drogenarbeit Z6* insgesamt 354 Substanzproben zur Analyse abgegeben (vgl. SHW 2021, *Drogenarbeit Z6 2021* bzw. Oberacher 2021).

Eine Zehn-Jahres-Entwicklung der **Reinheit von Substanzen im Straßenhandel**, basierend auf den Daten des BMI/BK, wie auch die Entwicklung der Reinheit der analysierten Substanzproben in Wien werden in Kapitel 7.3 dargestellt.

Von den als „**Ecstasy**“ bei *checkit!* in Wien zur Testung abgegebenen Tabletten enthielten die meisten Proben außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA keine pharmakologisch aktiven Substanzen. Während in Tirol die als **MDMA**¹⁴⁶ abgegebenen Tabletten einen im Vergleich zu den Vorjahren durchschnittlich niedrigeren Wirkstoffgehalt (160 mg) aufwiesen (*Drogenarbeit Z6 2021*), stieg in Wien die Anzahl der Ecstasy-Tabletten mit einer sehr hohen Dosierung (über 200 mg) auf knapp die Hälfte der Proben an (SHW 2021).

In Wien enthielten die als „**Speed**“ gekauften Proben zu rund 31 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Dieser Reinheitswert ist erstmals seit 2014 wieder steigend. Auch hier zeigt sich in Tirol ein gegenüber Wien gegenteiliger Trend, indem in Tirol erstmals seit Jahren ein abnehmender Amphetamingehalt beobachtet wurde (Oberacher 2021). Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt liegt bei 22,9 Prozent. Der aus gesundheitlicher Sicht problematische Trend, dass Speed-Proben mit Koffein (der durchschnittliche Koffeingehalt beträgt 66 %) verunreinigt sind, setzt sich in Tirol weiter fort (*Drogenarbeit Z6 2021*) (vgl. Kapitel 6).

Von als **Kokain** gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten 64 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengungen (2017: 58 %, 2018: 67 %, 2019: 62 %). Die in Tirol

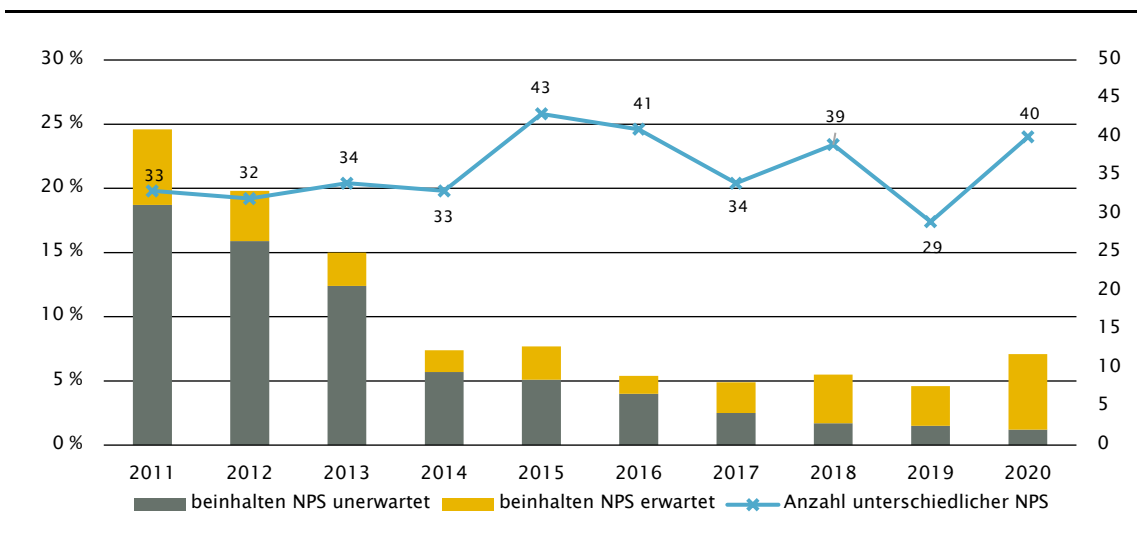
146

„Ecstasy“ ist die Szenebezeichnung für Methylendioxyamphetamin (MDMA) in Tablettenform, in der Szene wird dieselbe Substanz in Pulver-, Kristall- oder Kapselform häufig schlicht „MDMA“ genannt.

analysierten Kokainproben enthielten einen durchschnittlichen Wirkstoffgehalt von 74,3 Prozent (Oberacher 2021), was als Beleg für eine hohe Reinheit gesehen werden kann. Deutlich wird, dass der Anteil der verschnittenen Kokainproben über die Jahre hinweg abnimmt, wobei 2020 erstmals wieder eine Zunahme der verschnittenen Proben in Tirol beobachtet wurde (Oberacher 2021).

Der Anteil der in Wien analysierten Proben, die **NPS** erwarteterweise beinhalten (5,9 %), ist größer als der Anteil jener, die NPS unerwarteterweise beinhalten (1,2 %; vgl. Abbildung 7.1). In Tirol konnten 65 abgegebene NPS-Proben klassifiziert werden, mit insgesamt 38 Wirkstoffen (Oberacher 2021). Insgesamt wurden in Tirol sieben Cannabisproben wegen Verdachts auf eine Verunreinigung mit synthetischen Cannabinoiden¹⁴⁷ analysiert. In einer Probe konnte der Wirkstoff 5F-MDMB-PICA nachgewiesen werden. Bei Drug-Checking-Angeboten werden immer häufiger Proben abgegeben, die sogenannte Research-Benzodiazepine¹⁴⁸ beinhalten, wie beispielsweise gefälschte Xanax-Tabletten (Drogenarbeit Z6 2021).

Abbildung 7.1:
Beinhaltete NPS in den Analyseergebnissen von *checkit!* (gesamt, unerwartet und erwartet)
2011–2020



Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH, Darstellung: GÖG

147

Synthetische Cannabinoide sind im Vergleich zu THC um ein Vielfaches potenter. Akute und schwerwiegende Vergiftungen sind bei synthetischen Cannabinoiden wahrscheinlicher. So kann der Konsum hochpotenter synthetischer Cannabinoide u. a. zu rascher Ohnmacht, Herzinfarkt, Herzrasen, Bluthochdruck, Krampfanfällen, Übelkeit mit Erbrechen, akuten Psychosen sowie aggressivem und gewaltsamem Verhalten führen. (Drogenarbeit Z6 2020)

148

Bei Research-Benzodiazepinen handelt es sich um unerforschte Forschungschemikalien, die um ein Vielfaches potenter sind als die in zugelassenen Medikamenten verwendeten Benzodiazepine (Drogenarbeit Z6 2021).

Das BMI/BK analysierte im Jahr 2020 insgesamt 216 Proben mit Verdacht auf Verstoß gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG), die Ergebnisse wurden dem *Informations- und Frühwarnsystem* (EWS) über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Insgesamt wurden 89 verschiedene Substanzen bzw. Substanzkombinationen identifiziert. Die am häufigsten gefundene Substanz war 5F-MDMB-PICA¹⁴⁹ (ein synthetisches Cannabinoid) in rund neunzehn Prozent aller Proben, gefolgt von einem weiteren synthetischen Cannabinoid namens JWH-210. Alle anderen Substanzen wurden in weniger als fünf Prozent der Fälle entdeckt. Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) meldete dem EWS über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum im Jahr 2020 keine neuen NPS.

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Anzeigen im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Im Jahr 2020 gab es insgesamt 40.299 **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz** (SMG), um sieben Prozent weniger als im Vorjahr. Davon bezogen sich 39.660 Anzeigen auf Suchtgifte. Die meisten der übrigen 633 Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe.¹⁵⁰ Die gesunkene Zahl der Anzeigen gemäß SMG liegt vor allem an der COVID-19-Pandemie und den damit verbundenen Maßnahmen (BMI 2021).

Differenziert nach der **Art der Anzeige** (vgl. Abbildung 7.4), zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (36.470) wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei weitem überstieg (3.190 wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG)¹⁵¹. **Nach involvierten Substanzen differenziert, zeigt sich**, dass Anzeigen wegen Cannabis rund 72 Prozent (28.587) der einschlägigen Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (5.807; rd. 15 %), danach folgen Anzeigen wegen Heroin und Opiaten (8,5 %) sowie Amphetamin (rd. 7 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als fünf Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen (vgl. Tabelle A7.5 und Abbildung 7.5). Im Jahr 2020

149

Mit der Änderung der Suchtgiftverordnung per 8. Jänner 2021 (BGBl II 2021/9) wird 5F-MDMB-PICA seit diesem Zeitpunkt als Suchtgift definiert.

150

Details siehe Tabellen A7.1 bis A7.3 im Anhang

151

Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

wurden bei der Staatsanwaltschaft 486 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das NPSG eingebracht, was eine rund elfprozentige Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (vgl. Tabelle A7.4).

Den insgesamt 40.299 Anzeigen des Jahres 2020 stehen 2.387 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen der Festnahmen nach Art des Vergehens oder nach Substanz etc. gibt (vgl. Kapitel 2). Durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Polizei in den einzelnen Bundesländern wie z. B. in Form von Aktionen am Flughafen Schwechat in Niederösterreich oder in Form des Fokus auf Tätergruppen aus den Westbalkanstaaten in der Steiermark oder auf albanische Tätergruppierungen, die von Vorarlberg bis in die Schweiz agieren, unterscheiden sich auch die Verteilungen der Anzeigen auf Länderebene zwischen den Bundesländern mitunter stark (BMI 2021; vgl. Tabelle A7.6).

Suchtmittelbezogene Anzeigen außerhalb der Drogengesetzgebung

Die nachfolgende Tabelle 7.4 zeigt, dass die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols jene wegen Suchtgifts im Straßenverkehr um ein Vielfaches übertrifft. Während die Zahl alkoholbedingter Anzeigen im Vergleich zu 2019 zurückgegangen ist, zeigt sich bei jenen, die Suchtgift betreffen, seit Jahren ein kontinuierlicher Anstieg, der sich auch 2020 fortsetzte.

Die Zahlen der **vorläufigen Führerschein- und Mopedausweisabnahmen gemäß § 39 FSG** bezieht sich sowohl auf Abnahmen wegen Alkoholkonsums als auch wegen Suchtgiftkonsums und spiegeln auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) wider.

Im Jahr 2020 sank die Zahl der vorläufigen Führerschein- und Mopedausweisabnahmen gemäß § 39 FSG auf 16.177, was einen Rückgang im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (2019: 18.298; Schmid, p. M.). Die Zahlen spiegeln auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) wider.

Tabelle 7.4:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2015–2020

Anzeigen	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	1.068	1.491	2.192	3.011	4.364	5.519
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	26.327	27.896	28.109	28.067	30.930	25.705
Gesamt	27.395	29.387	30.301	31.078	35.294	31.224

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots und zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und -dienststellen, der Ermittlungen sowie internationaler polizeilicher Kooperation gegen organisierte Suchtmittelkriminalität ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen unter Fachaufsicht des Bundeskriminalamts die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sowie Bezirkspolizeikommanden mit eingerichteten Ermittlungsgruppen zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Letztlich werden die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des SMG sowie des NPSG von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall den Fachdienststellen übergeben bzw. selbst abgearbeitet. Insgesamt werden in Österreich rund 690 speziell ausgebildete Exekutivbedienstete im Bereich der Suchtmittelkriminalität primär eingesetzt.

Die in Österreich von den Sicherheitsbehörden gesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten (siehe Abschnitt 7.3). Im Jahr 2020 gingen zudem zehn Verdachtsmeldungen betreffend Chemikalien und Substanzen in der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe des Bundeskriminalamts¹⁵² ein. Es erfolgten in diesem Zusammenhang zudem 239 Vertriebswegüberprüfungen (BMI 2021).

Im Rahmen der Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet läuft weiterhin eine Kooperation mit dem internationalen Postzentrum Frankfurt am Main. Die Kooperation mit der Zollverwaltung in Österreich wurde hier weiter ausgebaut. Mittels Kontrollen durch die österreichische Zollverwaltung konnten zwischen Jänner 2016 und Dezember 2020 rund 13.000 Postsendungen mit insgesamt 1.200 Kilogramm Suchtmitteln und Neuen psychoaktiven Substanzen sichergestellt werden. Folgeermittlungen zeigten, dass die aufgegriffenen Briefsendungen ausschließlich über Darknet-Marktplätze bestellt worden waren (BMI 2021).

Die Kontrollmaßnahmen mit den Schwerpunktkontrollen der Postwege werden in enger Kooperation mit der österreichischen Zollverwaltung des Bundesministeriums für Finanzen durchgeführt. Weil es dadurch auch aufseiten der Kriminalpolizei zu einem deutlichen Mehraufwand kommt, wurde mit Jänner 2020 die Arbeitsgemeinschaft FLAVUS innerhalb des Fachreferats installiert. Durch diese Zusammenarbeit bei zollrechtlichen- und kriminalpolizeilichen Maßnahmen konnten im Zeitraum von 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2020 insgesamt 3.045 Postsendungen mit einem Gesamtinhalt von rund 60 Kilogramm Suchtmitteln und Neuen psychoaktiven Substanzen

152

Bundesministerium für Inneres, Bundeskriminalamt, Referat 3.3.2 Synthetische Suchtgifte

sichergestellt werden. Parallel dazu gab es Ermittlungen gegen österreichische Vendoren (Händler im Darknet), wodurch im Jahr 2020 mehrere Betreiber sehr aktiver österreichischer Darknet-Shops für Suchtmittel ausgeforscht, festgenommen und bereits zu mehrjährigen Haftstrafen verurteilt werden konnten (BMI 2021).

7.3 Trends

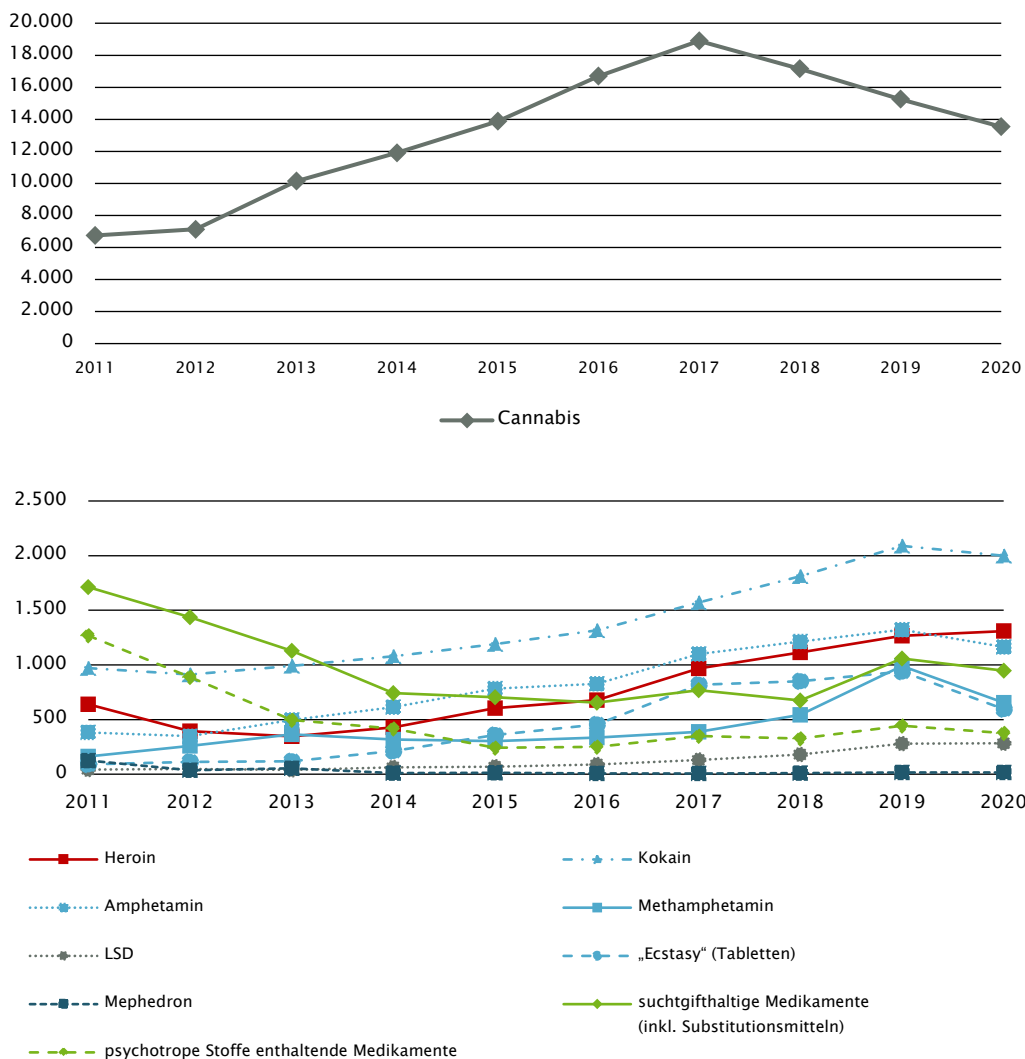
Knapp 63 Prozent der **Sicherstellungen** (13.535) im Jahr 2020 betrafen Cannabis, gefolgt von Kokain (2.000; rd. 9 %) und Heroin (1.309; rd. 6 %) sowie Amphetamin (1.163; rd. 5 %). Die Anzahl der Sicherstellungen weiterer Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7.7).

Abbildung 7.2 veranschaulicht, dass die Anzahl der **Cannabissicherstellungen** 2020 zwar erneut rückgängig ist, aber dennoch rund zwei Drittel aller Sicherstellungen ausmacht. Bei der Anzahl der Sicherstellungen von LSD und Heroin ist weiterhin ein fortlaufender Anstieg festzustellen, alle anderen Substanzen verzeichneten im Jahr 2020 einen Rückgang.

Die **sichergestellten Mengen** schwanken – aufgrund einzelner Großsicherstellungen – von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle A7.8 zu entnehmen ist.

Abbildung 7.2:

Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich 2011–2020



Aufgrund der Größenordnung der Cannabisbeschlagnahmungen werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufslevel) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre hinweg Schwankungen. Langfristig waren bei Kokain, Heroin und Amphetamin Steigerungen des durchschnittlichen Wirkstoffgehalts zu beobachten. Die durchschnittliche Reinheit bei braunem Heroin steigt seit 2011 kontinuierlich an, „Ecstasy“ und Methamphetamin unterliegen starken Schwankungen. (vgl. Tabelle 7.5).

Tabelle 7.5:

Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2011–2020

Suchtgift/Suchtmittel	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cannabisharz (% THC)	9,1	11,0	9,8	12,0	15,2	15,1	13,2	15,3	16,5	16,0
Cannabiskraut (% THC)	7,0	9,7	9,6	8,9	9,8	10,8	9,6	8,8	7,0	6,1
Heroin braun (%)	5,8	6,4	7,6	11,9	13,7	13,7	15,0	15,8	17,7	17,7
Kokain (%)	27,5	28,1	26,1	31,6	33,4	45,9	51,4	53,2	51,9	59,7
Amphetamin (%)	7,9	8,4	9,5	10,6	18,5	14,5	13,8	12,4	19,8	21,8
Methamphetamin (%)	52,0	54,4	56,0	63,5	51,5	58,7	57,2	55,1	59,4	62,7
„Ecstasy“ (mg der MDMA-Base pro Einheit)	63,4	50,7	46,0	44,6	48,7	47,7	38,3	49,9	41,5	44,9

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

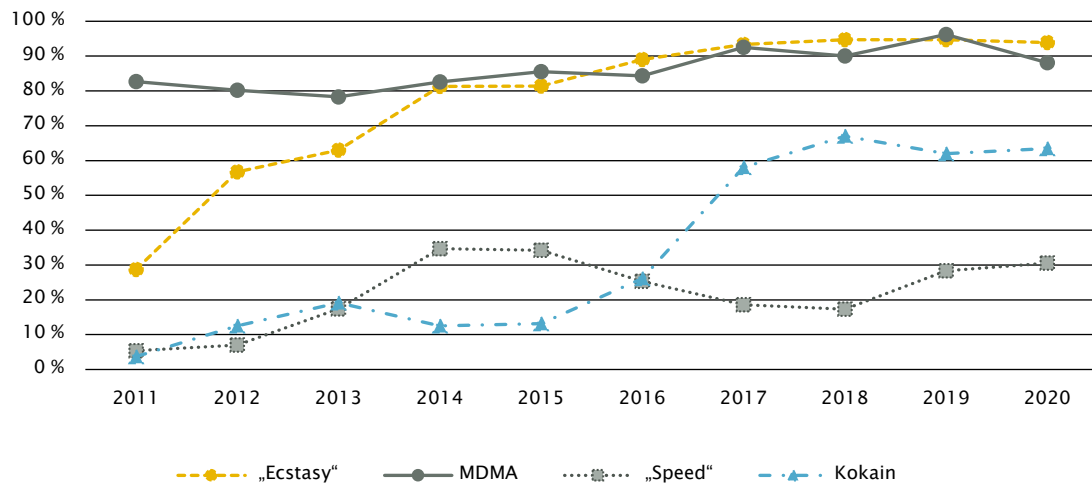
Abbildung 7.3 zeigt die Entwicklung der Reinheit der Substanzproben, die im Rahmen von *checkit!* analysiert wurden. Generell ist bei „Ecstasy“, MDMA und Kokain ein Trend dahingehend zu beobachten, dass sie außer den erwarteten Substanzen keine bzw. kaum andere pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhalten. Die auffälligste Entwicklung ist diesbezüglich im Zeitverlauf bei Kokain zu beobachten: Während 2011 nur 3,7 Prozent aller analysierten Proben keine anderen pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhalten hatten, lag dieser Wert 2020 bei über 63 Prozent. Eine ähnliche Entwicklung ist bei „Ecstasy“ zu beobachten, seit 2014 gibt es hier kaum Unterschiede zu MDMA¹⁵³. Bei „Speed“ ist der Anteil der Proben ohne Beimengungen nach wie vor wesentlich niedriger.

153

„Ecstasy“ ist die Szenebezeichnung für Methylendioxyamphetamin (MDMA) in Tablettenform, während dieselbe Substanz in Pulver-, Kristall- oder Kapselform schlicht „MDMA“ genannt wird.

Abbildung 7.3:

Anteil der bei *checkit!* analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2011–2020



Quelle: SHW 2021; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.4 stellt die **langfristige Entwicklung der Anzeigen** wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG) und Verbrechenstatbeständen (§ 28 und § 28a SMG) dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Ab 2013 stiegen die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen bis zum Jahr 2019 stark an, 2020 ist ein leichter Rückgang auf 36.470 Anzeigen zu verzeichnen. Die Zahl der Verbrechenstatbestände ist im Jahr 2020 ebenfalls rückläufig (Lichtenegger, p. M.).

Abbildung 7.4:

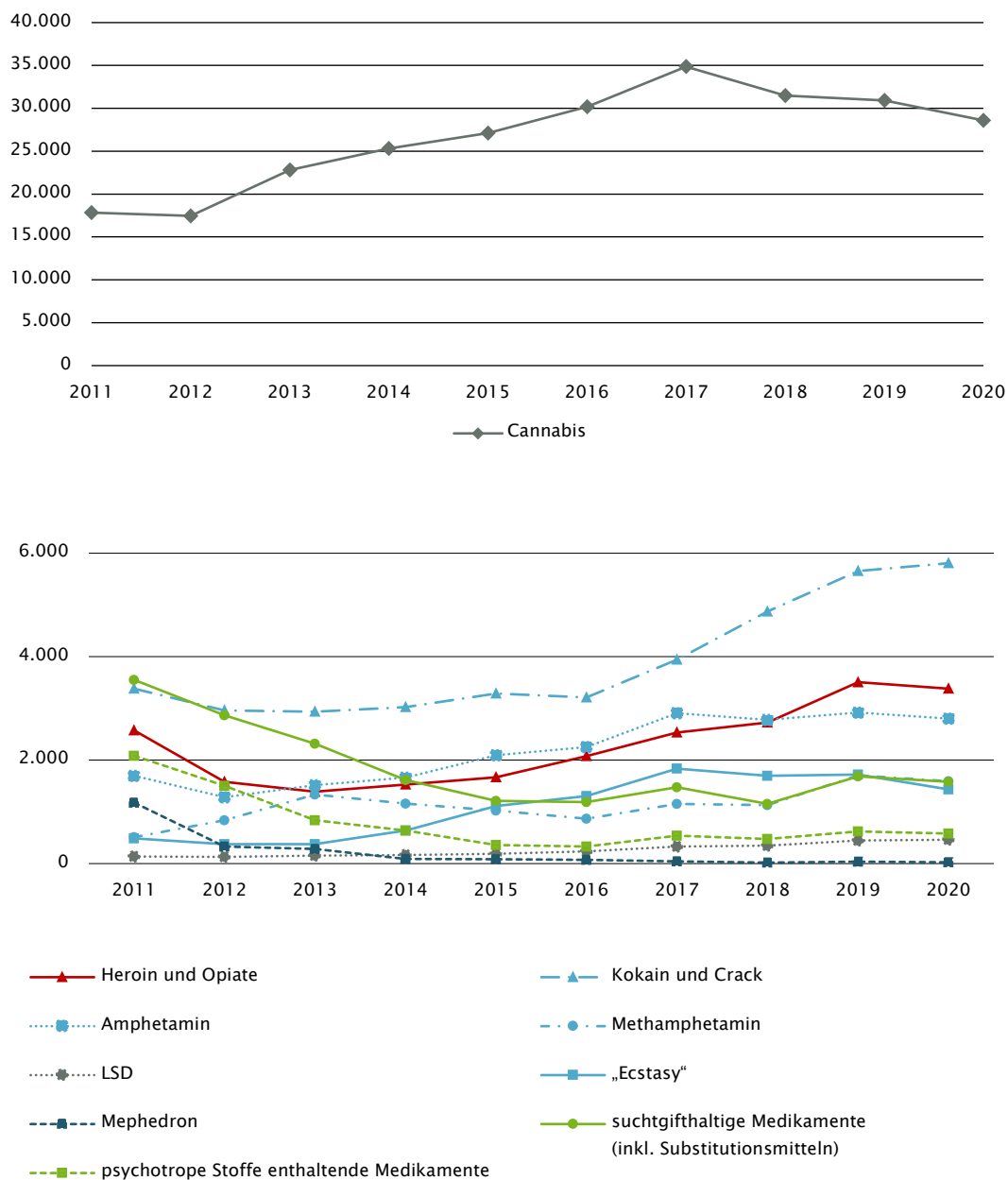
Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehen- und Verbrechenstatbeständen 2011–2020



Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.5 präsentiert die Entwicklung der **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgifts**. Nachdem es bei einigen Substanzen bis 2013/2014 zu einem Rückgang gekommen ist, weist vor allem Kokain eine steigende Tendenz auf, bei Heroin und anderen Opiaten bzw. „Ecstasy“ und Methamphetaminen ist ein leichter Rückgang zu verzeichnen. Die Zahl der Anzeigen wegen Cannabis weist weiterhin den höchsten absoluten Wert auf, ist aber erneut gesunken. An zweiter Stelle stehen die Anzeigen im Zusammenhang mit Kokain (vgl. Tabelle A7.5). Kaum Veränderungen gegenüber den Vorjahren gibt es hinsichtlich Amphetamin-Anzeigen.

Abbildung 7.5:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts
2011–2020



Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.
Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Die **Anzahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Substitutionsmedikamenten** sank von 1.277 Anzeigen (2019) auf 1.163 im Jahr 2020. Die Mehrzahl davon betraf den unerlaubten Umgang mit Suchtgift (§ 27 SMG; im Jahr 2020: 1.085). Ein geringer Teil wurde als Verbrechen eingestuft (§ 28 und § 28a SMG; im Jahr 2020: 79). In Tabelle 7.6 wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch deren beschlagnahmte Menge der Jahre 2016 bis 2020 dargestellt. Die sichergestellten Mengen werden durch Großsicherstellungen der Exekutive maßgeblich beeinflusst.

Tabelle 7.6:
Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl
2016–2020

Wirkstoff	Sicherstellungen 2016	Menge (Stück) 2016	Sicherstellungen 2017	Menge (Stück) 2017	Sicherstellungen 2018	Menge (Stück) 2018	Sicherstellungen 2019	Menge (Stück) 2019	Sicherstellungen 2020	Menge (Stück) 2020
Codein	14	141	15	170	12	95	2	19	12	189
Buprenorphin	69	488	91	421	46	334	30	172	39	192
Levomethadon	2	7	3	9	6	2.953	0	0	0	0
Methadon	16	71	13	199	14	114	19	1.554	12	104
Morphin retard	456	2.602	523	3.794	462	2.401	802	4.614	667	4.480
Gesamt	557	3.309	645	4.593	570	5.897	853	6.359	730	4.965

Quelle: BMI/BK

7.4 Neue Entwicklungen

Mit Februar 2019 startete das Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im BMI/BK gemeinsam mit dem Rauschgiftdezernat des Bayerischen Landeskriminalamts das von der EU geförderte Projekt *Combatting suspects dealing in drugs on the internet – prosecution and prevention*. Das bis 2022 laufende Projekt zielt darauf ab, die Forensik beim Suchtmittelhandel zu optimieren und mit operativen Maßnahmen zu kombinieren. Neue Ermittlungsmethoden im Bereich der Suchtmittelpostsendungen sollen dabei auf ihre Praxistauglichkeit geprüft werden. In das Projekt sind weiters die Gerichtsmedizin Innsbruck, die Kriminaltechnik des BMI/BK sowie die Zollverwaltung eingebunden (BMI 2021).

Unter dem Decknamen „Trojan Shield“ sind das amerikanische FBI, Europol und 16 nationale Polizeibehörden koordiniert gegen die organisierte Kriminalität vorgegangen. In Österreich waren am 7. Juni 2021 – dem internationalen „action day“ der Operation – rund 400 Beamtinnen und Beamte im Einsatz und führten allein an diesem Tag 50 Hausdurchsuchungen und 30 Festnahmen durch. Insgesamt wurden 11.132 Gramm Heroin, 714 Gramm Kokain, 382 Kilogramm Marihuana, 13.676 Cannabispflanzen, 1.556 Gramm Streckmittel, sieben Schusswaffen und 1.006 Stück Munition sowie 202.765 Euro Bargeld sichergestellt (Trojan Shield 2021).

COVID-19

Aus Sicht der Sicherheitsbehörden gab es auch während der COVID-19-Pandemie **keine auffälligen Veränderungen im Bereich der Suchtmittelkriminalität hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisstabilität und Qualität** (BMJ 2021). Es zeigt sich ein leichter Rückgang bei den Suchtmitteldelikten im Jahresvergleich. Große Verschiebungen des Suchtmittelhandels ins Internet/Darknet konnten nicht beobachtet werden, wobei der Suchtmittelpostversand bereits vor der Pandemie auf hohem Niveau war. Beim Onlinehandel zeigt sich eine Reduktion der Vendoren, bei Verkaufszahlen und Suchtmittelarten zeigen sich keine grundlegenden Veränderungen. Im Bereich der Darknet-Community wurden verstärkt Lieferausfälle diskutiert. Die Anzahl der Cannabisplantagen stieg leicht von 976 im Jahr 2019 auf 994 im Jahr 2020, zwei Drittel davon befinden sich indoor (BMI 2021).

7.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK), das auch die Daten betreffend Anzeigen, Preise und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von *checkit!*¹⁵⁴ und *Drogenarbeit Z6*¹⁵⁵. Zahlen hinsichtlich der Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

Auswirkungen der COVID-19-Pandemie wurden in der *Trendspotter*-Studie der EMCDDA zusammengefasst (vgl. Kapitel 6.5).

7.6 Bibliografie

BMI (2021). Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2020. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

154

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

155

Drogenarbeit Z6 bietet in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck *Drug-Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

BMJ (2021). Sicherheitsbericht 2020. Mit Ende Oktober in Vorbereitung. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz, Wien.

EMCDDA (2021). Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons. Results from an EMCDDA trendspotter study April 2021. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

EU4MD Special Report (2020). Emerging evidence of Afghanistans's role as a producer and supplier of ephedrine and methamphetamine. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Trojan Shield (2021) <https://www.bmi.gv.at/news.aspx?id=4661754F57464E6C4C75413D>: Zugriff am 13.7.2021

Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Innsbruck

Drogenarbeit Z6 (2021). Tätigkeitsbericht 2020. Innsbruck

Oberacher, H. (2021). Drug Checking 2020. Bericht über den Leistungsumfang der durchgeführten chemischen Analysen und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Trends. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck

SHW (2021). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien GmbH. Wien

7.7 Zitierte Bundesgesetze

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

BGBl II 2021/9. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

7.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
Mossbeck, Mario	Bundesministerium für Inneres
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres

7.9 Anhang

Tabelle A7.1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2011–2020

Anzeigen**	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Anzeigen insgesamt	25.892	23.797	28.227	30.250	32.907	36.235	42.610	41.044	43.329	40.299
Ersttäter/-innen	21.828	19.683	22.979	24.660	17.570	22.715	25.961	23.598	29.499	25.611
Wiederholungstäter/-innen	3.247	3.107	3.688	3.717	13.235*	10.741	13.694	14.190	10.561	12.352

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines erstmalig österreichweit möglichen Vergleichs aller relevanten Datenfelder, wodurch eine verbesserte und genauere Erfassung der entsprechenden Daten – allerdings auch ein Zeitreihenbruch – gegeben ist.

** alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe
Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter/-innen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2011–2020

Bundesland	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Burgenland	801	687	844	773	855	895	1.001	967	980	869
Kärnten	1.422	1.165	1.460	1.961	1.607	1.646	2.184	2.403	2.824	2.466
Niederösterreich	2.917	2.683	3.134	3.629	4.019	4.153	5.477	5.051	5.069	4.790
Oberösterreich	3.590	3.547	4.446	5.009	5.104	6.006	7.578	7.537	7.052	7.364
Salzburg	1.431	1.145	1.350	1.502	1.755	2.106	2.265	2.378	2.742	2.591
Steiermark	1.878	1.879	2.465	3.266	3.246	3.363	4.254	4.125	4.961	4.182
Tirol	3.095	2.570	3.929	3.502	3.917	3.987	3.941	3.737	4.191	4.430
Vorarlberg	1.092	1.392	1.251	1.385	1.304	1.498	1.597	1.830	2.046	1.838
Wien	7.903	7.435	8.597	8.647	10.704	12.203	13.833	12.556	12.792	11.130
Anzeigen gesamt	24.129	22.503	27.476	29.674	32.511	35.857	42.130	40.584	42.657	39.660

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2011–2020

Bundesland	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Burgenland	30	14	3	7	3	2	1	1	4	6
Kärnten	44	29	36	44	33	12	26	24	22	59
Niederösterreich	124	88	71	43	45	27	39	29	40	47
Oberösterreich	249	229	98	86	32	49	114	118	124	103
Salzburg	31	22	23	5	8	7	16	19	22	22
Steiermark	49	54	26	14	10	10	31	14	36	52
Tirol	80	75	58	52	51	34	51	45	38	65
Vorarlberg	61	25	20	28	9	29	7	13	25	20
Wien	1.095	758	406	287	187	178	195	193	322	259
Anzeigen insgesamt	1.763	1.294	741	566	378	348	480	457	633	633

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.4:

Verteilung der Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2012–2020

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Burgenland	5	4	3	0	2	1	4	12	14
Kärnten	3	5	5	0	7	5	1	13	12
Niederösterreich	25	32	25	16	16	44	28	81	65
Oberösterreich	10	9	8	11	13	11	35	99	121
Salzburg	9	3	5	0	4	3	4	26	23
Steiermark	15	35	15	11	13	7	17	48	85
Tirol	12	19	40	6	4	7	10	42	16
Vorarlberg	2	6	7	2	9	3	7	18	17
Wien	12	15	5	2	10	8	27	99	133
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48	78	89	133	438	486

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2011–2020

Suchtgift/Suchtmittel	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cannabis	17.836	17.461	22.798	25.309	27.127	30.184	34.857	31.491	30.905	28.587
Heroin und Opiate	2.575	1.582	1.390	1.529	1.666	2.077	2.533	2.724	3.507	3.381
Kokain und Crack	3.383	2.963	2.936	3.026	3.287	3.211	3.944	4.872	5.653	5.807
Amphetamin	1.696	1.283	1.517	1.663	2.097	2.253	2.909	2.779	2.920	2.804
Methamphetamin	510	837	1.337	1.159	1.026	869	1.154	1.133	1.705	1.590
LSD	138	129	155	163	189	238	327	344	448	461
„Ecstasy“	485	375	378	642	1.115	1.307	1.835	1.697	1.721	1.434
Mephedron	1.179	331	285	89	82	75	43	19	37	26
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	3.552	2.864	2.317	1.616	1.213	1.186	1.478	1.155	1.688	1.579
sonstige Suchtgifte*	160	143	164	260	232	381	363	304	494	637
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	—	—	183	135	215	291
psychotrope Substanzen	58	35	59	62	46	37	77	91	150	162
psychotrope Medikamente	2.086	1.502	837	637	359	330	539	475	622	578
Drogenausgangsstoffe	4	8	18	15	13	8	1	12	1	18

— Daten nicht verfügbar

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

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.6:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2020

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	778	1.826	3.846	5.499	2.098	3.570	3.446	1.524	6.000	28.587
Heroin und Opiate	27	372	264	563	94	93	53	61	1.854	3.381
Kokain und Crack	86	421	451	706	395	341	934	280	2.193	5.807
Amphetamin	120	85	431	710	206	430	274	96	452	2.804
Methamphetamin	58	16	232	693	55	78	51	15	392	1.590
LSD	24	18	59	78	20	49	49	16	148	461
„Ecstasy“	83	133	161	210	91	261	152	29	314	1.434
Mephedron	1		7	1		8	2		7	26
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	5	49	105	311	52	87	105	18	847	1.579
sonstige Suchtgifte*	17	42	98	94	36	65	91	19	175	637
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	8	13	44	34	11	37	33	7	104	291
psychotrope Substanzen	4	17	14	34	17	24	19	6	27	162
Medikamente, die psycho- trophe Stoffe enthalten	2	52	37	87	9	45	61	21	264	578
Drogenausgangsstoffe	0	0	2	4	0	5	1	0	6	18

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

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.7:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2011–2020

Suchtgift/Suchtmittel	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	6.750	7.137	10.139	11.914	13.879	16.697	18.896	17.154	16.263	13.535
Cannabispflanzen	—	—	—	—	—	508	534	565	516	564
Heroin	640	393	346	428	605	677	967	1.115	1.267	1.309
Kokain	970	912	992	1.078	1.190	1.315	1.571	1.810	2.089	2.000
Amphetamin	383	348	496	613	784	828	1.099	1.215	1.322	1.163
Methamphetamin	162	259	363	317	304	334	389	544	990	655
LSD	41	47	39	61	69	90	131	180	278	283
Ecstasy	90	113	119	212	357	455	818	851	939	597
Mephedron	125	36	54	11	12	8	6	10	15	15
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmittel)	1.712	1.435	1.129	742	704	655	769	676	1.057	946
sonstige Suchtgifte*	67	65	88	120	127	176	168	167	315	417
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze					53	90	103	68	155	233
psychotrope Substanzen	23	22	30	26	18	21	33	47	62	56
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	1.268	888	495	417	242	251	349	325	442	377
Drogenausgangsstoffe	0	8	9	16	9	5	-	10	1	16

— Daten nicht verfügbar

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.8:

Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2011–2020

Suchtgift/Suchtmittel	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat; kg)	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7	1.659,2	1.499,63	1.367,87	2.056,78
Cannabispflanzen (Stk.)	—	—	—	—	—	24.166	31.102	24.571	26.568	17.881
Heroin (kg)	64,9	222,1	80,2	56,2	69,5	68,9	70	76,4	94,64	104,27
Kokain (kg)	139	64,6	24,7	31,0	119,6	86,4	71,4	74,99	87,12	62,99
Amphetamin (kg)	13,4	32,1	21,4	15,9	66,6	87,6	50,3	76,77	122,21	36,84
Methamphetamin (kg)	2,4	3,2	7,6	4,7	2,9	4,8	5,0	8,0	30,2	9,24
LSD (Trips)	1.588	276	618	778	1.848	1.865	1.374	3.564	3.440	7.066
„Ecstasy“ (Stk.)	45.780	8.998	5.768	5.001	10.148	29.485	446.465 ¹⁾	83.037	77.922	89.148
Mephedron (kg)	14,2	2,4	4,0	1,0	0,2	0,02	0,02	0,06	0,48	0,15
suchtgifthaltige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmitteln	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343	4.820	52.574 ²⁾	59.754	45.115	7.649
sonstige Suchtgifte (kg)*	0,5	1,1	2,2	2,1	3,6	4,8	2,1	6,8	38,74	16,52
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	—	—	1,5	1,1	36,77	7,41
psychotrope Substanzen (kg)	4,3	2,9	0,6	0,5	15,4	0,18	1	29,2	0,8	0,27
Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten (Stk.)	157.910	18.042	8.423	163.287,5	3.697	4.325	8.077	24.221	27.221	68.594
Drogenausgangsstoffe**	0	2,8	149,7	135,1	2.223,2	6,65	0	1 kg und 11 l.	1 l.	0,004 kg und 15,48 l

— Daten nicht verfügbar

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

** Drogenausgangsstoffe wurden bis inklusive 2015 in Kilogramm, ab 2016 in Litern und werden seit 2018 je nach Substanz in Litern und Kilogramm angegeben.

1) Es gab eine Grobsicherstellung von rund 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.).

2) Es gab eine Grobsicherstellung im Rahmen des *JIFTdrugs/fair*-Projekts (Lichtenegger, p. M., vgl. Abschnitt 7.2.3).

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	229
8.1	Zusammenfassung.....	229
8.2	Aktuelle Situation.....	230
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation	230
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	233
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	233
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogen- bezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	236
8.3	Trends.....	238
8.4	Neue Entwicklungen.....	239
8.5	Quellen und Methodik.....	240
8.6	Bibliografie	241
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	244
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	244
8.9	Anhang.....	245

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 28 Justizanstalten mit 15 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.668 Haftplätzen (Stand 1. April 2021).

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Hierfür zuständig sind Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, welche die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Mit 1. Oktober 2020 befanden sich rund zehn Prozent der Insassinnen/Insassen (796 Personen¹⁵⁶) in Substitutionsbehandlung. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös drogenkonsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Dennoch stehen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen und Insassen werden nicht durchgeführt.

Neue Entwicklungen

In der Justizanstalt Innsbruck wurde im letzten Jahr die Abteilung für den Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher und für die freiwillige Entwöhnungsbehandlung gemäß § 68a StVG vergrößert.

Nachdem durch die Novelle zur Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl II 2020/215) die rechtliche Grundlage für die Erweiterung des Applikationsspektrums von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsform geschaffen worden ist, wird im Strafvollzug diese Methode vermehrt angeboten. Infolge dieser Erweiterung werden derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet.

156

Die hier angegebene Zahl weicht von der Zahl in Kapitel 5 ab, da sich die Zahl in Kapitel 5 auf das gesamte Jahr bezieht. Der hier angegebenen Zahl liegt eine Stichtagserhebung zugrunde.

COVID-19

Die COVID-19-Pandemie hatte auch große Auswirkungen auf den Haftbereich. Zum einen sank die Zahl der Insassinnen/Insassen aufgrund von Haftaufschiebungen und der häufigeren Anwendung des elektronisch überwachten Hausarrests leicht. Zum anderen musste eine Reihe von Schutzmaßnahmen (z. B. temporäre Besuchsverbote, Vollzugsuntauglichkeit wegen [Kontakt mit einer Person mit] COVID-19-Infektion, Einschränkungen beim Freigang) umgesetzt werden.

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation

Überblick über die Gefängnisorganisation in Österreich

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der im Bundesministerium für Justiz (BMJ) angesiedelten Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 2 Straugesetzbuch (StGB) beinhaltet.

Das österreichische Vollzugswesen stützt sich auf 28 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit 15 Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.668 Personen. Der Insassenstand betrug mit 1. April 2021 insgesamt 8.536 Personen, wobei 7.688 Personen in Justizanstalten untergebracht waren. Diese Gruppe setzt sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht sind (Untergebrachte), zusammen (vgl. auch Tabelle A8.1 im Anhang). Die restlichen 857 Insassinnen/Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest.¹⁵⁷ Die nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über deren Charakteristika. Abteilungen der JA Stein, JA Innsbruck und JA Klagenfurt sind speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen und die JA Schwarzauf auf die Suchtbehandlung von Insassinnen ausgelegt (Maßnahmenabteilungen gemäß § 22 StGB). Ab Herbst 2021 wird zudem in der JA Wien-Simmering eine Abteilung gemäß § 68a StVG für die Entwöhnungsbehandlung von Insassen vorhanden sein. Die JA Wien-Favoriten, die zuvor auf die Suchtbehandlung von

157

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html> (Zugriff am 28. 6. 2021)

Insassen ausgelegt war, wird seit dem Jahr 2020 umstrukturiert und wird sodann für den Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs. 1 StGB zuständig sein (Weißen, p. M.).

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem gemäß § 49 Abs 1 JGG die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ verankert ist.

Tabelle 8.1:

Justizanstalten in Österreich, Stand 13. Mai 2020

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	179	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein Außenstelle Grafenstein	363	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, gelockerter Vollzug und Freigängerhaus therapeutisches Angebot für alkohol- und drogenabhängige Insassinnen/Insassen bzw. Sexualstraftäter/-innen
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt Außenstelle Wiener Neustadt	91	männliche Jugendliche und junge Erwachsene Sonderanstalt i. S. des Jugendgerichtsgesetzes
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	164	männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 StGB (geistig abnorme zurechnungsunfähige Rechtsbrecher) sowie Wohngruppenvollzug für männliche Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	502	männliche Erwachsene Freiheitsstrafen über 18 Monate bis max. 6 Jahre, gelockerter Vollzug gem. § 126 StVG
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	260	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Krems (NÖ)	162	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Schwarzau (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt	196	Frauen, weibliche Jugendliche entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gem. § 22 StGB) und Entwöhnungsbehandlung an weibl. Strafgefangenen (§ 68a StVG), Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich, Kindergarten für bis zu 23 Kinder
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	männliche Erwachsene Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren, gelockerter Voll- zug
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	189	männliche Erwachsene und Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha gelockerter Vollzug Krems/Donau	839	erwachsene Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 und § 22 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher), Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang, Hochsicherheitsge- fängnis und gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	207	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate; Freigängerabteilung; Wohngruppenvollzug
Justizanstalt Asten (OÖ)	244	Männer, Frauen weibliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 und Abs 2 StGB und männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1, Wohngruppen mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Garsten (OÖ)	332	Männer Strafgefangene, Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Untersuchungshäftlinge, Hochsicherheitsgefängnis
Justizanstalt Linz (OÖ)	266	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	278	Männer Strafgefangene, Strafzeit ab 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Salzburg (S)	227	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate; Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB in Christian-Doppler-Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	548	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Maria Lankowitz	567	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB, Freiheitsstrafen über 18 Monate bis lebenslang, sehr hoher Sicherheitsstandard, gelockerter Vollzug
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Innsbruck (T)	475	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft, Abteilung für suchtkranke Insassinnen/Insassen gem. § 22 StGB und Strafgefangene gem. § 68a StVG
Justizanstalt Feldkirch (V) Außenstelle Dornbirn	150	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate (Jugendliche bis zu 6 Monate), gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wien-Favoriten (W)	69	Die JA Wien-Favoriten befindet sich derzeit in Umstrukturierung und soll in Zukunft eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher, welche nach § 21 Abs 1 StGB untergebracht sind, werden. Derzeit sind in der JA Wien-Favoriten Insassen (nur Männer) gem. § 21 Abs. 1 und § 21 Abs. 2 StGB untergebracht.
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W) Außenstelle Wilhelmshöhe Außenstelle Krems Außenstelle Göllersdorf	1.054	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen, Sonderkrankenanstalt
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf	82	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern (gem. § 21 Abs 2 StGB); nach einem Brand im Mai 2020 derzeit nur eingeschränkt nutzbar
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	479	Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre, Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation; ab Herbst 2021 Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG

Quelle: BMJ 2020 und ¹⁵⁸ und Weihen, p. M.; Darstellung: GÖG

158

<https://www.justiz.gv.at/home/strafvollzug/justizanstalten~2c94848642ec5e0d0143e7f4ec274524.de.html>
(Zugriff am 30. 4. 2021)

Die nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹⁵⁹ der österreichischen Justizanstalten an sieben ausgewählten Stichtagen (siehe auch Tabelle A8.1). Dabei wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten etwas mehr als sechs Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel.

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 bis 2021 zum Stichtag 1. April

Insassen	2010	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Männer	8.251	8.363	8.344	8.493	8.504	8.887	8.474	7.996
Frauen	562	541	523	513	537	603	581	540
Gesamt	8.813	8.904	8.867	9.006	9.041	9.490	9.055	8.536
davon Jugendliche	193	88	133	145	155	121	118	93
davon Personen in Untersuchungshaft	1.909	1.807	1.729	1.880	1.863	1.929	1.615	1.519

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

Quelle: Moser-Riebniger, Weihen p. M.; Darstellung: GÖG

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums in Haft und vor Haftantritt liegen nicht vor (ältere verfügbare Daten siehe GÖG/ÖBIG 2011, ÖBIG 2001, Weigl et al. 2017 und Stummvoll et al. o. J.).

8.2.3 Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1) weist darauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insbesondere die Versorgung i. v. konsumierender Inhaftierter mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Allerdings stellt die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* nur einen Rahmenplan und keine konkrete Umsetzungsstrategie dar. Vonseiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinie vor, welche die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015).

159

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Inhaftierten, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl 1969/144, StVG), in verschiedenen Erlässen und in den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR – Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR [2006]) geregelt. Das BMJ ist für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten zuständig. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMJ, die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016a).

Struktur der Interventionen

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen/Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung suchtkranker Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011; Stummvoll et al. 2017). Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren.

Formen der Intervention

In den Justizanstalten bestehen unterschiedlichste Behandlungsangebote, wobei Erhaltungstherapie, Entzugstherapie, Unterstützung bei der Realisierung des Wunsches nach Abstinenz sowie Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten angeboten werden (siehe dazu auch GÖG/ÖBIG (2011)). Der Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB / § 68a StVG wird in den Justizanstalten Schwarzau, Stein, Innsbruck und Klagenfurt sowie gemäß § 68a StVG ab Herbst 2021 in der JA Wien-Simmering vollzogen. Substitutionstherapie sowie (psycho)therapeutische Betreuungs- und Behandlungsangebote werden in allen Justizanstalten angeboten.

Bei Antritt der Haft werden Care-Pakete an die Häftlinge ausgegeben, die u. a. Kondome und Informationsmaterial zu HIV, Aids und Hepatitis enthalten. Im Sinne der Schadensminimierung sollte in Justizanstalten der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln sichergestellt sein (vgl. BMJ 1998a, 1998b, 1998c). Da dies nicht überall gegeben war (Weltzien et al. o. J.), wurden 2020 die Leitungen der Justizanstalten durch ein Schreiben des BMJ an die entsprechenden Erlässe zur Schadensminimierung erinnert (Weihen p. M.).

In allen 28 Justizanstalten werden nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Nach Aufnahme der/des Inhaftierten wird eine elektronische Häftlingsakte im Häftlingsinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen (spezifische Leberwerte) erfolgt eine Biomarkertestung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern erfolgt ein erneutes Screening erst wieder bei der

Haftentlassung (HBV, HCV). HBV- und HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht (Schmid et al. 2017). Den Haftinsassinnen und -insassen wird zudem die antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) bzw. die DAA-Behandlung (bei HCV) angeboten. Ergebnisse von Routinescreenings liegen nicht vor. Spritzentauschprogramme, systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen oder vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug derzeit nicht zur Verfügung. Haftinsassinnen und -insassen mit einem positiven HCV-Status werden vor Beginn der DAA-Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten gegen Hepatitis A/B geimpft.

Um den Gesundheitszustand der Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015) folgend, werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist in allen Justizanstalten entsprechend einer Checkliste standardisiert. Für jede suchtkranke Insassin und jeden suchtkranken Insassen ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der auch die individuellen Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden. Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im IVV-Ordnungsstrafmodul der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin / des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt hinsichtlich suchtspezifischer Versorgung verständigt werden (siehe dazu auch Abschnitt 8.4).

Die Leitlinie regelt zudem die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassinnen/Insassen. Beispielsweise gibt es in der Steiermark derartige Kooperationen zwischen dem Verein b.a.s., den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini und der Drogenberatung des Landes Steiermark (Horvath et al. 2017). Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der *Verein Dialog* seit 1999 für Insassinnen/Insassen der beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ) tätig. Der *Verein Dialog* betreute dort im Jahr 2020 insgesamt 1.729 Klientinnen/Klienten und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2021). Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten (Schabus-Eder p. M.).

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxon-Programme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Naloxon als Fertigprodukt wurde aber anlässlich einer Fortbildung für alle Mitarbeiter/-innen der Krankenabteilungen vorgestellt und fachlich diskutiert, im Zuge

dessen wurde auch seine Anwendung für den Notfall geübt. Weder ist jedoch eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen (Winterleitner p. M.).

Es wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren. Genaue Zahlen liegen aber nur für die Substitutionsbehandlung vor.

Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015). Zum aktuellsten verfügbaren Stichtag, dem 1. 10. 2020, erhielten insgesamt 796 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was etwa zehn Prozent der Insassinnen/Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8.2). Dies bedeutet einen Anstieg im Vergleich zu den 511 Personen am Stichtag 1. 4. 2020 (während des ersten COVID-19-bedingten Lockdowns), aber einen Rückgang im Vergleich zur Zeit vor COVID-19 (926 Personen zum Stichtag 1. 4. 2019). Österreichweit wird prinzipiell in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Über zehn Prozent der Insassinnen und Insassen (in Relation zu den Haftplätzen) sind in folgenden Justizanstalten in Substitutionsbehandlung: Wien-Simmering (23 %), Graz-Karlau (13 %), Stein (14 %) und Schwarzau (16 %), St. Pölten (11 %), Klagenfurt (12 %), Garsten (11 %) und Wien-Josefstadt (17 %). In den Justizanstalten Hirtenberg, Innsbruck, Göllersdorf, Gerasdorf, Feldkirch und Wien-Mittersteig befand sich zum Stichtag 1. 10. 2020 keine Insassin bzw. kein Insasse in Substitutionsbehandlung, und in den Justizanstalten Salzburg, Sonnberg und Eisenstadt waren es unter sechs Prozent. (Weihen p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind weiterhin Methadon (38 % aller Substitutionsbehandlungen), L-Polamidon (16 %), Substitol (20 %), sowie Suboxone (14 %) und Subutex bzw. Bupensan (5 %) (Weihen p. M.; vgl. Tabelle A8.2). Damit wird in den Gefängnissen Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb der Haftanstalten (vgl. Kapitel 5). Die zahlenmäßig meisten Methadonverschreibungen erfolgen in der JA Wien-Josefstadt, dem größten Untersuchungsgefängnis Österreichs.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Die bereits in Abschnitt 8.2.3 angesprochenen Leitlinien bzw. Richtlinien werden zum größten Teil in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien beinhalten u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und

Qualitätssicherung dar. In diesen Leitlinien wird die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren und betroffenen Personen innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu ermöglichen (Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹⁶⁰). Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. An die Stelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen¹⁶¹, die aus suchtmmedizinischer Sicht Teil des Krankheitsbilds sind, soll nicht strafend, sondern in erster Linie im Sinne der therapeutischen Zweckmäßigkeit reagiert werden. Die in den Leitlinien angeführten Standards wurden zum Großteil bereits im Jahr 2014 als Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung für suchtkranke Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG entwickelt¹⁶² (BMJ 2014). Diesen Standards folgend, die auch unterschiedliche Stadien der Haft (Einlieferung/Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) behandeln, hat jede Justizanstalt ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus Fachdiensten (ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, sozialer und pädagogischer Dienst) der jeweiligen JA zu etablieren/organisieren. Suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) sind zeitnah zur Aufnahme zu erheben. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Haftantritt werden bestehende Substitutionsbehandlungen weitergeführt (vgl. auch Abschnitt 8.2.3).

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizressorts die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten in der geltenden Fassung (BMJ 2005a), in denen in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden. Ebenfalls im Rahmen von Erlassen wurden Informationsbroschüren zu den Themen Hepatitis, HIV/Aids in Haft (BMJ 2013, BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c) oder betreffend die Aus- und Fortbildung für Insassinnen/Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Informationsbroschüren erstellt. Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe von HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht

160

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

161

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

162

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen bzw. deren mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/-innen.

(BMJ 1999). Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Vonseiten der Strafvollzugsakademie wurden 2020 – soweit COVID-19-bedingt möglich – die Seminare „Fortbildungstage der Krankenpflegefach- und Sozialbetreuungsdienste“, „Fachtagung der Justizärztinnen/-ärzte“, „Sucht und Migration“, „Suchtkranke im Strafvollzug: Zwischen Frustration, Ohnmacht und Verständnis“ und „Suchtkranke im Strafvollzug – Follow-up: Zwischen Ohnmacht, Verstärkung und Unterstützung“ sowie das Curriculum für Strafvollzugsbedienstete „Beraten, Betreuen und Behandeln von Suchtkranken Teil I und II“ angeboten (Strafvollzugsakademie/Fortbildungsakademie 2020). Im weiteren Sinne suchtrelevante Weiterbildungen erfolgten auch zu den Themen „Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Besonderheiten im Strafvollzug“ sowie „Praxisbezogener Umgang mit herausfordernden Persönlichkeiten von Inhaftierten“ (Weihen, p. M.).

Seit 2016 werden Screeninguntersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden spezifisch getestet. Die Ergebnisse der Evaluierung der epidemiologischen Überwachung (Surveillance) in puncto HBV und HCV bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten sind derzeit noch nicht veröffentlicht (Winterleitner p. M.).

Eine unter der Ägide des Gesundheitsressorts erstellte Leitlinie zur Opioid-Substitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 2; ÖGABS et al. 2017).

Das europäische Projekt EPPIC (Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems)¹⁶³ mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasste sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit (vgl. Stummvoll et al. 2017). Auf Basis der Studienergebnisse wurde ein Handbuch für Qualitätsstandards bezüglich Interventionen bei Jugendlichen mit Drogenkonsumerfahrungen in Kontakt mit dem Justizsystem erstellt (Graf et al. 2019).

8.3 Trends

In den Justizanstalten wird das Augenmerk vermehrt auf das Thema Infektionskrankheiten und hier insbesondere auf die Behandlung von HCV gerichtet (vgl. Abschnitt 8.4).

Nachdem durch die Novelle zur Suchtgiftverordnung die rechtliche Grundlage für die Erweiterung des Applikationsspektrums von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsform geschaffen worden ist, wird im Strafvollzug diese Methode vermehrt angeboten. Seit Jänner 2021

163

<https://www.euro.centre.org/projects/detail/203> (Zugriff am 5. 7. 2021)

werden aktuell 20 Insassen auf diese Weise versorgt, die weitere Entwicklung wird 2021 noch abzuwarten sein, bevor hier generelle Erkenntnisse und Empfehlungen publiziert werden (Winterleitner p. M.).

8.4 Neue Entwicklungen

Derzeit wird an neuen Konzepten für die Behandlung von Hepatitis C in Haft gearbeitet. Im Jahr 2020 haben 100 Insassinnen/Insassen in den Justizanstalten die Behandlung der Hepatitis C mit antiviral wirkenden HCV-Medikamenten (DAA) abgeschlossen. Bei einer von diesen 100 Personen kam es zu einer Reinfektion, deren Ursache eine in Haft durchgeführte Tätowierung war (Winterleitner, p. M.).

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat in der Arbeitsgruppe „Versicherung nach Haft“ in Zusammenarbeit mit der Generaldirektion für Strafvollzug und Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ, dem AMS, der ÖGK (und – in weiterer Folge – mit den jeweiligen Landesregierungen) einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel in Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden und insbesondere nahtlosen Versicherungsschutz erhält. Bisher wurde ein Regelbetrieb in Wien, der Steiermark, Niederösterreich, Kärnten, im Burgenland und teilweise in Oberösterreich umgesetzt (Weihen p. M.).

In der Justizanstalt Innsbruck wurde im letzten Jahr die Abteilung für den Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB (entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/-innen) und für die freiwillige Entwöhnungsbehandlung gemäß § 68a StVG von zehn auf 34 Haftplätze vergrößert. Infolgedessen wurde auch das Betreuungspersonal aufgestockt und das Betreuungskonzept (Etablierung einer Ergotherapie, Fokussierung auf das Akzeptanzprinzip etc.) angepasst.

Aufgrund der Novelle der Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl II 2020/215) werden, insbesondere was die Erweiterung des Applikationsspektrums betrifft, derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet.

Eine aktuelle Studie von Silbernagl et al. (2019) hat eine hohe Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) unter solchen Insassinnen/Insassen vier österreichischer Justizanstalten festgestellt, die sich einer Methadonbehandlung unterzogen haben und mit einem Beginn des Substanzkonsums in einem frühen Alter in Verbindung gebracht werden konnten.

COVID-19

Die COVID-19-Pandemie hatte auch große Auswirkungen auf den Haftbereich. Zum einen sank die Zahl der Insassinnen/Insassen aufgrund von Haftaufschiebungen (vgl. BGBl I 2020/16) und der häufigeren Anwendung des elektronisch überwachten Hausarrests (Weihen p. M.) leicht, zum anderen musste eine Reihe von Schutzmaßnahmen (z. B. temporäre Besuchsverbote, Vollzugsuntauglichkeit wegen [Kontakt mit einer Person mit] COVID-19-Infektion, Einschränkungen beim Freigang (vgl. BGBl. I 2020/16) ergriffen werden.

Im Rahmen einer *Trendspotter*-Studie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) wurden die Auswirkungen der Lockerung der COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen auf eine Vielzahl drogenbezogener Themenbereiche (Drogenmärkte, Konsummuster, gesundheitliche Folgen, Suchtbehandlung, Drogenproblematik in Gefängnissen) erhoben. Vier Einrichtungen aus Österreich haben eine Einschätzung substanzbezogener Probleme innerhalb von Gefängnissen seit Juni 2020 übermittelt. Bei Angeboten der Drogenhilfe im Gefängnis (pharmakologische Behandlung) wurde regional ein leichter Anstieg beobachtet, bei der Verfügbarkeit von Drogen und bei illegalem Drogenkonsum hingegen ein leichter Rückgang. Die Überbelegung von Gefängnissen ist deutlich zurückgegangen (Priebe & Busch 2021).

8.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMJ / Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Justizressorts und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe.

Studien

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligt sich zusammen mit Forschungseinrichtungen im UK, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am oben erwähnten EU-Projekt EPPIC, das auf einen Informationsaustausch zu den Themenbereichen Gesundheit und soziale Ungleichheit von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln, abzielte. In Österreich wurden im Zuge dieses Projekts insgesamt 26 Personen im Alter von 14 bis 25 Jahren interviewt. Sechs von ihnen waren weiblich, und 20 hatten einen migrantischen Hintergrund (Stummvoll et al. o. J.). Die Interviews dauerten im Schnitt 30 Minuten und wurden mit MAXQDA ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse des Gesamtprojekts wurde das „*Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems*“ publiziert.

Im April 2020 dokumentierte die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) für die gesamte EU die ersten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Präventionsmaßnahmen auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum sowie auf die Einrichtungen der Drogenhilfe (erste *Trendspotter*-Studie). Im Rahmen der zweiten *Trendspotter*-Studie stellte sich die Frage, wie sich die Lockerung dieser Eindämmungsmaßnahmen auf eine Vielzahl drogenbezogener Themenbereiche (Drogenmärkte, Konsummuster, gesundheitliche Folgen, Suchtbehandlung, Drogenproblematik in Gefängnissen) ausgewirkt hat. Zur Einschätzung der aktuellen Situation hinsichtlich Drogenhandel und -verfügbarkeit bzw. in den Gefängnissen wurden zusätzlich das Bundesministerium für Inneres sowie das Justizministerium kontaktiert. Neben

den Publikationen der EMCDDA (2021; 2020a; 2020b) liegen auch österreichspezifische Berichte vor (Priebe & Busch 2021; Horvath et al. 2020).

In vier österreichischen Justizanstalten haben Silbernagl et al. (2019) Insassinnen/Insassen, die sich in Methadonbehandlung befanden, auf Symptome einer Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) untersucht. Zudem wurden Informationen in Bezug auf den biografischen Verlauf der Suchterkrankung der Insassin bzw. des Insassen, die Art der Straftat, psychiatrische Komorbiditäten sowie Daten zur psychopharmakologischen Behandlung anhand standardisierter Interviews erhoben. Die *ADHS-Selbstbeurteilungsskala* (ADHS-SB), die *Wender Utah Rating Scale*, *Mini-International Neuropsychiatric Interview* sowie der *European Addiction Severity Index* kamen dabei zum Einsatz.

8.6 Bibliografie

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

BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998

BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS-/Hepatitis-C-Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18-v.1/1998

BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes „Take Care“ betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35-V.1/1998

BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die „Postexpositionelle Prophylaxe“ (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999

BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ-E52203/0001-V 1/2005

BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien

BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien

BMJ (2012). Aus- und Fortbildung für Insassen. BMJ-VD48601/0007-VD 2/2012

BMJ (2013). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Hepatitis, HIV/AIDS in Haft“. BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013

- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG. BMJ-41902/0002-VD 2/2014
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien
- BMJ (2020). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. Jänner 2020. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2016a). Sicherheitsbericht 2015. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2020a). Impact of COVID-19 on drug services and help-seeking in Europe, EMCDDA trendspotter briefing May 2020. EMCDDA. Lissabon.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2020b). Impact of COVID-19 on patterns of drug use and drug-related harms in Europe, EMCDDA trendspotter briefing. EMCDDA. Lissabon.
- Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) (2021). Impact of COVID-19 on drug markets, use, harms and drug services in the community and prisons. Results from an EMCDDA trendspotter study April 2021. Amt für Veröffentlichungen der Europäischen Union. Luxemburg.
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Graf, N.; Moazen, B.; Stöver, H. (2019). Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems. Frankfurt am Main
- Hofinger, V.; Pilgram, A. (o. J.). Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien

- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Im Auftrag der Abt. 8 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- Horvath, I.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020): EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union. Gesundheit Österreich, Wien
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Priebe, Birgit; Busch, Martin (2021): Sucht und COVID-19 – Trendspotter März 2021. Österrchergebnisse der EBDD-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union (erweitert um Alkohol und Glücksspiel). Gesundheit Österreich, Wien.
- Schmid, D.; Spina, A.; Winterleitner, M. (2017). Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der Hepatitis B und Hepatitis C bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten, 2017. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance im Auftrag des BMJ. Präsentation im Rahmen der Veranstaltung Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich am 27. 7. 2017, AGES Wien
- Silbernagl, M., Slamanig, R., Stegemann, M., Sterzer, M., Mayer, L., Fischer, G., & Unger, A. (2019). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Status in a Mixed Gender Population of Opioid-Maintained Prison Inmates. *European addiction research*, 25(2), 80-92. <https://doi.org/10.1159/000496351>
- Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum (2020). Jahresprogramm 2020. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R.; Stamatiou, W. (2017). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP4. National Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Stummvoll, G.; Kahlert, R.; Goos, C.; Stamatiou, W. (o. J.). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP5 2nd Country Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien
- Verein Dialog (2021). Jahresbericht 2020. Verein Dialog. Wien

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

Weltzien, N.; Moser-Riebniger, A.; Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria

8.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

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

BGBl I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz

BGBl II 2020/215. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

StVG BGBl 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

8.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Moser-Riebniger, Andrea	Bundesministerium für Justiz
Weißen, Marit	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Bundesministerium für Justiz
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Land Salzburg

8.9 Anhang

Tabelle A8.1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2021

Haftart	männliche Erwachsene	männl. Junge Erwachsene*	männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	weibliche Erwachsene	weibl. Junge Erwachsene	weibl. Jugendliche	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	4.878	182	44	5.104	277	5	1	283	5.387	63,11 %
Untersuchungshaft	1.316	86	27	1.429	82	6	2	90	1.519	17,80 %
untergebracht	1.124	30	7	1.161	130	5	0	135	1.296	15,18 %
sonstige Haft***	278	15	9	302	29	0	3	32	334	3,91 %
Summe	7.596	313	87	7.996	518	16	6	540	8.536	100,00 %

* Junge(r) Erwachsene(r) ist im justiziellen Kontext, wer einer Tat beschuldigt wird, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendliche ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** umfasst alle Personen mit den Haftarten Anhaltung, Auslieferungshaft, Finanzstrafhaft (inkl. § 173 [4] StPO), Justizgewahrsam, Strafhaft § 173 (4) StPO, § 429 StPO, § 438 StPO, Schubhaft, sonstige Haft, Verwaltungshaft (inkl. § 173 [4] StPO), Übergabehaft, untergebracht i. V. m. § 173 (4) StPO oder Zwangsbeugehaft.

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8.2:

Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2020

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	andere Mittel
Eisenstadt	12	4					2	1	3	2	
Feldkirch	0										
Garsten	37	7	12	3			7	6	2		
Gerasdorf	0										
Göllersdorf	0										
Graz-Jakomini	39	3	11	17	1	0	2	0	3	1	1
Graz-Karlau	57	8	14	15	2		13	5			
Hirtenberg	0										
Innsbruck	0										
Klagenfurt	38	16	14	0	0	0	1	7	0	0	0
Korneuburg	0										
Krems	16	9	2	1				3	1		
Leoben	10	4	1	4	0	0	0	0	0	0	1
Linz	23	3	6	12	0	0	2	0	0	0	0
Ried	12	6	2	2	0	0	0	2	0	0	0
Salzburg	16	3	4	3	0	0	0	1	4	1	0
Schwarzau	31	15	11				5				
Sonnberg	24	14	4	1			2	2	1		
St. Pölten	22	9	0	4	0	0	0	6	3	0	0
Stein	113	42	22	12				30		6	1
Suben	22	3	7	1			3	4	4		
Wels	17	1	3	12				1			
Wien-Favoriten	11		8	1			1	1			
Wien-Josefstadt	164	128		20			1	12			3
Wien-Mittersteig	0										
Wien-Simmering	112	29	0	53	0	0	0	27	0	2	1
Wiener Neustadt	20	7	6	1	0	0	0	0	3	3	0
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	796	311	127	162	3	0	39	108	24	15	7
Verteilung in Prozent		39,1	16,0	20,4	0,4	0,0	4,9	13,6	3,0	1,9	0,9

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG