

Tiroler Suchtkonzept 2022–2032

Strategie zur Prävention von und zum
Umgang mit Suchtverhalten

Im Auftrag des Amtes der
Tiroler Landesregierung



Tiroler Suchtkonzept 2022–2032

Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten

Autorinnen/Autoren:

Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH

Judith Anzenberger
Sonja Bachmayer
Martin Busch
Alexandra Puhm
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz
Julian Strizek

Expertisegruppe

Gerhard Gollner
Beate Grüner
Christian Haring
Julian Haring
Gerhard Jäger
Ekkehard Madlung-Kratzer
Christian Schmalzl
Wolfgang Sparber

Steuerungsgruppe

Kathrin Eberle
Theresa Geley
Beate Grüner
Christian Haring
Astrid Mallaun
Katharina Schuierer-Aigner

Projektassistenz:

Bettina Engel

Wien, im November 2021

Im Auftrag des Amtes der Tiroler Landesregierung

Zitiervorschlag: Busch, Martin; Schwarz, Tanja; Anzenberger, Judith; Bachmayer, Sonja; Grüner, Beate; Haring, Christian; Haring, Julian; Jäger, Gerhard; Madlung-Kratzer, Ekkehard; Puhm, Alexandra; Schmalzl, Christian; Schmutterer, Irene; Sparber, Wolfgang; Strizek, Julian (2021): Tiroler Suchtkonzept 2022–2032. Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten. Gesundheit Österreich, Wien

Zl. P1/11/5260

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Vorwort



(Fotonachweis: Land Tirol/G. Berger)

Gabriele Fischer

Landesrätin für Soziales in Tirol

Das Tiroler Suchtkonzept 2022–2032 stellt die Basis für die Weiterentwicklung der Tiroler Suchtpolitik dar. Vorausschauend, bedarfs- und zielgruppenorientiert werden die Angebote und Maßnahmen für betroffene Menschen wie auch für ihr Umfeld evaluiert, und gegebenenfalls werden Anpassungen bei verändertem Bedarf empfohlen.

Übergeordnetes Ziel muss es sein, betroffene Menschen gut zu unterstützen und suchtbedingte Probleme in unserer Gesellschaft zu reduzieren. Wir sind überzeugt: Suchtprobleme können nur durch eine gemeinsame Anstrengung aller bewältigt werden – ganz nach dem Credo, das sich durch die gesamte Regierungsverantwortung zieht: Miteinander sind wir füreinander da. Denn Tatsache ist: Menschen mit Suchterkrankungen befinden sich in einer Notlage – ihnen muss rasch geholfen werden. Es ist unsere gesellschaftliche Pflicht, diese Personen nicht allein zu lassen, sondern sie zu begleiten und sie in unsere Mitte zu holen.



(Fotonachweis: Land Tirol/Birgit Pichler)

Annette Leja

Landesrätin für Gesundheit in Tirol

Für eine erfolgreiche Suchtstrategie ist die Suchtprävention eine essenzielle Maßnahme, die bereits im Schulalter ansetzen muss und sich durch die Lebensumfelder Familie, Jugendarbeit, Gemeinde und Arbeitswelt ziehen soll. Niederschwellige Anlaufstellen ergänzen die Sensibilisierungsarbeit und stehen schon im Vorfeld einer sich abzeichnenden Suchterkrankung zur Verfügung, wenn Menschen bemerken, dass sie ihr Suchtverhalten nicht mehr allein in den Griff bekommen.

Um die Ausgrenzung suchterkrankter Menschen zu verhindern, muss ein breit aufgestelltes soziales und medizinisches Netz vorhanden sein, damit betroffene Personen und deren Angehörige jene Betreuung und Behandlung erhalten, die sie benötigen: Viele suchterkrankte Menschen brauchen eine engmaschige Begleitung durch psychosozial geschulte Mitarbeiter:innen, um den Alltag meistern zu können. Jene Menschen, bei denen die Suchterkrankung schon weiter fortgeschritten ist, bedürfen eines Entzugs und längerfristiger Therapieplätze sowie bestmöglicher medizinischer Versorgung, um ihnen ein Leben in Würde zu ermöglichen. Da eine Suchterkrankung auch mit

dem Verlust des Arbeitsplatzes und der Wohnung einhergehen kann, bedarf es entsprechender Angebote im Bereich des Wohnens und der Tagesstruktur. Neben Beratung und Therapie der suchterkrankten Menschen sind aber auch Bezugspersonen, zu denen vertrauensvolle Beziehungen aufgebaut werden können, und ein konstantes soziales Umfeld, das Stabilität und Sicherheit gewährleistet, wichtige Begleitfaktoren auf dem Weg aus einer Suchterkrankung.

Wir bedanken uns bei allen Mitwirkenden für die Erstellung des Tiroler Suchtkonzepts 2022–2032. Möge diese vorliegende Strategie allen Akteurinnen und Akteuren in der Suchthilfe als Leitfaden zur Prävention von und zum Umgang mit stoffgebundenem und stoffungebundenem Suchtverhalten dienen.

Inhalt

Vorwort	III
Abbildungen.....	V
Tabellen	VI
Abkürzungsverzeichnis.....	VIII
Einleitung	X
1 Rechtliche Rahmenbedingungen	1
1.1 Tiroler Jugendgesetz	1
1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen im Umgang mit Alkohol	2
1.3 Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz	2
1.4 Suchtmittelgesetz	3
1.5 Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz	3
1.6 Glücksspielgesetz	4
1.7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz	4
1.8 Substitutionsbehandlung als Teil der Suchtgiftverordnung	5
1.9 Tiroler Teilhabegesetz	6
1.10 Tiroler Mindestsicherungsgesetz	7
2 Strategische Dokumente	9
2.1 Österreichische Suchtpräventionsstrategie	9
2.2 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Alkohol	9
2.3 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Tabak	10
2.4 EU-Drogenstrategie 2021–2025	10
2.5 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Medikamenten	11
2.6 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Glücksspiel	12
3 Relevante Gremien im Suchtbereich	13
3.1 Gremien auf Bundesebene	13
3.2 Gremien auf Landesebene	14
4 Abhängigkeitserkrankungen – Begriffe und Klassifikation	16
4.1 Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5	17
4.2 Stoffungebundene Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5	22
5 Epidemiologie	24
5.1 Alkohol	24
5.1.1 Alkoholkonsum in der Tiroler Allgemeinbevölkerung	26
5.1.2 Daten zur Behandlung alkoholassoziierter Krankheiten	28
5.1.3 Mortalität bei und Statistik zu Verkehrsunfällen mit Alkoholbeteiligung	31
5.1.4 Verkaufstatistik Alkohol	33
5.2 Tabak und verwandte Produkte	34

5.2.1	Konsum von Tabak und verwandten Produkten in der Tiroler Allgemeinbevölkerung.....	36
5.2.2	Daten zur Tabakentwöhnung und zu Personen mit Tabakabhängigkeit in Behandlung.....	39
5.2.3	Mortalität	41
5.2.4	Zigarettenverkaufsstatistik	42
5.3	Illegale Drogen	43
5.3.1	Konsum illegaler Drogen in der Tiroler Allgemeinbevölkerung	46
5.3.2	Problematischer/Risikoreicher Drogenkonsum und seine Behandlung ..	51
5.3.3	Infektionskrankheiten	59
5.3.4	Drogenbezogene Todesfälle	60
5.3.5	Anzeigen, Alternativen zur Bestrafung	61
5.4	Medikamente/Psychopharmaka	64
5.4.1	Einnahme von Psychopharmaka in der Tiroler Allgemeinbevölkerung ...	66
5.4.2	Daten zur Behandlung von Personen mit Medikamentenabhängigkeit ..	70
5.4.3	Anzeigenstatistik	71
5.5	Glücksspiel und Sportwetten	72
5.5.1	Prävalenz der Teilnahme an Glücksspiel in der (Tiroler) Allgemeinbevölkerung.....	74
5.5.2	Daten zur Behandlung und zu Personen in Behandlung (Morbidität)	75
5.5.3	Glücksspiel- und Wettangebote in Tirol.....	76
5.6	Auswirkungen von COVID-19	78
6	Empfehlungen	81
6.1	Interventionsfeld Suchtprävention	81
6.2	Interventionsfeld Suchthilfe.....	87
6.2.1	Menschen mit Alkohol-, Tabak-, Medikamentenproblemen	88
6.2.2	Menschen mit problematischem Drogenkonsum	90
6.2.3	Menschen mit Spielsucht	96
6.2.4	Spezifische Zielgruppen	100
6.2.5	Wohnstrukturen für suchtkranke Menschen	106
6.2.6	Tagesstruktur, Beschäftigung, Arbeit.....	111
6.2.7	Schadensminimierung	112
6.2.8	Selbsthilfe und Partizipation	116
6.2.9	Digitalisierung	117
6.3	Interventionsfeld Sicherheit.....	118
6.4	Unterstützungsprozess: Suchtforschung, Evaluation und Dokumentation.....	120
6.5	Unterstützungsprozess: Planung, Strukturentwicklung und Koordination	122
6.6	Unterstützungsprozess: Aus- und Weiterbildung	125
6.7	Unterstützungsprozess: Öffentlichkeitsarbeit	126
6.8	Unterstützungsprozess: Inter(nationale) Zusammenarbeit.....	128
6.9	Priorisierung der Empfehlungen	129
7	Tiroler Suchthilfeeinrichtungen im Überblick	132
7.1	Ambulante Einrichtungen	132
7.2	Stationäre Einrichtungen	138
7.3	Selbsthilfe.....	144
8	Literatur	145
	Wichtige Definitionen / Glossar.....	154

Abbildungen

Abbildung 5.1: Alkohol auf einen Blick – Infografik	25
Abbildung 5.2: Alkoholkonsumindikatoren für Schüler:innen in Tirol.....	26
Abbildung 5.3: Alkoholkonsumgruppen nach Geschlecht in Österreich.....	28
Abbildung 5.4: Zeitverlauf des Anteils alkoholassoziierter Todesursachen an allen Sterbefällen für Tirol und Österreich 2009–2019	32
Abbildung 5.5: Tabak und verwandte Produkte auf einen Blick – Infografik.....	35
Abbildung 5.6: Indikatoren des Nikotinkonsums von Schülerinnen und Schülern in Tirol 2019..	37
Abbildung 5.7: Zigarettenrauchen in der Tiroler Gesamtbevölkerung 15+	38
Abbildung 5.8: Anteil der Raucher:innen, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Geschlecht und Alter	39
Abbildung 5.9: Illegale Drogen auf einen Blick – Infografik	45
Abbildung 5.10: Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülerinnen/Schülern in Tirol	47
Abbildung 5.11: Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Tirol.....	47
Abbildung 5.12: Zeitlicher Verlauf der mittleren jährlichen Abwasserfrachten von THC-COOH (Konsummarker von Cannabis), Benzoyllecgonin (Konsummarker von Kokain), Amphetamin, MDMA und Methamphetamin in der Kläranlage Innsbruck	49
Abbildung 5.13: Analysierte Proben des Tiroler Drug-Checking nach deklarierten Wirkstoffen 2014 bis 2019	50
Abbildung 5.14: Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Tirol, gemittelte Drei-Jahres-Werte, in Prozent.....	51
Abbildung 5.15: Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64- Jährige) 2019	53
Abbildung 5.16: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen 1999–2019	56
Abbildung 5.17: Altersverteilung bei Substitutionsbehandlungen in Tirol und Österreich, Zeitreihe 2009 bis 2019.....	57
Abbildung 5.18: Opioidabhängige Personen in Tirol nach Integration in die Opioidsubstitutionsbehandlung	57
Abbildung 5.19: Alle im jeweiligen Jahr in den Einrichtungen der Tiroler Suchthilfe im Bereich illegaler Drogen durchgeführten Behandlungen nach Leitdrogen im Zeitverlauf (DOKLI) 2010–2019.....	58

Abbildung 5.20: Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren in Tirol und Österreich (ohne Wien), geglätteter Drei-Jahres-Wert, Zeitreihe 2011–2019.....	61
Abbildung 5.21: Medikamente/Psychopharmaka auf einen Blick – Infografik.....	65
Abbildung 5.22: Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmedikamenten in der Tiroler Allgemeinbevölkerung	67
Abbildung 5.23: DDD (defined daily doses) gesamt für die ATC-Gruppen N05BA, N05CD und N05CF nach Alter.....	68
Abbildung 5.24: Glücksspiel und Sportwetten auf einen Blick – Infografik.....	73
Abbildung 5.25: Glücksspiel mit Geldeinsatz unter Schülerinnen und Schülern in Tirol 2019	74
Abbildung 5.26: Veränderung von Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial im ersten COVID-19-bedingten Lockdown durch die Corona-Krise (März bis Mai 2020).....	78

Tabellen

Tabelle 4.1: Beschreibung der Abhängigkeit und des Abhängigkeitssyndroms in ICD-11 und ICD-10	18
Tabelle 4.2: Diagnostische Kriterien für Substanzabhängigkeit in ICD-11 und ICD-10.....	19
Tabelle 4.3: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und ihre jeweilige Codierung nach ICD-10 und ICD-11	20
Tabelle 4.4: Übersicht über die substanzbezogenen Störungen und ihre Codierungen in ICD-11 und ICD-10	21
Tabelle 4.5: Übersicht über die nichtsubstanzbezogenen Störungen und ihre Codierungen in ICD-11 und ICD-10.....	23
Tabelle 5.1: Diagnosecluster Alkohol (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019.....	29
Tabelle 5.2: Altersstruktur der Personen in der ambulanten Nachsorge und in Beschäftigungstherapie/Tagesstruktur	30
Tabelle 5.3: Konsum von Tabak und verwandten Produkten unter Tiroler Jugendlichen.....	36
Tabelle 5.4: Altersstruktur der Personen, die beim Verein Suchthilfe Tirol 2019 ein Erstgespräch für eine ambulante Raucherentwöhnung geführt haben (N = 146) bzw. eine solche abgeschlossen haben (N = 107)	40
Tabelle 5.5: Diagnosecluster Tabak (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019.....	41
Tabelle 5.6: Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation pro 100.000 15- bis 64-Jährige in Tirol und Österreich von 2011 bis 2019	55

Tabelle 5.7: Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel in Tirol und Österreich, Zeitreihe 2009 bis 2019	62
Tabelle 5.8: Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung in Österreich nach Bundesländern 2019	63
Tabelle 5.9: Diagnosecluster Medikamente (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019	70
Tabelle 5.10: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel in Tirol 2009–2019	71
Tabelle 5.11: Diagnosecluster pathologisches Spielen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019	76

Abkürzungsverzeichnis

AA	Anonyme Alkoholiker
ARGE Sucht	Österreichische Arbeitsgemeinschaft Suchtvorbeugung
AIDS	acquired immune deficiency syndrome / erworbenes Immunschwächesyndrom infolge einer HIV-Infektion
AMS	Arbeitsmarktservice
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASP	ambulante Suchtprävention
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
ATHIS	Austrian Health Interview Survey / Österreichische Gesundheitsbefragung
BeWo	betreutes Wohnen
BH	Bezirkshauptmannschaft
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMI/BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BVAEB	Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
CBD	Cannabidiol / Cannabinoid aus dem weiblichen Hanf (Cannabis)
COPD	chronic obstructive pulmonary disease / chronisch obstruktive Lungenerkrankung
COVID-19	coronavirus disease 2019 Coronavirus-Krankheit-2019
CRC	Capture-Recapture-Methode (statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung)
DDD	defined daily dose(s); definierte Tagesdosis bzw. Äquivalenzdosis (rechnerische Größe für die Arzneimittelverbrauchsforschung)
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DOKLI	Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe
DTF	drogenbezogene Todesfälle
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EKIWO	Eltern-Kind-Wohnen
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union
GMI	Institut für Gerichtliche Medizin Innsbruck
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glücksspielgesetz
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HIV	humanes Immundefizienz-Virus
i. v.	intravenös, in die Vene (Konsumform)

ICD-10/11	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems/ Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
IWO	Integriertes Wohnen (Tiroler Verein)
KJH	Kinder- und Jugendhilfe
KJPP	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychosomatik
KomFüDro	Kommunikationszentrum für Drogenabhängige der Caritas der Diözese Innsbruck
LKH	Landeskrankenhaus
LPG	Landes-Polizeigesetz
LSD	Lysergsäurediäthylamid (halbsynthetisches Halluzinogen)
MDA	mobile Drogenarbeit
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin (Ecstasy; synthetische Partydroge)
MSM	men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben
NPS	neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
n. v.	nicht verfügbar
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ORF	Österreichischer Rundfunk
ÖSG	Österreichischer Strukturplan Gesundheit
PSP	Psychosozialer Pflegedienst (Tirol)
PV	Psychotropenverordnung
PVA	Pensionsversicherungsanstalt
REITOX	Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies / Europäisches Informationsnetzwerk für Drogen und Drogensucht
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
SCORE	Sewage Analysis CORE group Europe
SHT	Sozialhilfeträger
SMG	Suchtmittelgesetz
SMS	Sozialministeriumservice
SV	Sozialversicherung
SVS	Sozialversicherung der Selbständigen (SVS)
TEDI	Trans European Drugs Information Network
THC	Tetrahydrocannabinol
THC-COOH	Tetrahydrocannabinol-Carbonsäure (Abbauprodukt von THC)
TJKHG	Tiroler Kinder- und Jugendhilfegesetz
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz
TRG	Tiroler Rehabilitationsgesetz
UICC	Union for International Cancer Control / Internationale Vereinigung gegen Krebs
UN	United Nations / Vereinte Nationen
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime / Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung
WHO	World Health Organization / Weltgesundheitsorganisation

Einleitung

Suchtarbeit ist permanenten Veränderungen unterworfen – auch und besonders in Hinblick auf neue Substanzen und Suchtformen. Eine **vorausschauende und erfolgreiche Suchtpolitik** erweitert stetig ihr Aufgabenspektrum, um den dynamischen Entwicklungen im Suchtbereich und insbesondere dem geänderten Konsumverhalten der Betroffenen Rechnung zu tragen. **Evidenzbasierte Informationen** über die aktuelle Situation im Bereich Suchtmittelkonsum und suchtrelevante Verhaltensweisen in einer Region sind damit wesentlich, um das **öffentliche Bewusstsein** und ein besseres Verständnis für die vielfältigen Ausprägungen von Suchtverhalten zu stärken. Zudem soll sich die Weiterentwicklung der Suchtarbeit an den **Bedürfnissen der betroffenen Menschen und deren Behandlungserfordernissen** orientieren und soll die notwendigen Rahmenbedingungen für eine effektive und zugleich effiziente Versorgung suchtkranker Menschen festlegen.

Die Tiroler Suchtpolitik der letzten Jahre hat sich bewährt. Seit der Erstellung des Suchtkonzepts Tirol 2012 ist es durch umfassende Angebote der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen in Tirol und unter Einbindung der Prävention gelungen, Menschen mit Suchterkrankungen zu **geeigneten Beratungs- und Therapieangeboten** zu vermitteln und in das allgemeine Gesundheits- und Sozialsystem zu integrieren. Die Struktur der Versorgung folgt so weit wie möglich und zweckmäßig einem unterschiedliche **Suchtformen übergreifenden Ansatz** und berücksichtigt dabei die Wichtigkeit eines niederschweligen Zugangs zu medizinischer Behandlung und Betreuung. Wesentliche Ziele des Suchtkonzepts aus dem Jahr 2012 waren die Erstellung von Empfehlungen zur **Optimierung der Gesundheitsversorgung** im Suchtbereich sowie die Erarbeitung **prioritär umzusetzender Maßnahmen**.

Die **Rahmenbedingungen und Herausforderungen im Suchtbereich** entwickeln sich stetig weiter. Einerseits gibt es **neue österreichische Rahmenbedingungen** (Österreichische Suchtpräventionsstrategie), andererseits wurden in den vergangenen Jahren neue **Entwicklungen im Suchtbereich** beobachtet. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang zum Beispiel der zunehmende Anteil älterer opioidabhängiger Personen, die das Betreuungssystem vor neue Herausforderungen stellen, oder **Änderungen der Konsummuster** mit teilweise riskanteren Aspekten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Es gibt neue Möglichkeiten wie beispielsweise wesentliche Verbesserungen im Bereich der **Hepatitis-C-Behandlung** oder virtuelle Beratungsmöglichkeiten und Konzepte zur **integrierten Versorgung im Suchtbereich**. Aktuell kommen noch Lernerfahrungen und Entwicklungen infolge der **COVID-19-Pandemie** hinzu.

Angesichts dieser Entwicklungen hat sich die Tiroler Landesregierung, vertreten durch DIⁱⁿ Gabriele Fischer und Mag.^a Annette Leja, mit der **Weiterentwicklung des Tiroler Suchtkonzepts 2012** auseinandergesetzt. In der Landesverwaltung wurde eine **Steuerungsgruppe** zur Begleitung dieses Projekts sowie zur weiteren Gestaltung des Suchtkonzepts eingesetzt. Diese deckte alle politisch und fachlich relevanten Aspekte ab und bestand aus MMag.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Schuierer-Aigner (Vorsitzende), Dr.ⁱⁿ Kathrin Eberle, Dr.ⁱⁿ Theresa Geley, Univ.-Prof. Dr. Christian Haring, Mag.^a Beate Grüner und Astrid Mallaun. Das Kompetenzzentrum Sucht (KOSU) der Gesundheit Österreich

GmbH wurde mit Beschluss der Tiroler Landesregierung beauftragt, diese Arbeiten koordinativ und fachlich zu unterstützen. Neben der Beschreibung der aktuellen Suchtsituation stellen konkrete Maßnahmenempfehlungen das Kernstück des Suchtkonzepts dar. Diese Maßnahmenempfehlungen wurden von der **Tiroler Expertisegruppe** in Kooperation mit dem Kompetenzzentrum Sucht erarbeitet. Die Mitglieder der Expertisegruppe waren Univ.-Prof. Dr. Christian Haring, Mag. Gerhard Gollner, Mag.^a Beate Grüner, Julian Haring, M.Sc., Gerhard Jäger, MA, Dr. Ekkehard Madlung-Kratzer, Mag. Christian Schmalzl und Wolfgang Sparber. Die Expertinnen und Experten kommen aus dem klinischen Bereich, der Suchtprävention, der Suchthilfe und dem Sicherheitssektor und decken sowohl die relevanten intramuralen als auch extramurale Bereiche ab.

Das vorliegende **Tiroler Suchtkonzept 2022–2032** ist ganzheitlich ausgerichtet und baut auf der erfolgreichen Arbeit der letzten Jahre auf. Zudem erfolgte eine Erweiterung um die Bereiche **Glücksspielsucht und Tabak**, wodurch dem **substanzen- und verhaltenssüchteübergreifenden Suchtbegriff** der österreichischen Suchtpräventionsstrategie Rechnung getragen wird. Zu Beginn werden die rechtlichen Rahmenbedingungen (Kapitel 1) näher beschrieben. Die für die Tiroler Suchtpolitik zentralen strategischen Dokumente werden in Kapitel 2 kurz umrissen, gefolgt von einem Überblick über drogenpolitisch relevante Gremien im Suchtbereich auf Bundes- sowie Landesebene (Kapitel 3). Im Anschluss werden die unterschiedlichen Definitionen und Diagnosesysteme im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen kurz beschrieben, wobei auch auf wesentliche Änderungen der Kriterien für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit in der elften und aktuellsten Version der Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) eingegangen wird (Kapitel 4).

Der **Epidemiologieteil** (Kapitel 5) befasst sich mit dem Konsum von Alkohol, Tabak und verwandten Produkten, illegalen Drogen, Medikamenten/Psychopharmaka sowie mit Glücksspiel und Sportwetten in Tirol, den dahinterliegenden Ursachen und den daraus resultierenden Folgen. Berichtszeitraum ist dabei 2012 bis 2020 bzw. bis zu den letztverfügbaren Daten (in den meisten Fällen 2019). Die Zahlen werden jeweils mit **österreich- und europaweiten Daten** in Relation gesetzt. Zusätzlich flossen auch **polizeiliche und justizielle Daten** in die Beschreibung ein. Wichtige Erkenntnisse über den Substanzkonsum in einem bestimmten Einzugsgebiet liefern Ergebnisse **abwasserepidemiologischer Studien**. Die Auswirkungen der **COVID-19-Pandemie** auf den Substanzkonsum und suchtrelevante Verhaltensweisen in der Tiroler Allgemeinbevölkerung werden in einem eigenen Unterkapitel behandelt.

Die Empfehlungen in Kapitel 6 orientieren sich an den in der österreichischen Suchtpräventionsstrategie definierten **drei Interventionsfeldern und vier Unterstützungsprozessen**. In einem ersten Schritt wurden die im Tiroler Suchtkonzept 2012 definierten Empfehlungen durch die Tiroler Expertisegruppe dieser neuen Gliederung zugeordnet und wurde ihr Umsetzungsstand und ihre Relevanz beurteilt. Im Anschluss wurden – wo nötig – relevante Empfehlungen adaptiert und neue Empfehlungen formuliert. Um die Vielzahl unterstützender Maßnahmen erfolgreich umsetzen zu können, wurden **für jede Empfehlung** bisherige Aktivitäten evaluiert, neue Aktivitäten empfohlen und konkrete Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung der Empfehlung festgelegt sowie Zuständigkeiten und gesetzliche Grundlagen klar definiert. Damit beinhaltet das Kapitel „Empfehlungen“ **konkrete Rahmenziele**, die für eine den **Bedürfnissen und Behandlungserfordernissen der betroffenen Menschen** entsprechende Tiroler Suchtarbeit von zentraler Bedeutung sind. Es legt

ihre zukünftige Entwicklung für den **Zeitraum 2022–2032** richtungsweisend und handlungsorientiert fest. Eine Auflistung ambulanter und stationärer Tiroler Suchteinrichtungen und von Informationen zu den in der Tiroler Suchthilfelandchaft angesiedelten Selbsthilfeorganisationen (Kapitel 7) komplettieren das vorliegende Suchtkonzept.

Wir bedanken uns bei den Expertinnen und Experten aus Tirol, die mit dem Amt der Tiroler Landesregierung das Tiroler Suchtkonzept 2022–2032 entwickelt und ihren Beitrag zu einer zukunftsorientierten Neuausrichtung der Tiroler Suchtpolitik geleistet haben.

1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Innerhalb der Europäischen Union (EU), auf nationaler Ebene sowie im Bereich der Gesetzgebung der österreichischen Bundesländer kommen unterschiedliche rechtliche Rahmenbedingungen zur Anwendung, von denen Personen betroffen sind, die legale oder illegale psychoaktive Substanzen konsumieren oder Glücksspiel betreiben. Im Folgenden werden die als Input für das Tiroler Suchtkonzept wesentlich erscheinenden Inhalte der genannten Gesetzeswerke kurz beschrieben.

1.1 Tiroler Jugendgesetz

Seit Jänner 2019 gelten in Österreich erstmals weitestgehend **einheitliche Bestimmungen zum Alkohol- und Tabakkonsum** sowie zu den Ausgehzeiten. Bei Nichteinhaltung der gesetzlichen Bestimmungen des Tiroler Jugendgesetzes kann eine Geldstrafe verhängt werden. Die Bezirksverwaltungsbehörde kann aber von dieser Form der Bestrafung absehen, wenn sich die:der Jugendliche verpflichtet, im Rahmen des Jugendberatungsdienstes an einem Informations- und Beratungsgespräch im Ausmaß von mindestens drei Stunden teilzunehmen.

Regelungen in puncto Rauchen: Mit 18. 1. 2019 wurde im Tiroler Jugendgesetz das Schutzalter beim Rauchen von 16 auf 18 Jahre angehoben. Damit ist die Abgabe von Zigaretten, Tabakerzeugnissen, Wasserpfeifen sowie von elektronischen Produkten, die der Verbrennung oder Verdampfung dafür verwendeter Tabake, Melassemischungen oder Liquids dienen, an Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, verboten (laut TNRSG § 2a). Dabei ist es egal, ob darin Nikotin enthalten ist oder nicht. Diese Regelung umfasst auch Shishas, E-Shishas, E-Zigaretten, Kautabak, Schnupftabak etc.

Das bundesweit geltende Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz-TNRSG (BGBl. Nr. 431/1995) sieht außerdem einen umfassenden Nichtrauchererschutz vor. So gilt ein grundsätzliches Rauchverbot in Schulen und bei schulbezogenen Veranstaltungen. Weiters herrscht Rauchverbot in Räumen für schulsportliche Betätigung, schulischen oder solchen Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche beaufsichtigt, aufgenommen oder beherbergt werden, einschließlich der dazugehörigen Freiflächen. Rauchverbot gilt auch für geschlossene öffentliche und private Verkehrsmittel zur entgeltlichen oder gewerblichen Personenbeförderung (z. B. Taxis oder öffentliche Verkehrsmittel). In allen anderen Fällen (z. B. private PKW-Fahrt) gilt ein Rauchverbot, wenn sich im Fahrzeug eine Person befindet, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

Regelungen in puncto Alkohol: Der Konsum und Erwerb von Alkohol ist österreichweit für unter 16-Jährige verboten. Ab dem 16. Geburtstag dürfen Jugendliche auch in Tirol nichtgebrannten Alkohol wie Bier und Wein kaufen und trinken. Gebrannter Alkohol wie Spirituosen ist erst ab 18

Jahren erlaubt. Das bezieht sich auf den öffentlichen und zum Teil auch privaten Raum. Alkopops dürfen ebenfalls erst ab 18 Jahren konsumiert werden.

1.2 Gesetzliche Rahmenbedingungen im Umgang mit Alkohol

Die Regelung der gesetzlichen Rahmenbedingungen im Umgang mit Alkohol in Österreich ist eine Materie, die aus einer Fülle detaillierter, teilweise voneinander unabhängiger Gesetze und Regulative besteht, für die unterschiedliche Ministerien und Landesbehörden zuständig sind. Aus diesem Grund findet die österreichische „alcohol policy“ nicht Ausdruck in einem singulären Dokument, wie es in vielen anderen Ländern der Fall ist. Die österreichische Alkoholpolitik zielt – anders als zum Beispiel jene in nordeuropäischen und angelsächsischen Ländern – nicht darauf ab, die allgemeine Verfügbarkeit von Alkohol zu verringern und auf diese Weise jegliche Form von Alkoholkonsum zu reduzieren. Stattdessen liegt der Fokus auf spezifischen Problembereichen, in denen im Zusammenhang mit Alkoholkonsum eine relevante Gefährdung oder Beeinträchtigung der konsumierenden Personen bzw. Dritter besteht (z. B. Alkohol im Straßenverkehr). Auf Bundesebene geregelt werden u. a. die Themenbereiche Alkohol im Straßenverkehr (Straßenverkehrsordnung, Führerscheingesetz), steuerliche Handhabung (mit geringfügigen Ausnahmeregelungen auf Landesebene), Regulation der Bewerbung von Alkohol (ORF-Gesetz oder Audiovisuelle Mediendienste-Gesetz) oder Rahmenbedingungen des Verkaufs von Alkohol (Gewerbeordnung). Zusätzliche Einschränkungen in Bezug auf Alkoholkonsum auf Landesebene sind u. a. über die Veranstaltungsgesetze der Länder oder über ortspolizeilich verordnete lokale Konsumverbote möglich (Uhl, Alfred et al. 2020).

1.3 Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz

Im Juni 1995 wurde in Österreich erstmals ein Tabakgesetz verabschiedet, das auch schon den Schutz Nichtraucher beinhalten. Mittlerweile wird dieses als Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz (TNRSG) bezeichnet. Es beinhaltet den Großteil der gesetzlichen Bestimmungen zu Tabak- und verwandten Erzeugnissen inklusive der Bereiche Herstellung, Inverkehrbringen, Werbung und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutz. Zusätzlich finden sich einzelne einschlägige gesetzliche Bestimmungen auch in anderen Gesetzen auf Bundes- bzw. Landesebene wie beispielsweise in den Jugendschutzgesetzen der Bundesländer, im ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, im Bundes-Bedienstetenschutzgesetz, im ORF-Gesetz oder im Schulunterrichtsgesetz mit der dazugehörigen Schulordnung.

1.4 Suchtmittelgesetz

In Österreich gelten Suchtgifte und psychotrope Stoffe als Suchtmittel, und der Umgang mit diesen wie etwa deren Erwerb, Besitz, Erzeugung oder Ein- und Ausfuhr ist eingeschränkt. Die Einschränkungen sind im Suchtmittelgesetz (SMG) sowie in den dazu ergangenen Durchführungsverordnungen (Suchtgiftverordnung, Psychotropenverordnung) geregelt. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er aber durch andere Tathandlungen (insbesondere Besitz) kriminalisiert. Das SMG sieht auch eine breite Palette von Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung Suchtkranker setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht.

Seit dem Jahr 2000 hatten die Änderungen der Gesetzgebung neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips *Therapie statt Strafe* sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

Neben dem SMG stellen auch die Suchtgiftverordnung (SV) und die Psychotropenverordnung (PV) wichtige Rechtsquellen dar. In Letzterer werden beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln geregelt und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation getroffen. In der SV sind u. a. die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt.

1.5 Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

Neben dem SMG stellen seit 2012 auch das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) und die darauf basierende Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung (NPSV) wichtige gesetzliche Grundlagen dar. Als *neue psychoaktive Substanzen* werden vom BMSGPK jene Substanzen bezeichnet, von denen angenommen werden kann, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit Konsumierender besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann. 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 Substanzklassen.

1.6 Glücksspielgesetz

Das österreichische Glücksspielgesetz (GSpG) regelt in Österreich das Angebot an Glücksspielen und Ausspielungen. Zudem beinhalten vereinzelt auch andere Gesetze auf Bundes- bzw. Landesebene wie die Automatenglücksspielverordnung, die Glücksspielautomaten- und Veranstaltungsgesetze der Länder und die Jugendschutzgesetze Bestimmungen zu Glücksspiel. Das GSpG liefert rechtliche Vorgaben in Form von Mindeststandards für das „kleine Glücksspiel“ (Landesausspielungen), das landesgesetzlichen Zulassungsbestimmungen unterliegt. Aktuell ist eine Novelle des GSpG in Vorbereitung. Sportwetten werden auf Landesebene geregelt, in Tirol durch das Tiroler Wettunternehmergesetz.

1.7 Allgemeines Sozialversicherungsgesetz

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) aus dem Jahr 1955 betrifft Leistungen der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung und regelt damit die Sozialversicherung im Inland beschäftigter Personen und diesen gleichgestellter Personen sowie von Pensionistinnen und Pensionisten. Im Folgenden werden auszugsweise Gesetzesteile wiedergegeben, die im Zusammenhang mit Sucht und deren Behandlung zum Tragen kommen können.

Die Krankenversicherung trifft unter anderem Vorsorge für medizinische Maßnahmen der Rehabilitation, der Gesundheitsförderung und der Krankheitsverhütung (§ 116 ASVG). Leistungen der Krankenversicherung betreffen z. B. Krankenbehandlung, etwaige Hauskrankenpflege, Anstaltspflege, Krankengeld etc. Im Falle einer Krankenbehandlung – ärztliche Hilfe, Heilmittel, Heilbehelfe – wird diese während der Versicherung für die Dauer der Krankheit ohne zeitliche Begrenzung gewährt (§ 134 [1] ASVG).

In § 144 ff. ASVG werden die Rahmenbedingungen der Pflege der:des Erkrankten in der allgemeinen Gebührenklasse von Krankenanstalten geregelt, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert werden. Es wird auch darauf hingewiesen, dass anstelle der Anstaltspflege Hauskrankenpflege gewährt wird, sofern die Art der Krankheit dies zulässt. Die Beziehungen der Versicherungsträger zu den Krankenanstalten, die über den Landesgesundheitsfonds finanziert werden, sind in § 148 ASVG festgeschrieben.

Weiters gewähren die Krankenversicherungsträger nach § 154a ASVG unter anderem im Anschluss an die Krankenbehandlung die Unterbringung in Krankenanstalten, die vorwiegend der Rehabilitation dienen. Ebenfalls mit Rehabilitation beschäftigt sich § 200 (1) ASVG, in dem festgelegt wird, dass der Unfallversicherungsträger die Durchführung von Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation dem Arbeitsmarktservice (AMS) übertragen kann, wobei dem AMS die Kosten zu ersetzen sind.

Nach § 324 (1) ASVG werden durch das vorliegende Gesetz die gesetzlichen Pflichten der Träger der Sozialhilfe zur Unterstützung Hilfsbedürftiger nicht berührt. Werden solche Personen allerdings vom Träger der Sozialhilfe oder einer Dienststelle des Bundes unterstützt, sind diese Leis-

tungen vom Versicherungsträger bis zu den im Rahmen des Gesetzes festgelegten Höhen zu ersetzen. Das betrifft etwa Personen, die z. B. auf Kosten eines Trägers der Sozialhilfe oder der Jugendwohlfahrt in einem Altersheim, Fürsorgeerziehungsheim, in einer Trinkerheilstätte oder ähnlichen Einrichtungen untergebracht werden.

Nach § 89 ASVG ruhen Leistungsansprüche aus der Kranken-, Unfall- und Pensionsversicherung, solange die:der Anspruchsberechtigte eine Freiheitsstrafe verbüßt oder in einer Anstalt angehalten wird. Dauert die Freiheitsstrafe oder die Anhaltung weniger als einen Monat, tritt das Ruhen von Renten- bzw. Pensionsansprüchen nicht ein. Ebenso ruhen Leistungsansprüche aus der Krankenversicherung während der Dauer des Präsenzdienstes.

1.8 Substitutionsbehandlung als Teil der Suchtgiftverordnung

Im Jahr 1987 wurde in Tirol ein Drogenersatzprogramm eingerichtet. Damit war Tirol das erste österreichische Bundesland mit einem derartigen Angebot. Rechtlich geregelt ist die Substitutionsbehandlung im Rahmen der Suchtgiftverordnung. Diese gibt Auskunft darüber, welche Mittel für die Substitutionsbehandlung zu verwenden sind und dass beim Einsatz dieser Mittel auf das Alter der zu behandelnden Person Rücksicht zu nehmen und gegebenenfalls die Meinung einer (weiteren) Fachärztin bzw. eines (weiteren) Facharztes einzuholen ist. Weiters wird dort festgeschrieben, dass die Behandlung der Kontrolle einer Amtsärztin bzw. eines Amtsarztes unterliegt, der:dem gegebenenfalls die Aufgabe zukommt, die Patientin bzw. den Patienten bei der Auffindung einer geeigneten Behandlungsalternative zu unterstützen.

Unter § 23i ist in der Suchtgiftverordnung vermerkt, dass die Landeshauptleute für die Einrichtung einer Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung Sorge zu tragen haben. Mitglieder dieser Kommission sind unter anderem der:die Drogen- oder Suchtkoordinator:in des Landes, Vertreter:innen der Ärztekammer etc. Auf Bundesebene (BMSGPK) wurde ein Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung eingerichtet (23k-Ausschuss), der sich mit Fragen und Problemstellungen dieser Form der Behandlung auseinandersetzen soll; ihm gehören Vertreter:innen der Ämter der Landesregierungen, der Drogen- oder Suchtkoordinationen, der Ärztekammer, des Dachverbands der österreichischen Sozialversicherungen etc. an.

Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpakets zur Modernisierung des rechtlichen Rahmens der Opioid-Substitutionsbehandlung. Ein großer Stellenwert kommt dabei einer auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie zu, auf die in Hinblick auf Behandlungssicherheit und Qualitätssicherung der Behandlung referenziert wird (ÖGABS et al. 2017). Gleichzeitig verweist die novellierte Suchtgiftverordnung mit der Formulierung „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung“ (§ 23a Abs. 1 SV) auf die therapeutische Verantwortung der behandelnden Ärzteschaft.

COVID-19 – Entfall der Vidierungspflicht

Zur Aufrechterhaltung der Opioidsubstitutionsbehandlung unter gleichzeitiger Einhaltung der COVID-19-bezogenen Ausgangs- und Kontakteinschränkungen wurde im März 2020 im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes u. a. das SMG – und in weiterer Folge die Suchtgiftverordnung – zeitlich befristet geändert. Die Änderungen bezogen sich auf den Entfall der amtsärztlichen Vidierungspflicht in bestimmten Fällen und eine erleichterte Handhabung der Substitutionsdauerverschreibung. Des Weiteren wurde durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verschreibungen suchtmittelhaltiger Arzneimittel den Apotheken per E-Mail oder Fax zu übermitteln. Der Zweck der Regelung ist zum einen die Entlastung der Amtsärztinnen und -ärzte zugunsten COVID-19-spezifischer Aufgabenstellungen und zum anderen der Schutz der Amtsärztinnen und -ärzte sowie der vielfach vulnerablen Substitutionspatientinnen und -patienten durch Reduktion der unmittelbaren physischen Kontakte („physical distancing“). Diese Regelung wurde in mehreren Schritten bis Ende 2021 verlängert. Wie danach vorgegangen wird, ist zum Zeitpunkt der Verfassung des Suchtkonzepts Tirol noch nicht klar.

1.9 Tiroler Teilhabegesetz

Das Tiroler Teilhabegesetz – TTHG (LGBl. Nr. 32/2018) ist am 1. 7. 2018 in Kraft getreten und stellt die rechtliche Grundlage für die Gewährung von Leistungen und Zuschüssen für Menschen mit Behinderungen dar. Als Menschen mit Behinderungen im Sinne des Gesetzes gelten Personen, die langfristige körperliche, psychische, intellektuelle Beeinträchtigungen oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen und wirksamen Teilhabe, gleichberechtigt mit anderen, an der Gesellschaft hindern können.

Das TTHG ersetzte das Tiroler Rehabilitationsgesetz (TRG) und verfolgt die Ziele, zur Verwirklichung einer inklusiven Gesellschaft beizutragen, die volle, wirksame, gleichberechtigte und nicht diskriminierende Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen sowie Menschen mit Behinderungen bei der Überwindung von Barrieren, die eine solche Teilhabe erschweren, zu unterstützen. Dadurch soll Menschen mit Behinderungen ein selbstbestimmtes Leben, wie die zentrale Forderung in der UN-Menschenrechtskonvention lautet, ermöglicht werden.

Leistungen für Menschen mit Suchterkrankungen wurden vor Inkrafttreten des TTHG im Rahmen des TRG gewährt. Wesentliche Grundlage bei der Ausarbeitung des TTHG waren ausführliche Leistungsbeschreibungen und detaillierte Qualitätsstandards für die einzelnen Leistungen. Für den Suchtbereich bestanden zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des TTHG noch keine derart detaillierten Leistungsbeschreibungen. Es wäre daher systemwidrig gewesen, auch Suchtleistungen in das TTHG mit aufzunehmen.

Leistungen für Menschen mit Suchterkrankungen

Seit dem 1. 7. 2018 regelt daher die *Richtlinie des Landes Tirol über Leistungen für Menschen mit Suchterkrankungen* (Sucht-Richtlinie) die Rahmenbedingungen für die Gewährung von Suchtleistungen. Ein Mensch mit Suchterkrankungen im Sinne dieser Richtlinie ist ein solcher, der an Suchterkrankungen leidet, die ihn in seinem selbstbestimmten Leben einschränken und ihm die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben erschweren.

Nach Vorliegen konkreter Leistungsbeschreibungen und Qualitätsstandards auch für den Suchtbereich ist angedacht, auch diese Leistungen in das Tiroler Teilhabegesetz mit aufzunehmen und über ein und dieselbe rechtliche Grundlage zu gewähren. Aus diesem Grund ist die Sucht-Richtlinie bereits in weiten Bereichen den Bestimmungen des TTHG angepasst und hat, bezogen auf Menschen mit Suchterkrankungen, die gleichen Zielsetzungen wie das TTHG.

Das Land Tirol gewährt zur Erreichung dieser Ziele mobile, ambulante oder stationäre Leistungen nach dieser Richtlinie.

1.10 Tiroler Mindestsicherungsgesetz

Das Tiroler Mindestsicherungsgesetz – TMSG (LGBl. Nr. 99/2010) ist am 1. 1. 2011 in Kraft getreten und wurde zwischenzeitlich etliche Male novelliert. Mit der jüngsten Novelle des Tiroler Mindestsicherungsgesetzes, die im Jahr 2022 in Kraft treten wird sind sämtliche Pflegeleistungen und Pflegemaßnahmen, die im Tiroler Mindestsicherungsgesetz vorgesehen waren, nunmehr in einem separaten, neu gefassten Tiroler Heim- und Pflegehilfegesetz geregelt. Sämtliche öffentliche Unterstützungsleistungen der Pflege wie etwa die Finanzierung eines Altenwohn- und Pflegeheimplatzes, die Maßnahmen der mobilen Pflege, der Kurzzeit- und Tagespflege werden fortan keine Leistungen der Mindestsicherung mehr darstellen, sondern sich als inhaltsgleiche Leistungen der Pflegehilfe in diesem neuen Tiroler Heim- und Pflegehilfegesetz finden.

Ziel der Mindestsicherung in Tirol ist die Bekämpfung von Armut und sozialer Ausgrenzung. In Tirol aufhältige österreichische Staatsbürger:innen sowie diesen gleichgestellte Personen (z. B. Unionsbürger:innen), die sich in einer Notlage befinden und die daher der Hilfe der Gemeinschaft bedürfen, erhalten eine entsprechende öffentliche Hilfeleistung. In einer Notlage im Sinne des Tiroler Mindestsicherungsgesetzes befindet sich eine Person dann, wenn sie ihren Lebensunterhalt, den Wohnbedarf oder einen spezifisch bedingten Bedarf (z. B. durch Krankheit, Mutterschaft etc.) nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Mitteln oder mithilfe Dritter abdecken kann und wenn das Einkommen (z. B. Lohn, Pension, Notstandshilfe, Arbeitslosen-, Krankengeld ...) unter den pauschalen Lebensunterhaltsätzen und Wohnhöchstsätzen liegt. Primär werden dabei Leistungen für eine materielle Existenzsicherung wie vor allem die Hilfe zur Sicherung des Lebensunterhalts und des Wohnbedarfs sowie die Krankenhilfe im hoheitlichen Verwaltungsbereich der Mindestsicherung gewährt. Diese öffentliche Unterstützung bezweckt, den Mindestsicherungsbezieherinnen/-bezieher das Führen eines menschenwürdigen Lebens zu ermöglichen und ihre dauerhafte (Wieder-)Eingliederung in das Erwerbsleben weitestmöglich zu fördern.

Weil die Mindestsicherung also lediglich als „letztes Netz der sozialen Sicherung“ konzipiert ist, gelangt sie erst dann zur Anwendung, wenn der Person eigene Mittel bzw. Mittel, welche aufgrund anderer gesetzlicher Grundlagen lukriert werden können, nicht oder nicht ausreichend zur Verfügung stehen. Daneben sieht das Tiroler Mindestsicherungsgesetz vor, dass das Land Tirol als Träger von Privatrechten spezielle Hilfen zur Abfederung besonderer sozialer Risiken gewährt. Auf die Gewährung dieser Hilfen haben hilfesuchende Personen allerdings keinen Rechtsanspruch. Dabei bilden vor allem die Zusatzhilfen bei Vorliegen eines besonderen Härtefalls (u. a. Kautions-, Erstananschaffung einer Grundausrüstung Möbel, von Haushaltsgeräten oder eines Hausrats) sowie die Hilfe zur Überbrückung außergewöhnlicher Notstände (u. a. Zuschuss für offene Mietrückstände oder offene Betriebs- und Heiz- oder Stromkosten) die größten Aufgabenbereiche.

2 Strategische Dokumente

Auf Ebene der WHO, der Europäischen Union (EU) sowie auf nationaler Ebene existiert eine Reihe strategischer Dokumente zum Umgang mit psychotropen Substanzen bzw. Glücksspiel. Die für das vorliegende Tiroler Suchtkonzept wichtigsten Dokumente werden in der Folge kurz umrissen.

2.1 Österreichische Suchtpräventionsstrategie

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* bezieht sich sowohl auf **legale und illegale Suchtmittel** als auch auf **substanzungebundenes Suchtverhalten**. Sie bildet einen **Orientierungsrahmen** für alle zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung und stellt die Gesundheitsperspektive in den Mittelpunkt. Die Bedeutung eines **möglichst breiten Maßnahmenpektrums** wird dort hervorgehoben. Für den Bereich illegale Drogen wird betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung haben. Personen hingegen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Es soll ein diversifiziertes Maßnahmenangebot von der Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitliche Rehabilitation bis zu beruflicher und sozialer Integration zur Verfügung gestellt werden. Neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels sind sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen zur Förderung der subjektiven und objektiven Sicherheit der Bevölkerung einzusetzen (vgl. BMG 2015; Busch et al. 2021).

Die drei in der österreichischen Suchtpräventionsstrategie definierten Interventionsfelder Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit und die Unterstützungsprozesse Suchtforschung, Evaluation und Dokumentation, Planung und Koordination, Aus- und Weiterbildung, internationale Zusammenarbeit, Öffentlichkeitsarbeit und Medien sowie Sicherheit wurden auch für die Gliederung der Empfehlungen des vorliegenden Tiroler Suchtkonzepts herangezogen.

2.2 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Alkohol

Der *Europäische Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums 2012–2020* (kurz: Europäischer Aktionsplan) wird als bislang wichtigstes einschlägiges Dokument auf europäischer Ebene betrachtet und stellt zudem das **aktuellste alkoholspezifische Strategiepapier** der WHO/Europa dar (WHO 2012). Als Voraussetzungen für eine effektive „alcohol policy“ werden dort die folgenden **fünf übergeordneten Ziele** genannt, die auf den früheren Aktionsplänen aufbauen:

- » Bewusstsein für Ausmaß und Art der gesundheitlichen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Belastung durch schädlichen Alkoholkonsum schaffen und Regierungen stärker zur Bewältigung dieser Last verpflichten

- » Das Grundlagenwissen über Ausmaß und bestimmende Faktoren der alkoholbedingten Schäden sowie wirksame Maßnahmen zur Reduktion und Prävention dieser Schäden erweitern und verbreiten
- » fachliche Unterstützung der Mitgliedstaaten ausweiten und ihre Fähigkeit zur Verringerung alkoholbedingter Schäden und zur Behandlung von Alkoholmissbrauch und damit verknüpften Erkrankungen stärken
- » Partnerschaften stärken und Koordinierung zwischen Akteuren verbessern sowie mehr Mittel für gemeinsame Maßnahmen gegen den schädlichen Alkoholkonsum mobilisieren
- » Systeme zur Beobachtung und Überwachung auf subnationaler, nationaler und regionaler Ebene verbessern und so eine wirksamere Verbreitung und Anwendung von Informationen für die Überzeugungsarbeit, Politikgestaltung und Auswertung sichern

Schädigender Alkoholkonsum und andere gesellschaftliche Themen wie Tabakkonsum und Ernährung werden auch vom *Europäischen Plan zur Krebsbekämpfung* (Europe's Beating Cancer Plan) aufgegriffen. Die Europäische Kommission möchte **Alkoholkonsum** durch eine stärkere Aufklärung **als Risikofaktor** bekannt machen und einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol im Einklang mit den UN-Zielen für nachhaltige Entwicklung (Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums um mindestens 10 % bis 2025) fördern. Außerdem wird eine Verringerung des Zugangs zu Alkohol allgemein und der Exposition junger Menschen gegenüber Alkoholwerbung angestrebt (EU 2021).

Hierzulande hat die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung auf Basis der Empfehlungen des Alkoholforums ein **Positionspapier mit 20 Handlungsempfehlungen** erarbeitet, das den Bereich „Alkohol“ präzisiert und als Grundlage für die Entwicklung und Umsetzung eines konkreten österreichweiten Aktionsplans zur Förderung eines **verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol** dienen soll (ARGE Suchtvorbeugung 2016). Zudem bietet das *Handbuch Alkohol – Österreich* einen umfassenden Überblick über alle in Österreich verfügbaren alkoholrelevanten Daten und liefert einen wichtigen Beitrag zur Diskussion dieser sensiblen Thematik (Uhl, A. et al. 2020).

2.3 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Tabak

Aktuell ist eine vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) initiierte **österreichweite Tabak- und Nikotinstrategie** in Erarbeitung (*Tabak- und Nikotinstrategie 2021–2027*), deren Ziel die Unterstützung einer nachhaltigen Konsumreduktion ist.

2.4 EU-Drogenstrategie 2021–2025

In den letzten zwei Jahrzehnten haben die Europäische Union und ihre Mitgliedstaaten einen **gemeinsamen Ansatz** entwickelt, um die **Auswirkungen des Drogenhandels und des Drogenkonsums** auf die Sicherheit und die Gesundheit zu bewältigen. Dieser beruht auf

- » den Erkenntnissen darüber, was in Bezug auf Politik und Maßnahmen funktioniert und was nicht funktioniert,

- » dem Gleichgewicht zwischen der Verringerung des Drogenangebots und der Verringerung der Drogennachfrage,
- » Multidisziplinarität angesichts des bereichsübergreifenden Charakters des Drogenphänomens,
- » Innovation und Vorausschau angesichts der Komplexität der Drogensituation und des Drogenmarkts,
- » der Achtung der Menschenrechte, der Gleichstellung der Geschlechter und der Gleichheit im Gesundheitswesen sowie
- » der Beteiligung und Mitwirkung der Zivilgesellschaft.

Dieser Ansatz wurde in der *EU-Drogenstrategie 2013–2020* verankert und in der vom Rat im Dezember 2020 gebilligten *EU-Drogenstrategie 2021–2025* (Rat der Europäischen Union 2021) bekräftigt. Die neue Strategie für den Zeitraum 2021–2025 legt den **politischen Rahmen** und die **Prioritäten für die Drogenpolitik der EU** fest und ergänzt die nationalen Politiken. Im Mittelpunkt steht dort die **Verringerung des Drogenangebots und der Drogennachfrage** sowie das Vorgehen gegen drogenbedingten Schaden. Im dazugehörigen Aktionsplan werden zudem die Querschnittsthemen „internationale Zusammenarbeit“, „Forschung, Innovation und Vorausschau“ sowie „Koordination, Steuerung und Umsetzung“ zur Unterstützung dieser Politikbereiche bestimmt.

2.5 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Medikamenten

Das Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC), die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Internationale Vereinigung gegen Krebs (Union for International Cancer Control, UICC) haben eine gemeinsame Strategie (GLOK67 Joint Global Programme) entwickelt, um zum einen den **Zugang zu verschreibungspflichtigen Medikamenten** für medizinische Zwecke zu verbessern und zum anderen Missbrauch sowie die Abzweigung von Drogenausgangsstoffen für die Herstellung illegaler Drogen zu verhindern. Aus dieser Zusammenarbeit resultieren einige Dokumente, welche die UN-Mitgliedstaaten dabei unterstützen sollen, die wichtigsten Hindernisse im **Kampf gegen den Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente** zu beseitigen (UNODC 2011a; UNODC 2011b; UNODC 2018).

Die folgenden Maßnahmen werden empfohlen, um den **Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente einzuschränken** (UNODC 2011b):

- » laufende Erhebung epidemiologischer Daten über das Ausmaß und die Konsummuster des nichtmedizinischen Gebrauchs verschreibungspflichtiger Medikamente und der daraus resultierenden Folgen
- » Etablierung eines Medikamentenmanagementsystems, das sicherstellt, dass die Medikamente denjenigen zur Verfügung stehen, die sie benötigen, und gleichzeitig mögliche Abzweigungen auf allen verschiedenen Ebenen überwacht und verhindert: Produktion, Lagerung, Gesundheitsversorgung (verschreibende Ärztinnen/Ärzte und Apotheker:innen), Patientinnen/Patienten und Internet
- » Sensibilisierung politischer Entscheidungsträger:innen und von Ärztinnen/Ärzten, Eltern, Jugendlichen sowie Lehrerinnen/Lehrern

- » fortlaufende Schulung des Gesundheitspersonals zur Prävention und Schadensminimierung
- » Adressieren nichtmedizinischen Konsums verschreibungspflichtiger Medikamente in der Drogenpolitik
- » Erforschung und Definition von Präventions- und Behandlungsmaßnahmen
- » Erforschung von Behandlungsmöglichkeiten für Polysubstanzkonsumentinnen/-konsumenten und Personen mit Komorbiditäten
- » Erforschung von Risiko- und Schutzfaktoren mit besonderem Augenmerk auf spezifische Risikogruppen wie Jugendliche, Frauen, ältere Personen und Angehörige von Gesundheitsberufen
- » Formulierung klarer Richtlinien für Ärztinnen/Ärzte über „good practice“ bei der Verschreibung starker psychoaktiver Medikamente einschließlich des Beginns und der Einnahmedauer
- » Verwendung des Zugangs der Therapie unter direkter ärztlicher Beobachtung (*directly observed therapy*) für starke psychoaktive Medikamente, wenn dies angemessen ist
- » Schaffung von Anreizen für Ärztinnen/Ärzte, starke psychoaktive Medikamente nicht übermäßig zu verschreiben
- » Schaffung von Negativanreizen für die übermäßige Verschreibung starker psychoaktiver Medikamente.

2.6 Strategische Grundlagen zum Umgang mit Glücksspiel

Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung hat 2018 in einem **Positionspapier** zehn Punkte zusammengefasst, die in den nächsten zehn Jahren umgesetzt werden sollten, um **Risiken und Probleme im Zusammenhang mit Glücksspiel und Sportwetten** weitgehend zu entschärfen. Die angeführten Forderungen umfassen u. a. mehr regulierenden Einfluss des Staates bzw. der Länder auf das Anbieten von Glücksspiel und Sportwetten sowie die Entwicklung eines Gesamtkonzepts für Prävention und Spielerschutz, auf dessen Basis – bei ausreichender Finanzierung – die Themen Glücksspiel und Wetten in laufende Präventionsmaßnahmen integriert werden können (ARGE Suchtvorbeugung 2018).

3 Relevante Gremien im Suchtbereich

3.1 Gremien auf Bundesebene

Drogenpolitisch relevante Gremien auf Bundesebene sind die **Bundesdrogenkoordination** und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende **Bundesdrogenforum**. Den Bundesländern kommt aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs bezüglich der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu (Busch et al. 2021).

Die **Bundesdrogenkoordination** ist im Gesundheitsressort angesiedelt und zeichnet für die **operationale und strategische Koordination drogenbezogener Angelegenheiten** verantwortlich. Ihre weiteren Aufgabenbereiche betreffen die Vorbereitung ministerieller Entscheidungen und die Vertretung Österreichs auf internationaler Ebene in Zusammenhang mit den genannten Tätigkeitsfeldern. Sie besteht aus drei ständigen Mitgliedern, und zwar jeweils einer Vertreterin bzw. einem Vertreter der Bundesministerien für Gesundheit, für Inneres und für Justiz. Vertreter:innen anderer Ministerien werden bei Bedarf beigezogen. Den Vorsitz in der Bundesdrogenkoordination hat der:die Vertreter:in des Bundesministeriums Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK).

Mindestens zweimal jährlich finden Sitzungen des **Bundesdrogenforums** statt und sorgen für die kontinuierliche **Abstimmung zwischen Bundes- und Landesebene** im Zusammenhang mit illegalen Drogen. Im Bundesdrogenforum vertreten sind die Bundesministerien, die Drogen- und Suchtkoordinationen der Bundesländer, der nationale Knotenpunkt der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen- und Drogensucht, der Städte- und der Gemeindebund sowie vom Gesundheitsressort nominierte Expertinnen und Experten sowie Wissenschaftler:innen. Es besteht ein Konzept zur Ausweitung der Aufgaben des Bundesdrogenforums auf legale Substanzen und suchtrelevantes Verhalten (z. B. Glücksspiel) im Sinne einer **süchteübergreifenden Koordinationsstruktur**, welche aber noch nicht umgesetzt ist.

Im Jahr 2007 richtete das Gesundheitsressort den **Beirat für das Informations- und Frühwarnsystem** über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit dem Substanzkonsum ein. Er dient zur Einschätzung und Bewertung des **Risikopotenzials neu auftretender illegaler Substanzen**, zur Beratung über etwaige Präventionsmaßnahmen und gibt Empfehlungen zum jeweiligen Handlungsbedarf. Der Beirat besteht u. a. aus Vertreterinnen und Vertretern der Drogen- und Suchtkoordinationen der Bundesländer, des BMSGPK, des BMI, der GÖG/ÖBIG, der Medizin, der Vergiftungsinformationszentrale, der Prävention, betreuender Einrichtungen, der Österreichischen Apothekerkammer sowie der Wissenschaft und tritt routinemäßig einmal pro Jahr zusammen. Eine Befassung und eine Einberufung des Beirats können jederzeit auf Ad-hoc-Basis erfolgen.

Der als Qualitätssicherungsmaßnahme eingerichtete **Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung** („23k-Ausschuss“) gemäß § 23k der Suchtgiftverordnung (SV) ist ein **beratendes Gremium in Fragen der Substitutionsbehandlung** und dient der diesbezüglichen Koordination zwischen dem BMSGPK und allen Bundesländern. In den Ausschuss eingebunden sind auch

die mit der praktischen Behandlung bzw. Betreuung von Substitutionspatientinnen/-patienten befassten relevanten Berufsgruppen bzw. Einrichtungen sowie die Sozialversicherung. Vor dem Hintergrund unterschiedlicher struktureller und organisatorischer Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in den Bundesländern und damit einhergehender unterschiedlicher Frage- und Problemstellungen stellt er eine **fortlaufende Kommunikation** sicher (Informationsaustausch, Problemidentifikation und -diskussion betreffend Behandlungs- und Vollzugspraxis). Damit schafft er die notwendige Voraussetzung zur gezielten Koordination und Wahrnehmung der dem BMSGPK obliegenden Verantwortung in diesbezüglichen Koordinations- und Steuerungsfragen. Zusätzlich soll durch diese Zusammenarbeit u. a. eine verbesserte Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Substitutionsbehandlung ermöglicht werden.

Der **Oberste Sanitätsrat** ist ein beratendes Gremium, das im BMSGPK angesiedelt ist. Ihm gehören Expertinnen und Experten vor allem der medizinischen Wissenschaft, der Pflege, der Gesundheitsplanung und -finanzierung an, die durch den:die Bundesminister:in für Gesundheit für jeweils drei Jahre bestellt werden. Dem Obersten Sanitätsrat obliegt insbesondere die **Bewertung medizinischer Fragestellungen** dahingehend, inwieweit sie dem „**Stand der medizinischen Wissenschaft**“ entsprechen. Im Rahmen dieser Aufgabe kann der Oberste Sanitätsrat auch für **suchtbezogene Themenstellungen** herangezogen werden. Seine Entscheidungen haben jedoch nur Vorschlagscharakter und sind somit für das Bundesministerium nicht bindend.

3.2 Gremien auf Landesebene

Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol

Der Beirat hat die Aufgabe

- » der Beratung der Tiroler Landesregierung und des Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung unter Beachtung der planerischen Ziele des ÖSG, des RSG sowie der Ziele von Bundeszielsteuerung und Landeszielsteuerung,
- » der Vernetzung der Systempartner:innen zur Koordination diesbezüglicher Aktivitäten auf Landesebene und
- » der Begleitung und Unterstützung des Landes bei der Umsetzung von Entwicklungsprojekten.

Der Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol umfasst jedenfalls – im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen – die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Sucht. Seine Mitglieder werden einvernehmlich von den zuständigen Mitgliedern der Tiroler Landesregierung für eine Funktionsperiode von fünf Jahren bestellt.

Suchtkoordinationsstelle des Landes Tirol

Die Suchtkoordination ist für die **Vernetzung und Koordination der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen in Tirol** unter Einbindung der Prävention zuständig – mit dem Ziel, dass die Betroffenen die adäquaten Beratungs- und Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen können.

Ihr Aufgabenbereich umfasst

- » Koordination und Vernetzung der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen unter Einbeziehung der Prävention,
- » Sachverständigentätigkeit im Suchtbereich, insbesondere im Zusammenhang mit Rehabilitationsverfahren,
- » Umsetzung fachlicher Erfordernisse nach dem Suchtmittelgesetz,
- » Planung und Durchführung von Versorgungsprojekten im Suchtbereich,
- » Verfassen von Stellungnahmen zu neuen Projekten und Gesetzesentwürfen,
- » Überprüfung der Qualitätsstandards der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen,
- » Teilnahme an verschiedenen Koordinationsgremien im Suchtbereich,
- » Führung der Geschäftsstelle des Beirats für psychosoziale Versorgung in Tirol.

4 Abhängigkeitserkrankungen – Begriffe und Klassifikation

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird der Begriff Sucht oft gleichbedeutend mit Abhängigkeit verwendet und beschreibt ein unüberwindbares, nicht mehr steuerbares **Verlangen nach einer Substanz oder einem Verhalten** (Pschyrembel 2020). Im Jahre 1969 empfahl das Expertenkomitee der WHO, die Bezeichnung „Abhängigkeit“ dem Begriff „Sucht“ aufgrund dessen stigmatisierenden Charakters vorzuziehen und auch zwischen „Missbrauch“ und „Abhängigkeit“ zu differenzieren (Ullrich 2016). Der Begriff Abhängigkeit wird in den offiziellen Diagnosesystemen, der ICD-10 bzw. ICD-11 (gültig ab 1. Jänner 2022) und dem DSM-5, genau definiert (siehe 4.1). Im Folgenden werden die unterschiedlichen Definitionen im Zusammenhang mit Abhängigkeitserkrankungen kurz beschrieben.

Grundsätzlich kann zwischen einer **psychischen und einer körperlichen Abhängigkeit** unterschieden werden. Erstere ist primär durch ein ausgeprägtes Suchtverlangen charakterisiert, wohingegen die körperliche Abhängigkeit durch eine Toleranzentwicklung einhergehend mit einer Dosissteigerung und – bei Abstinenz – durch das Auftreten von Entzugerscheinungen charakterisiert ist. Physische und psychische Abhängigkeit werden auch oft unter dem Begriff **Abhängigkeitssyndrom** zusammengefasst. Das Abhängigkeitssyndrom ist eines der klinischen Erscheinungsbilder bei Störungen mit verhaltensbezogenen, kognitiven und körperlichen Symptomen nach wiederholtem Konsum psychotroper Substanzen (Pschyrembel 2020).

Unter **psychotropen oder psychoaktiven Substanzen** versteht man pflanzliche, halbsynthetische oder synthetische Substanzen wie Alkohol, Nikotin und Opioide, welche die Psyche des Menschen in Hinblick auf Wahrnehmung, Denken, Fühlen und Handeln beeinflussen. Viele psychotrope Substanzen können zu Abhängigkeit führen und bei Überdosierung lebensgefährliche Auswirkungen haben (Atemstillstand, Kreislaufversagen, Selbst- und Fremdgefährdung). Die gesundheitlichen Folgestörungen werden anhand des Klassifikationssystems der ICD-10 unter dem Oberbegriff psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen zusammengefasst (Pschyrembel 2020).

Neben der bekannten substanzgebundenen Abhängigkeit (z. B. Tabak-, Alkohol- oder Cannabisabhängigkeit) wird auch immer öfter eine sogenannte **substanzungebundene Abhängigkeit bzw. Verhaltenssucht** (z. B. Glücksspiel- oder Internetabhängigkeit) diagnostiziert. Während pathologisches Glücksspiel bereits lange eine etablierte Diagnose (z. B. in der ICD-10) ist, werden in jüngster Zeit auch andere „Verhaltenssüchte“ in die diversen Diagnoseschemata aufgenommen. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der beiden wichtigsten Klassifikationssysteme zur Diagnose von Abhängigkeiten – der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-10 bzw. ICD-11) der WHO und des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5) der American Psychiatric Association (APA) – werden nachfolgend kurz beschrieben.

4.1 Stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5

Die ICD-10 ist ein weltweit anerkanntes **Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen**. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und dient der weltweit **einheitlichen Zuordnung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen**. Die Nummer „10“ bezeichnet dabei die derzeit gültige Revision dieses Zuordnungssystems für Diagnosen. In den Versorgungssystemen der meisten europäischen Länder, einschließlich jenes Österreichs, gelten aktuell die Standards der ICD-10. Das einachsige und monohierarchische¹ Klassifikationssystem gliedert sich in eine dreistellige allgemeine Systematik (z. B. F10: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol), eine vierstellige ausführliche Systematik (z. B. F10.1: Schädlicher Gebrauch von Alkohol) und gelegentlich fünfstellige Verfeinerungen (z. B. F10.25: Alkoholabhängigkeit). Für die Kodierung der Diagnosen in österreichischen Krankenanstalten und verwandten Einrichtungen (z. B. zur Rehabilitation) wird allerdings nur die vierstellige Systematik angewandt.

Mit der elften Version der *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (ICD-11) werden die Kriterien für die Diagnose einer Substanzabhängigkeit neu formuliert. Die ICD-11 soll am 1. Jänner 2022 in Kraft treten; erst nach einer flexiblen Übergangszeit von fünf Jahren sollen zum Beispiel Todesursachen ausschließlich mit der ICD-11 kodiert werden. In der ICD-11 wird wie bisher zwischen Abhängigkeitserkrankungen und schädlichem Gebrauch differenziert, dennoch ergeben sich Unterschiede, die in Tabelle 4.1 überblicksartig dargestellt sind.

¹ Bei einer Monohierarchie besitzt jede Klasse nur eine Oberklasse, so dass die gesamte Klassifikation eine Baumstruktur besitzt.

Tabelle 4.1:

Beschreibung der Abhängigkeit und des Abhängigkeitssyndroms in ICD-11 und ICD-10

ICD-11: Abhängigkeit	ICD-10: Abhängigkeitssyndrom
Eine Störung, den Substanzkonsum zu regulieren, die durch wiederholten oder kontinuierlichen Konsum entsteht. Charakteristisches Merkmal ist ein starkes Verlangen, die Substanz zu konsumieren, welches sich durch die fehlende Fähigkeit manifestiert, den Konsum zu kontrollieren, mit einer zunehmenden Priorisierung des Konsums gegenüber anderen Aktivitäten und fortgeführtem Konsum trotz Schädigung oder negativer Konsequenzen. Diese Erfahrung ist häufig begleitet durch subjektives Verlangen oder den Drang zu konsumieren. Physiologische Merkmale der Abhängigkeit können ebenfalls bestehen, einschließlich der Toleranz gegenüber der Substanz, des Auftretens von Entzugssymptomen nach Absetzen oder Reduktion der Substanz oder des Konsums einer gleichartigen Substanz, um Entzugssymptome zu verhindern oder abzuschwächen. Die Merkmale der Abhängigkeit bestehen in der Regel in einem Zeitraum von 12 Monaten, oder die Diagnose kann auch bei anhaltendem Substanzkonsum (täglich oder fast täglich) gestellt werden.	Eine Gruppe von Verhaltens-, kognitiven und körperlichen Phänomenen, die sich nach wiederholtem Substanzgebrauch entwickeln. Typischerweise besteht ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen, eine verminderte Kontrolle über ihren Konsum 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.

Die oben angeführte Übersetzung der ICD-11 ist nicht offiziell, sondern jene der Autoren Heinz et al. (2021), die hier geringfügig grammatikalisch modifiziert wiedergegeben ist.

Quelle: Heinz et al. (2021)

Hinsichtlich der Diagnosestellung umfassen die Änderungen in den Abhängigkeitskriterien der ICD-11 eine Zusammenführung der bisherigen sechs Kriterien der ICD-10 zu drei Doppelkriterien, die jeweils zwei Aspekte umfassen. Von diesen drei neuen Kriterien müssen zwei erfüllt sein, um eine Abhängigkeitserkrankung diagnostizieren zu können, bisher waren es drei von sechs in der ICD-10 (vgl. Tabelle 4.2).

Tabelle 4.2:

Diagnostische Kriterien für Substanzabhängigkeit in ICD-11 und ICD-10

ICD-11: Abhängigkeit (6C4x.2)	ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)
(1) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Menge, Umständen oder Beendigung des Konsums, die oft, aber nicht notwendig begleitet ist von einem subjektiven Gefühl des Drangs oder Verlangens (Craving), eine Substanz zu konsumieren. (2) Der Substanzkonsum wird zu einer zunehmenden Priorität im Leben, sodass er Vorrang vor anderen Interessen oder Vergnügungen, täglichen Aktivitäten und Verantwortlichkeiten hat. Der Substanzkonsum nimmt eine immer zentralere Rolle im Leben der Person ein und verdrängt andere Lebensbereiche an die Peripherie. Der Konsum wird oft trotz des Auftretens von Problemen fortgesetzt. (3) Physiologische Merkmale (die auf eine Neuanpassung an die Substanz hindeuten), die sich manifestieren anhand: (1) Toleranz, (2) Entzugssymptomen nach Beendigung oder Reduzierung des Substanzkonsums oder (3) wiederholten Konsums der Substanz (oder einer pharmakologisch ähnlichen Substanz) zur Verhinderung oder Linderung von Entzugssymptomen. Die Entzugssymptome müssen für das Entzugssyndrom der Substanz charakteristisch sein und dürfen nicht einfach einen Kater-Effekt widerspiegeln. Die Merkmale zeigen sich über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten, oder wenn der Substanzkonsum kontinuierlich (täglich oder fast täglich) über mindestens 1 Monat erfolgt.	(1) Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums. (2) Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen oder Alkohol zu konsumieren (Craving). (3) Fortschreitende Vernachlässigung anderer Interessen zugunsten des Substanzkonsums. (4) Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen. (5) Nachweis einer Toleranz. (6) Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums. Zur Diagnosestellung müssen drei oder mehr Kriterien innerhalb des letzten Jahres gleichzeitig vorhanden gewesen sein.

Die oben angeführte Übersetzung der ICD-11 ist nicht offiziell, sondern jene der Autoren Arnaud/Thomasius (2020), die hier geringfügig grammatikalisch modifiziert wiedergegeben ist.

Quelle: Arnaud/Thomasius (2020)

In der nachfolgenden Tabelle 4.3 wird dargestellt, wie psychische und Verhaltensstörungen im Zusammenhang mit dem Konsum der jeweils genannten Substanz im Rahmen von ICD-10 grob (= dreistellig) codiert werden können. Dabei zeigt sich, dass – wie bereits erwähnt – primär nicht zwischen legalen (z. B. Alkohol) und illegalen (z. B. Kokain) Substanzen unterschieden wird. In der ICD-11 wird eine Aktualisierung und Erweiterung der Stoffklassen aufgrund veränderter Gebrauchsformen vorgenommen (vgl. Tabelle 4.3).

Synthetische Cannabinoide und synthetische Cathinone wurden als neue Klassen psychoaktiver Substanzen aufgenommen. Tabak wird durch Nikotin ersetzt, was der zunehmenden Verbreitung alternativer Formen des Nikotinkonsums wie z. B. durch Verdampfen mittels E-Zigaretten Rechnung trägt. Zudem werden MDMA (Ecstasy) und verwandte Substanzen sowie dissoziative Drogen wie Ketamin und Phencyclidine (PCP) als getrennte Klassen verschlüsselt. Koffein wird von anderen Stimulanzien wegen der zunehmenden Bedeutung sehr hoch dosierter Formen des Koffeinkonsums in der Bevölkerung wie etwa beim Konsum von Energydrinks, die sehr hohe Dosen an Koffein enthalten, getrennt. Anxiolytische Substanzen sind explizit in die Klasse der Sedativa und Hypnotika aufgenommen worden. Zudem werden Stoffklassen hinzugezogen, die keine körperliche (pharmakologische) Abhängigkeit erzeugen, welche bisher der Kategorie F55 zugeordnet sind (Arnaud/Thomasius 2020).

Tabelle 4.3:

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und ihre jeweilige Codierung nach ICD-10 und ICD-11

ICD-11: Abhängigkeit (6C4x.2)		ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F1x.2)	
Diagnose-schlüssel	Störungen durch Substanzgebrauch	Diagnose-schlüssel	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
6C40	Alkohol	F10	Alkohol
6C41	Cannabis	F11	Opioide
6C42	Synthetische Cannabinoide	F12	Cannabinoide
6C43	Opioide	F13	Sedativa oder Hypnotika
6C44	Sedativa, Hypnotika oder Anxiolytika	F14	Kokain
6C45	Kokain	F15	Andere Stimulanzien, einschließlich Koffein
6C46	Stimulanzien einschl. Amphetaminen, Methamphetamin oder Methcathinon	F16	Halluzinogene
6C47	Synthetische Cathinone	F17	Tabak
6C48	Koffein	F18	Flüchtige Lösungsmittel
6C49	Halluzinogene	F19	Konsum multipler und anderer psychotroper Substanzen
6C4A	Nikotin		
6C4B	Flüchtige Lösungsmittel		
6C4C	MDMA oder ähnliche Substanzen, einschließlich MDA		
6C4D	Dissoziative Substanzen, einschl. Ketamin und Phencyclidinen [PCP]		
6C4E	Konsum anderer psychotroper Substanzen, einschl. Medikamenten		
6C4F	Konsum multipler psychotroper Substanzen, einschl. Medikamenten		
6C4G	Konsum unbekannter oder nicht spezifizierter psychotroper Substanzen		
6C4H	Konsum nicht psychotroper Substanzen		

Quelle: BfArM (2020) und Arnaud/Thomasius (2020); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Neben Abhängigkeit können weitere substanzbezogene Erkrankungen mit den in Kapitel V des ICD-10-Klassifikationsschemas aufgelisteten Codes für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 bis F19) codiert werden. Eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit unterschiedlichen klinischen Erscheinungsbildern kann so mithilfe von ICD-10 beschrieben werden (vgl. Tabelle 4.4).

Tabelle 4.4:

Übersicht über die substanzbezogenen Störungen und ihre Codierungen in ICD-11 und ICD-10

ICD-11: Abhängigkeit (6C4x.x)		ICD-10: Abhängigkeitssyndrom (F1x.x)	
Diagnose-schlüssel	Störungsbild	Diagnose-schlüssel	Störungsbild
6C4x.0	Episoden eines Schädlichen Gebrauchs	F1x.0	Akute Intoxikation (akuter Rausch)
6C4x.1	Schädliche Gebrauchsmuster	F1x.1	Schädlicher Gebrauch
6C4x.2	Abhängigkeit	F1x.2	Abhängigkeitssyndrom
6C4x.3	Intoxikation	F1x.3	Entzugssyndrom
6C4x.4	Entzug	F1x.4	Entzugssyndrom mit Delir
6C4x.5	Substanzbedingtes Delirium	F1x.5	Psychotische Störung
6C4x.6	Substanzbedingte psychotische Störung	F1x.6	Amnestisches Syndrom
6C4x.7	Sonstige substanzbedingte Störungen	F1x.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
6C4Y	Sonstige bezeichnete Störung durch Substanzkonsum	F1x.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
6C4Z	Nicht näher bezeichnete Störung durch Substanzkonsum	F1x.9	Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörungen

Die Übersetzung des ICD-11 ist keine offizielle Übersetzung, sondern erfolgte durch die Autoren Arnaud/Thomasius (2020).

Quelle: BfArM (2020) und Arnaud/Thomasius (2020) und (WHO 2012); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der „Schädliche Gebrauch“ wird ersetzt durch „Schädliche Gebrauchsmuster“ (6C4x.1), welche eine klinisch signifikante Schädigung der eigenen körperlichen oder geistigen Gesundheit oder jener einer anderen Person aufgrund des Gebrauchsmusters einer psychoaktiven Substanz nach sich ziehen (vgl. Tabelle 4.4). Das Kriterium der „Schädigung anderer“ als substanzbedingtes Verhalten ist neu eingeführt worden. Eine neue Kategorie definiert „Einzelne Episoden eines Schädlichen Gebrauchs“, die derjenigen für ein Schädliches Gebrauchsmuster (6C4x.1) entspricht – außer im Umstand, dass der Schaden durch eine einzige Konsumgelegenheit verursacht wurde (Arnaud/Thomasius 2020).

Während die ICD sämtliche bekannten und beschreibbaren Krankheitsbilder abdeckt, ist das **DSM** ein **rein psychiatrisches Manual**. Die Definition der Abhängigkeit im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), das 2013 von der American Psychiatric Association herausgegeben wurde, ist weitestgehend identisch mit jener des ICD-10. Zusätzlich wird im DSM-5 noch die **soziale Dimension** einbezogen, womit die Einschränkung oder das Aufgeben wichtiger sozialer oder beruflicher Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums wie beispielsweise die Vernachlässigung schulischer oder beruflicher Aktivitäten gemeint ist (Ullrich 2016).

Das DSM-5 nennt insgesamt elf Kriterien für das Vorliegen von Substanzgebrauchsstörungen, welche (mit wenigen Ausnahmen) **substanzübergreifend gültig** sein sollen:

1. Wiederholter Substanzgebrauch, der zum Versagen bei wichtigen Verpflichtungen in der Schule, bei der Arbeit oder zu Hause führt.
2. Wiederholter Substanzgebrauch in Situationen, in denen es aufgrund des Konsums zu einer körperlichen Gefährdung kommen kann.

3. Fortgesetzter Substanzgebrauch trotz ständiger oder wiederholter sozialer oder zwischenmenschlicher Probleme.
4. Toleranzentwicklung, charakterisiert durch ausgeprägte Dosissteigerung oder verminderte Wirkung unter derselben Dosis.
5. Entzugssymptome oder auch deren Linderung bzw. Vermeidung durch Substanzkonsum.
6. Einnahme der Substanz in größeren Mengen oder länger als beabsichtigt.
7. Anhaltender Wunsch oder erfolglose Versuche, den Substanzgebrauch zu verringern oder zu kontrollieren.
8. Hoher Zeitaufwand für Beschaffung und Konsum der Substanz oder um sich von ihren Wirkungen zu erholen.
9. Aufgabe oder Einschränkung wichtiger anderer Aktivitäten aufgrund des Substanzkonsums.
10. Fortgesetzter Konsum trotz körperlicher oder psychischer Probleme.
11. Starkes Verlangen nach der Substanz (Craving)

Beim Vorliegen von zwei bis drei Kriterien soll eine leichte, bei vier bis sechs Kriterien eine moderate und bei sieben oder mehr Kriterien eine schwere Substanzgebrauchsstörung vorliegen. Als Zeitkriterium im DSM-5 gilt, dass die Kriterien über einen Zeitraum von zwölf Monaten erfüllt sein müssen (Ullrich 2016).

4.2 Stoffungebundene Abhängigkeitserkrankungen nach ICD-10 bzw. ICD-11 und DSM-5

Bei **substanungebundenen Suchtformen** handelt es sich um Abhängigkeiten **von besonderen Verhaltensweisen** wie z. B. intensivem Kaufen, Spielen oder Internetsurfen. Als stoffungebundene Abhängigkeit oder Störung der Impulskontrolle wird ein Verhalten angenommen, das wiederholt als unwiderstehlich erlebt wird, von unkontrollierbaren Impulsen ohne nachvollziehbare Motivation gekennzeichnet ist und trotz Schaden für die Betroffenen nicht unterlassen werden kann. Dieses Verhalten führt dazu, dass ein Spannungszustand durch einen Zustand der Befriedigung abgelöst wird. Weiters kennzeichnet die häufige gedankliche Beschäftigung mit dem bestimmten Verhalten die Störung (Pschyrembel 2020).

Verhaltenssüchte werden im aktuell gültigen Klassifikationssystem ICD-10 der WHO den **Impulskontrollstörungen** zugeordnet; explizit genannt ist hier die **Glücksspielsucht**, die der Restkategorie F63, „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“, diagnostisch zugeordnet wird.

In der ICD-11 sowie im Klassifikationssystem DSM-5 werden Verhaltenssüchte in derselben Kategorie wie substanzbezogene Süchte genannt (6C). Dabei wird spezifisch auf die wissenschaftlich bisher am besten untersuchten nichtstoffgebundenen Suchtformen – jene des Glücksspiels und des Computerspiels bzw. der Internetnutzung – eingegangen und werden die nichtstoffgebundenen Störungen entsprechend dem DSM-5 um die Glücksspielstörung („gambling disorder“) und die (Computer-)Spielstörung („gaming disorder“) als eigenständige Suchtstörungen erweitert (vgl. Tabelle 4.5). Die Spielstörung ist analog der Glücksspielstörung definiert als ein „Muster anhaltenden oder wiederkehrenden Spielverhaltens“, das sich anhand einer „beeinträchtigten Kontrolle über

Beginn, Häufigkeit, Intensität, Dauer, Beendigung und Kontext des Spielens“ manifestiert und bei dem das Spielen „zunehmend Vorrang vor anderen Lebensinteressen und täglichen Aktivitäten“ gewinnt – bis hin zur „Fortsetzung oder Eskalation des Spielens trotz des Auftretens von funktionellen Beeinträchtigungen“ (Arnaud/Thomasius 2020). Anders als im DSM-5, in dem eine rein internetbezogene Spielstörung als Forschungsdiagnose codiert ist, bezieht sich die ICD-11-Definition ausdrücklich auf Bildschirmspiele insgesamt („digital gaming“, „video gaming“) und differenziert hauptsächlich internetbezogenes von hauptsächlich nichtinternetbezogenem Spielen.

Tabelle 4.5:

Übersicht über die nichtsubstanzbezogenen Störungen und ihre Codierungen in ICD-11 und ICD-10

ICD-11: Verhaltenssuchte (6C5x), Impulskontrollstörungen (6C7x)		ICD-10: Essstörungen (F50), Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle (F63.x)	
Diagnoseschlüssel	Störungsbild	Diagnoseschlüssel	Störungsbild
6C50	Glücksspielstörung	F50	Essstörungen
6C51	(Computer-)Spielstörung	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
6C5Y	Sonstige bezeichnete Störung durch Abhängige Verhaltensweisen	F63.0	Pathologisches Spielen
6C5Z	Nicht näher bezeichnete Störung durch Abhängige Verhaltensweisen	F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
6C70	Pyromanie (pathologische Brandstiftung)	F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
6C72	Zwanghafte sexuelle Verhaltensstörung		
6C71	Kleptomanie (pathologisches Stehlen)		
6C73	Intermittierende explosive Störung		

Die Übersetzung des ICD-11 ist keine offizielle Übersetzung, sondern erfolgte durch die Autoren Arnaud/Thomasius (2020) und Bründl/Fuss (2021).

Quelle: Arnaud/Thomasius (2020) und Bründl/Fuss (2021)

„Seksucht“ bzw. zwanghaftes Sexualverhalten (6C72) ist in ICD-11 ebenfalls eine eigenständige Impulskontrollstörung. Den Betroffenen gelingt es nicht, ihr sexuelles Verlangen zu zügeln, sie machen Sexualität zu einem zentralen Fokus und vernachlässigen andere Interessen, können auch dann nicht davon ablassen, wenn es ihnen schadet, Beziehungen zu Bruch gehen, das Sozialleben leidet und sie sich finanziell ruinieren. Übermäßiger Pornokonsum oder Telefonsex zählen ebenfalls dazu (Bründl/Fuss 2021). Für weitere Formen wie Kauf-, Ess-, Arbeits- oder Sportsucht ist die empirische Befundlage derzeit noch lückenhaft und inkonsistent. Daher wurden in die ICD-11 (noch) keine entsprechenden Diagnosen aufgenommen.

5 Epidemiologie

In diesem Kapitel wird auf die statistischen Kennzahlen in den Bereichen Alkohol, Tabak und verwandte Produkte, illegale Drogen, Medikamente/Psychopharmaka sowie Glücksspiel und Sportwetten in Tirol eingegangen, die jeweils mit österreich- und europaweiten Daten in Relation gesetzt werden. Die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den Substanzkonsum in der Tiroler Allgemeinbevölkerung werden in einem eigenen Unterkapitel behandelt.

5.1 Alkohol

Auf einen Blick

Einige Indikatoren weisen darauf hin, dass der (problematische) Alkoholkonsum in Österreich zumindest längerfristig etwas zurückgeht. Gemäß Verkaufszahlen ist der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol im Zeitraum von 1973 bis 2019 in Österreich um etwa 20 Prozent gesunken (33 Gramm Reinalkohol im Jahr 1973, 26 Gramm Reinalkohol im Jahr 2019). Eine gesonderte Auswertung für Tirol ist hier allerdings nicht möglich.

Auch die Anzahl der Tiroler:innen, die mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit aus einer stationären Krankenanstalt entlassen wurden (2019 waren das 1.157 Personen), und auch die Entlassungsdiagnosen Alkoholpsychose, Alkoholrausch/-intoxikation, alkoholbedingte chronische Lebererkrankung und nichtalkoholbedingte Lebererkrankung sind über die Jahre rückläufig.

Zudem ist auch der Anteil der alkoholassoziierten Todesfälle, die in Tirol mindestens zwei Prozent aller Todesfälle ausmachen, zumindest bei den Männern langfristig zurückgegangen. Männer sind von solchen Todesursachen doppelt so oft betroffen wie Frauen. Dass Männer von Alkoholproblemen stärker betroffen sind als Frauen, zeigen auch alle anderen Datenquellen.

Zwei von drei Schülerinnen/Schülern der neunten und zehnten Schulstufe haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken, und eine(r) von vier hat sich im selben Zeitraum durch Alkohol berauscht gefühlt. Überhaupt einmal ein ganzes Glas Alkohol getrunken haben 85 Prozent. Beim Konsum in den letzten 30 Tagen und beim Alkoholrausch liegt Österreich über dem Durchschnitt der an der ESPAD-Befragung teilnehmenden Länder.

Etwa fünf Prozent der Tiroler:innen sind alkoholkrank (Frauen: 2,5 %, Männer: 7,5 %), und weitere zehn Prozent trinken in einem Ausmaß Alkohol, das längerfristig gesundheitsschädlich ist (Frauen: 8 %, Männer 11 %).

318 Personen erlitten im Jahr 2019 Verletzungen durch Unfälle im Tiroler Straßenverkehr mit alkoholisierten Beteiligten. Auch hier sind Männer überproportional häufig betroffen.

Quellenangaben für die referierten Zahlen finden sich im nachfolgenden Kapitel

Abbildung 5.1:
Alkohol auf einen Blick – Infografik



GÖG-eigene Darstellung

Im folgenden Kapitel wird zuerst der Alkoholkonsum in der Allgemeinbevölkerung, im Anschluss werden die verfügbaren Behandlungsdaten aufgrund alkoholassoziierter Erkrankungen dargestellt. Als besondere Auswirkungen alkoholassoziierter Probleme gelten Verkehrsunfälle unter Alkoholeinfluss, die in einem eigenen Unterpunkt analysiert werden, der sich auch der alkoholassozierten Mortalität widmet. Abgeschlossen wird das Kapitel mit einer Analyse der Verkaufsstatistik von Alkoholprodukten.

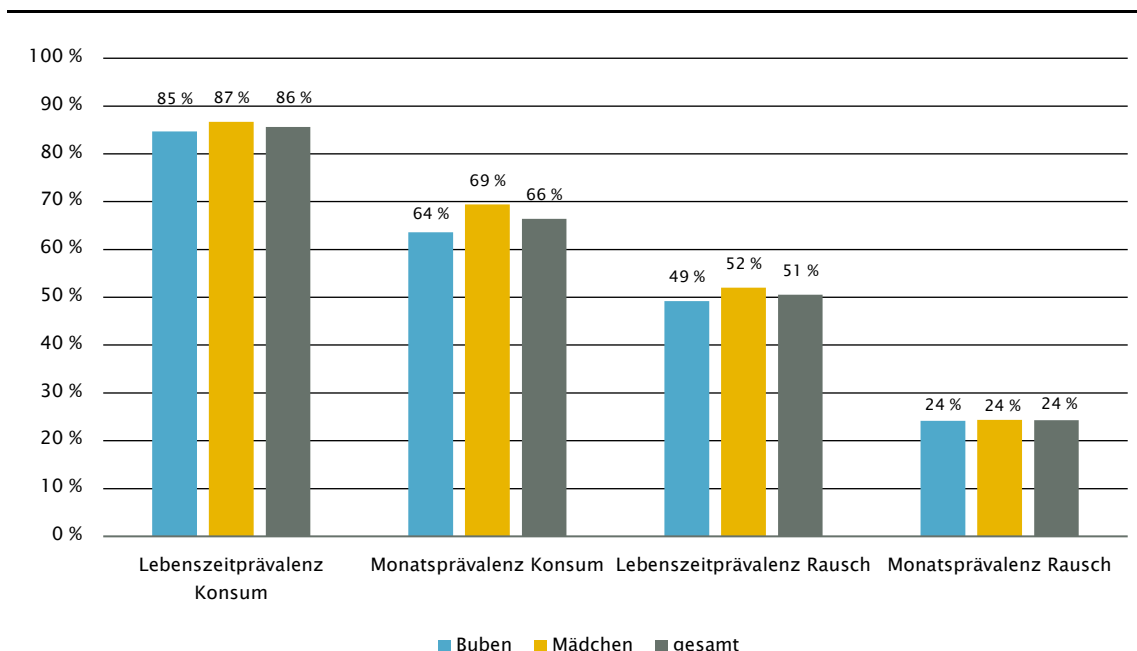
5.1.1 Alkoholkonsum in der Tiroler Allgemeinbevölkerung

Alkoholkonsum laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Daten der letzten ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) aus dem Jahr 2019 für Tirol ergeben, dass 86 Prozent der Schüler:innen der neunten und zehnten Schulstufe (14- bis 17-Jährige) in ihrem Leben schon mindestens einmal ein ganzes Glas Alkohol konsumiert haben. Etwa die Hälfte der Befragten (51 %) war schon mindestens einmal im Leben stark betrunken. Beides wird von Mädchen geringfügig häufiger berichtet als von Burschen.

Aktuell, d. h. innerhalb der letzten 30 Tage, haben etwa zwei Drittel (66 %) der befragten Schüler:innen Alkohol konsumiert. Etwa ein Viertel (24 %) hat in diesem Zeitraum mindestens einmal eine Erfahrung mit einer starken Alkoholberauschung gemacht (vgl. Abbildung 5.2).

Abbildung 5.2:
Alkoholkonsumindikatoren für Schüler:innen in Tirol



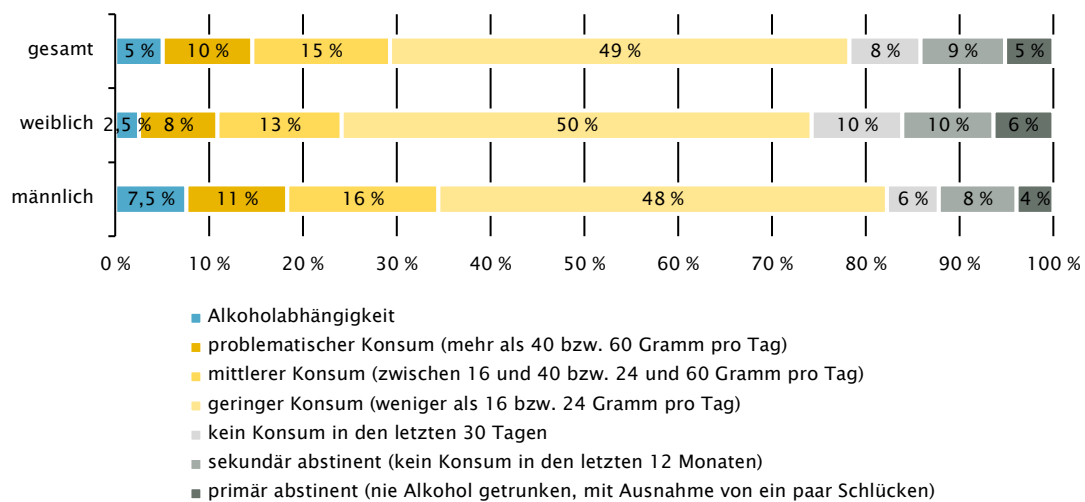
Quelle: ESPAD 2019, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Im Vergleich zu den österreichweiten Ergebnissen (Hojni et al. 2019) zeigen sich im Alkoholbereich bei Tiroler Schülerinnen und Schülern nur geringfügige Unterschiede, die auf einen um etwa fünf Prozentpunkte höheren Konsum in Tirol als im bundesweiten Durchschnitt verweisen. Im internationalen Vergleich (ESPAD Group 2020) liegen die Ergebnisse für Tirol (wie auch Gesamtösterreich) über dem Durchschnitt der anderen an ESPAD teilnehmenden Länder (z. B. Durchschnitt aller ESPAD-Länder: bereits einmal Alkohol getrunken: 79 %; im letzten Monat Alkohol getrunken: 47 %; im letzten Monat einen Alkoholrausch gehabt: 13 %). Im Vergleich mit der vorangegangenen Erhebungswelle (Strizek et al. 2016) zeigt sich kein eindeutiger Trend beim Alkoholkonsumverhalten. Damals hatten etwas mehr Schüler:innen jemals Alkohol getrunken (88 %) bzw. im letzten Monat Alkohol getrunken (69 %). Die Alkoholrauscherfahrungen waren jedoch etwas niedriger (jemals: 48 %, im letzten Monat: 19 %).

Für die Gesamtbevölkerung (ab 15-jährige Tiroler:innen) zeigt der ATHIS 2019 (Austrian Health Interview Survey bzw. Österreichische Gesundheitsbefragung), dass rund sechs Prozent täglich oder fast täglich Alkohol konsumieren (Klimont 2020). Weitere zwei Prozent der Befragten trinken an fünf bis sechs Tagen pro Woche. 29 Prozent trinken an ein bis vier Tagen pro Woche, weitere 27 Prozent an ein bis drei Tagen pro Monat. Rund 21 Prozent leben primär oder sekundär alkoholabstinente, haben also nie Alkohol getrunken oder dies zumindest in den letzten zwölf Monaten nicht getan. Männer trinken etwa dreimal so häufig täglich Alkohol als Frauen (Männer: 9 %; Frauen: 3 %), Frauen leben hingegen doppelt so häufig (primär und sekundär) abstinente als Männer (Männer: 14 %; Frauen 28 %). Der Anteil der Personen mit täglichem oder fast täglichem Alkoholkonsum ist bei Männern im Alter von 65 Jahren und älter rund dreimal so hoch wie bei jüngeren erwachsenen Männern (18 bis 64 Jahre: 7 %, 65 Jahre und älter: 19 %). Auch bei älteren Frauen ist täglicher und fast täglicher Konsum mehr als doppelt so häufig wie bei jüngeren Frauen (18 bis 64 Jahre: 2 %; 65 Jahre und älter: 5 %).

Bei Befragungen in der erwachsenen Bevölkerung wird der Pro-Kopf-Alkoholkonsum stark unterschätzt. Gründe dafür sind, dass Alkoholranke oft nicht erfasst werden und zudem – im Sinne sozialer Erwünschtheit – häufig zu niedrige Angaben machen (Uhl, A. et al. 2020) oder ihren Alkoholkonsum vergessen. Daher werden die Angaben zum Alkoholkonsum bei den Österreichischen Repräsentativerhebungen (zuletzt Strizek et al. 2020) mittels Behandlungs- und Verkaufszahlen adjustiert. Nach der eben erwähnten Adjustierung ergibt sich, dass insgesamt fünf Prozent der Österreicher:innen alkoholkrank sind und weitere zehn Prozent in einem Ausmaß Alkohol trinken, das längerfristig gesundheitsschädlich ist (vgl. Abbildung 5.3). Weil die oben dargestellten Ergebnisse aus der ATHIS-Erhebung in Tirol in etwa jenen für Gesamtösterreich entsprechen, können diese für Gesamtösterreich durchgeführten Schätzungen auf Tirol übertragen werden.

Abbildung 5.3:
Alkoholkonsumgruppen nach Geschlecht in Österreich



Anmerkung: 20 g Reinalkohol entsprechen in etwa 0,5 Litern Bier oder 0,25 Litern Wein.

Quelle: GPS 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Zusammenfassung: Zwei von drei Schülerinnen/Schülern der neunten und zehnten Schulstufe haben in den letzten 30 Tagen Alkohol getrunken, und eine(r) von vier hat sich im selben Zeitraum durch Alkohol berauscht gefühlt. Überhaupt einmal ein ganzes Glas Alkohol getrunken haben 85 Prozent. Beim Konsum in den letzten 30 Tagen und beim Alkoholrausch liegt Österreich über dem Durchschnitt der an der ESPAD-Befragung teilnehmenden Länder. Etwa fünf Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+ sind alkoholkrank (Frauen: 2,5 %, Männer: 7,5 %), und weitere zehn Prozent trinken in einem Ausmaß Alkohol, das längerfristig gesundheitsschädlich ist (Frauen: 8 %, Männer 11 %).

5.1.2 Daten zur Behandlung alkoholassoziierter Krankheiten

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2009 und 2019 jährlich zwischen 1.200 und 1.600 Tiroler:innen (das entspricht 18 bis 27 Personen je 10.000 Einwohner:innen 15+) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit entlassen (vgl. Tabelle 5.1).

Weitere mit Alkoholmissbrauch oder Alkoholabhängigkeit assoziierte Diagnosen sind Alkoholpsychose, Alkoholrausch/-intoxikation, alkoholbedingte chronische Lebererkrankung und nichtalkoholbedingte Lebererkrankung (da erfahrungsgemäß oft unklar ist, welche Rolle Alkohol auch bei letzterer Diagnose spielt.). Tabelle 5.1 zeigt einerseits, dass diese Diagnosen wesentlich häufiger

bei Männern als bei Frauen gestellt werden, was den oben dargestellten Daten zum gesundheits-schädlichen Alkoholkonsum entspricht. Andererseits lässt sich bei fast allen gestellten Diagnosen ein Rückgang über die Zeit beobachten. Bei der Interpretation dieses Rückgangs muss allerdings beachtet werden, dass es sich ausschließlich um Daten aus dem stationären Behandlungsbereich handelt. Verlagerungen von Behandlungen vom stationären in den ambulanten Bereich können damit nicht abgebildet werden.

Tabelle 5.1:

Diagnosecluster Alkohol (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen/Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Haupt-diagnose	Anzahl / 10.000 Tiroler:innen 15+
Alkoholabhängigkeit F 10.2 Abhängigkeitssyndrom F 10.3 Entzugssyndrom	2009	1.571	30:70	50 %	27
	2011	1.501	31:69	57 %	25
	2013	1.348	32:68	54 %	22
	**2015	1.278	36:64	49 %	21
	2017	1.207	33:67	52 %	19
	2019	1.157	36:64	51 %	18
Alkoholpsychose F10.4 Entzugssyndrom mit Delir F10.5 Psychotische Störung F10.6 Amnestisches Syndrom F10.7 Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung	2009	209	15:85	51 %	4
	2011	128	25:75	49 %	2
	2013	142	28:72	43 %	2
	**2015	149	33:67	49 %	2
	2017	150	30:70	64 %	2
	2019	112	12:88	54 %	2
Alkoholrausch/-intoxikation T51.0 Toxische Wirkung von Äthanol T51.9 Toxische Wirkung von Alkohol, nicht näher bezeichnet F10.0 Akute Intoxikation [akuter Rausch] F10.1 Schädlicher Gebrauch	2009	2.010	32:68	59 %	34
	2011	1.795	31:69	54 %	30
	2013	1.840	33:67	55 %	30
	**2015	1.711	30:70	54 %	27
	2017	1.387	35:65	53 %	22
	2019	1.465	36:64	54 %	23
Chronische Lebererkrankungen – alkoholbedingt K70.x (alle Unterdiagnosen)	2009	423	26:74	21 %	7
	2011	295	23:77	32 %	5
	2013	288	20:80	37 %	5
	**2015	319	29:71	32 %	5
	2017	306	32:68	27 %	5
	2019	331	27:73	27 %	5
Chronische Lebererkrankungen – nicht alkoholbedingt K73.x Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert (alle Unterdiagnosen) K74.x Fibrose und Zirrhose der Leber (alle Unterdiagnosen)	2009	692	34:66	42 %	12
	2011	596	33:67	42 %	10
	2013	651	35:65	39 %	11
	**2015	526	35:65	35 %	8
	2017	493	37:63	40 %	8
	2019	509	34:66	34 %	8

* Patientinnen/Patienten mit Hauptwohnsitz in Tirol, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2009 bis 2019 entlassen wurden

** Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen eines Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2009–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Anzahl der Personen mit alkoholassoziierten Entlassungsdiagnosen in Relation zur Bevölkerung weicht in Tirol insgesamt nur geringfügig von den entsprechenden Zahlen für Österreich ab.

Ambulante Betreuung von Alkoholklientinnen/-klienten

Zahlen zu ambulanten Betreuungsangeboten wertete die Sucht- und Drogenkoordination Tirol basierend auf Abrechnungsdaten gesondert aus und übermittelte sie für dieses Kapitel. Sie umfassen Angebote der Nachsorge in Form von Einzel- oder Gruppentherapie und Angebote zur Beschäftigungstherapie oder Tagesstrukturierung. Insgesamt wurden im Jahr 2019 im Bundesland Tirol 383 Klientinnen/Klienten im Rahmen dieser Angebote betreut. Der Großteil dieser Personen wurde dabei im Bereich Nachsorge (84 % aller Betreuten) versorgt.

Der Anteil der Frauen liegt für den gesamten ambulanten Bereich bei 43 Prozent, wobei der Frauenanteil im Bereich Beschäftigungstherapie und Tagesstruktur mit 23 Prozent deutlich niedriger ist als im Bereich Nachsorge (47 %).

Die Altersspanne reicht von 20 bis 79 Jahre. Der größte Teil der Klientel fällt in die Altersgruppe 40 bis 59 Jahre (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 5.2:

Altersstruktur der Personen in der ambulanten Nachsorge und in Beschäftigungstherapie/Tagesstruktur

Alter	ambulante Nachsorge	Beschäftigungstherapie/ Tagesstruktur
20 bis 29 Jahre	3 %	8 %
30 bis 39 Jahre	15 %	11 %
40 bis 49 Jahre	24 %	32 %
50 bis 59 Jahre	40 %	40 %
60 bis 69 Jahre	14 %	8 %
70 bis 79 Jahre	3 %	0 %
Gesamt (Anzahl)	321	62

Quelle: Sucht- und Drogenkoordination Tirol; GÖG-eigene Darstellung

Zusammenfassung: Etwa 1.157 Tiroler:innen (rund 0,2 % der Bevölkerung) wurden 2019 mit der Diagnose Alkoholabhängigkeit aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Wie auch bei allen anderen alkoholassoziierten Diagnosen (Alkoholpsychose, Alkoholrausch/-intoxikation, alkoholbedingte chronische Lebererkrankung und nichtalkoholbedingte Lebererkrankung) wird bei Männern wesentlich häufiger eine solche Diagnose gestellt als bei Frauen. Bei fast allen dieser Diagnosen lässt sich seit 2009 ein Rückgang beobachten. Unklar ist jedoch, ob – und wenn ja, in welchem Umfang – eine Verlagerung der Behandlungen in diesem Diagnosecluster in den ambulanten Bereich stattgefunden hat.

5.1.3 Mortalität bei und Statistik zu Verkehrsunfällen mit Alkoholbeteiligung

Alkoholassoziierte Mortalität

Die österreichische Todesursachenstatistik enthält mehrere Todesursachen, die explizit auf eine Alkoholassoziation des Todesfalles hinweisen. Die numerisch relevantesten Diagnosecodes sind dabei Alkoholabhängigkeit (F10.2) und Erkrankungen der Leber (K70, K73 und K74) (für genauere methodische Überlegungen vgl. Uhl, A. et al. 2020).

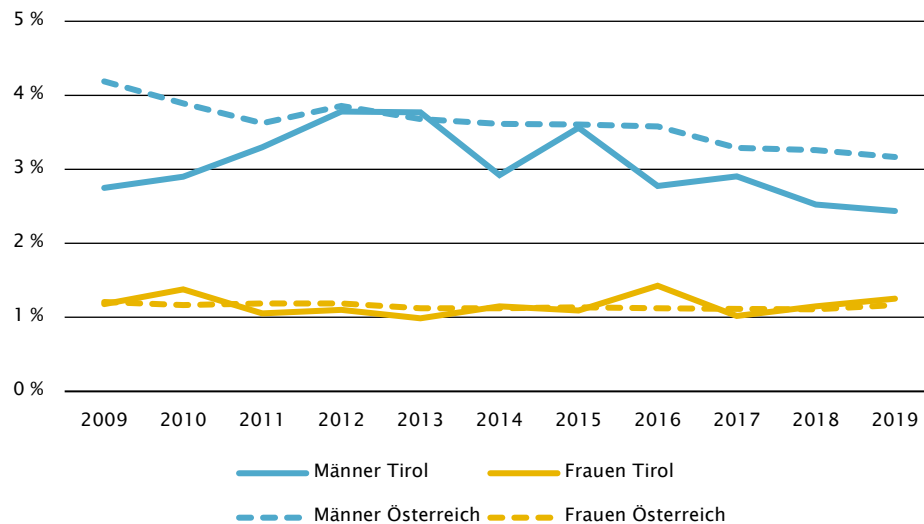
Insgesamt wurde im Jahr 2019 bei 115 Todesfällen (76 Männer, 39 Frauen) in Tirol eine Todesursache festgestellt, die mit Alkoholkonsum in Verbindung gebracht wird². Das entspricht 1,8 Prozent aller Todesfälle (2,4 % der Todesfälle bei Männern und etwa 1,3 % der Todesfälle bei Frauen). Diese Werte sind ein wenig niedriger als die Vergleichswerte für Gesamtösterreich, wo 2,1 % aller Todesfälle diesen Todesursachen zugeschrieben werden. Im Zeitverlauf kam es für Männer in Tirol zwischen 2009 und 2011 zu einem Anstieg der alkoholassoziierten Todesursachen (von 2,7 % auf 3,8 %) und seitdem zu einem nahezu konstanten Rückgang. Für Österreich ist ein solcher konstanter Rückgang alkoholassoziierten Todesfälle für den gesamten Zeitraum von 2009 bis 2019 zu beobachten. Der Anteil alkoholassoziierten Todesursachen bei Frauen ist sowohl in Tirol als auch in Österreich relativ konstant (vgl. Abbildung 5.4).

2

Berücksichtigt wurden dabei die Diagnosecodes F10.x (Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol; alle Subdiagnosen), K70.x (Alkoholische Leberkrankheit; alle Subdiagnosen), K73.x (Chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert), K74.x (Fibrose und Zirrhose der Leber; alle Subdiagnosen) sowie T510 (Toxische Wirkung von Äthanol, Äthylalkohol) und T51.9 (Toxische Wirkung von Alkohol, nicht näher bezeichnet).

Abbildung 5.4:

Zeitverlauf des Anteils alkoholassoziierter Todesursachen an allen Sterbefällen für Tirol und Österreich 2009–2019



Quelle: Todesursachenstatistik, Statistik Austria; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abgesehen von Diagnosecodes, die explizit auf Alkohol hinweisen, kann Alkohol auch bei zahlreichen anderen Erkrankungen einen negativen Einfluss ausüben und somit zu einem vorzeitigen Tod beitragen, ohne dass dieser Umstand der Todesursachendiagnose abzulesen ist. Dies betrifft unter anderem Erkrankungen des Verdauungstrakts, aber auch die numerisch deutlich bedeuten-deren Suizide. Eine genaue Ableitung der Anzahl alkoholverursachter Todesfälle ist bei diesen Diagnosecodes allerdings nicht möglich. Daher stellen die obengenannten Zahlen wahrscheinlich eine Unterschätzung der alkoholassozierten Mortalität dar.

Alkoholassozierte Verkehrsunfälle

Im Jahr 2019 wurden in Tirol insgesamt 318 Personen (Durchschnittswert über die vergangenen zehn Jahre = 288 Personen) bei Unfällen mit alkoholisierten Beteiligten³ verletzt. Das entspricht sieben Prozent aller Verletzten bei Straßenverkehrsunfällen. Drei Personen wurden im Jahr 2019 bei alkoholassozierten Unfällen getötet (dies entspricht auch dem Durchschnitt im Zeitraum 2009–2019). Der Männeranteil unter den Verletzten durch Unfälle mit alkoholisierten Beteiligten lag im Zeitraum zwischen 2009 und 2019 zwischen 70 und 79 Prozent und war somit konstant deutlich über dem Männeranteil unter allen Verletzten im Straßenverkehr (zwischen 54 und 55 % im Zeitraum 2009 bis 2019).

3

Personen, bei denen eine Beeinträchtigung durch Alkohol gemäß § 5 Abs. 1 StVO oder eine Überschreitung des im § 14 Abs. 8 FSG festgelegten Blut- oder Atemalkoholgrenzwerts festgestellt wurde, einschließlich jener Personen, die eine Untersuchung auf Alkoholbeeinträchtigung verweigerten

Vergleiche der absoluten Anzahl der Verletzten und Toten durch alkoholassoziierte Unfälle im Straßenverkehr zwischen Tirol und anderen Bundesländern sind aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen (z. B. Urbanitätsgrad, Anzahl der gefahrenen Kilometer, Infrastruktur) wenig aussagekräftig. In Hinblick auf den Anteil alkoholassoziierten Unfälle an allen Unfällen sowie auf die überproportionale Gefährdung von Männern entsprechen die erwähnten Ergebnisse für Tirol jenen für Österreich.

Zusammenfassung: Mindestens zwei Prozent aller Todesfälle pro Jahr sind in Tirol mit Alkohol assoziiert, bei Männern fast doppelt so häufig wie bei Frauen. Längerfristig sind die Zahlen bei den Männern leicht rückläufig. 318 Personen erlitten im Jahr 2019 Verletzungen durch Unfälle im Straßenverkehr mit alkoholisierten Beteiligten. Auch hier sind Männer überproportional häufig betroffen.

5.1.4 Verkaufsstatistik Alkohol

Die vorhandenen Verkaufsstatistiken auf Basis der Produktion, des Verkaufs und des Imports bzw. Exports alkoholischer Getränke verdeutlichen, dass österreichweit seit den 1970er-Jahren der Pro-Kopf-Konsum leicht, aber kontinuierlich abnimmt. Von dem historischen Höchststand von über 33 Gramm Reinalkohol⁴ pro Tag im Jahr 1973 sank der durchschnittliche Pro-Kopf-Konsum auf gerundet 26 Gramm im Jahr 2019 (jeweils bezogen auf die Bevölkerung im Alter von 15–99 Jahren). Im Gegensatz zu Befragungsdaten beinhalten Verkaufsstatistiken keine weiteren Informationen zu Konsummustern (z. B. Geschlechterverhältnis) und erlauben auch keine Auswertungen auf Bundesländerebene (Bachmayer et al. 2019).

Zusammenfassung: Gemäß Verkaufszahlen ist der Pro-Kopf-Konsum von Alkohol im Zeitraum von 1973 bis 2019 in Österreich um etwa 20 Prozent gesunken (33 Gramm Reinalkohol im Jahr 1973, 26 Gramm Reinalkohol im Jahr 2019). Eine gesonderte Auswertung für Tirol ist nicht möglich.

4

0,5 Liter Bier oder 0,25 Liter Wein enthalten in etwa 20 Gramm Reinalkohol.

5.2 Tabak und verwandte Produkte

Auf einen Blick

18 Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+ und 15 Prozent der Tiroler Schüler:innen rauchen täglich Zigarette. Etwa die Hälfte der Schüler:innen hat schon einmal eine Zigarette probiert. Die Zahlen zum Zigarettenkonsum sind rückläufig. Österreichweit ist der Pro-Kopf-Zigarettenkonsum von 2009 noch 6,2 Stück pro Kopf in der Bevölkerung 15+ auf 2019 nur mehr 5,1 Stück zurückgegangen. Dennoch liegt Tirol (wie auch Gesamtösterreich), was das Zigarettenrauchen betrifft, immer noch über dem EU-Schnitt. Sieben Prozent der Tiroler:innen sind täglich mindestens eine Stunde Passivrauch ausgesetzt. Zwei Prozent der Tiroler:innen dampfen E-Zigaretten täglich oder fast täglich.

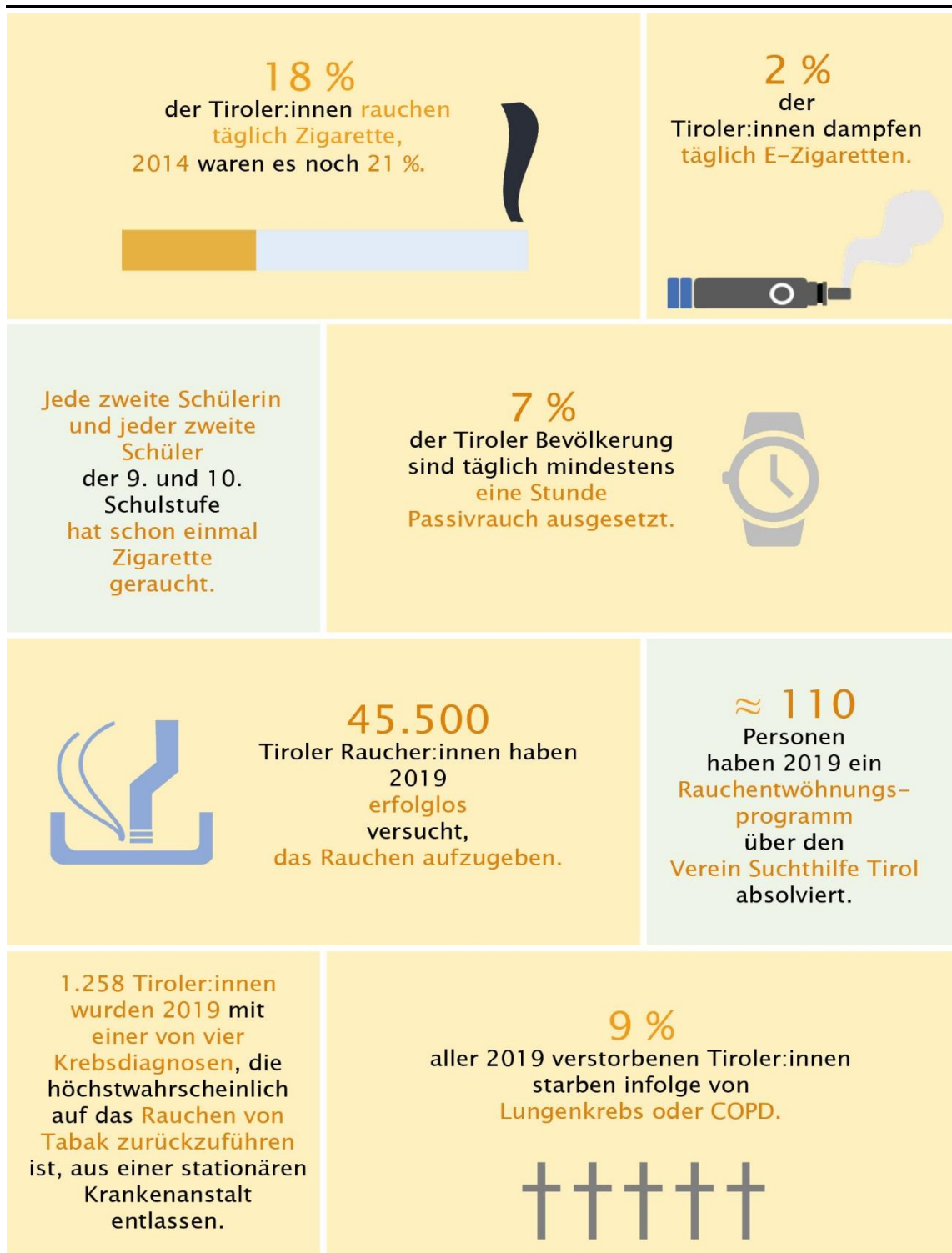
45.500 Tiroler:innen haben im letzten Jahr erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Lediglich 150 Personen haben 2019 an einem Erstgespräch zu einer ambulanten Rauchentwöhnung über den Verein Suchthilfe Tirol teilgenommen und 110 Personen eine von der Krankenkasse finanzierte ambulante Rauchentwöhnung abgeschlossen.

Rund 2.000 Tiroler:innen (rund 0,4 % der Bevölkerung) werden pro Jahr mit einer Diagnose Tabakmissbrauch/-abhängigkeit aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Mit einer von vier Krebsdiagnosen, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind, werden pro Jahr an die 1.000 bis 1.200 Tiroler:innen entlassen – Tendenz steigend.

Sechs Prozent aller 2019 verstorbenen Tiroler:innen starben infolge von Lungenkrebs. Drei Prozent starben infolge von COPD. Beide Todesursachen stehen in den meisten Fällen in Zusammenhang mit Zigarettenrauchen.

Quellenangaben für die referierten Zahlen finden sich im nachfolgenden Kapitel.

Abbildung 5.5:
Tabak und verwandte Produkte auf einen Blick – Infografik



GÖG-eigene Darstellung

5.2.1 Konsum von Tabak und verwandten Produkten in der Tiroler Allgemeinbevölkerung

In diesem Kapitel wird der Konsum von Zigaretten, Kautabak/Snus, Schnupftabak, Heated-Tobacco-Products und tabakverwandten Produkten wie E-Zigaretten, Shishas, Kräuterzigaretten in Tirol zunächst anhand von Befragungsdaten beschrieben. Danach folgt ein Abschnitt, der sich mit Nikotinentwöhnung und Personen mit Nikotinabhängigkeit im Behandlungsbereich beschäftigt. Dabei wird ebenfalls auf die Begleiterkrankungen des Tabakkonsums eingegangen, welche auch im Fokus des Abschnitts zur Mortalität stehen. Zum Abschluss erfolgt noch ein Blick auf die Zigarettenverkaufsstatistik.

Konsum von Tabak und verwandten Produkten laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Laut ESPAD-Daten für Tirol hat etwa die Hälfte der befragten Schüler:innen aus Klassen der neunten und zehnten Schulstufe (im Alter zwischen 14 und 17 Jahren) schon einmal Zigarette geraucht. 15 Prozent der Jugendlichen berichten tägliches Zigarettenrauchen. Zwei Prozent der Jugendlichen dampfen E-Zigaretten täglich oder fast täglich.

Mit E-Zigaretten und Shishas machen fast genauso viele Jugendliche erste Erfahrungen wie mit Zigaretten. Produkte wie Kautabak/Snus, Schnupftabak, Kräuterzigaretten und Heated-Tobacco-Products werden deutlich seltener probiert (vgl. Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3:

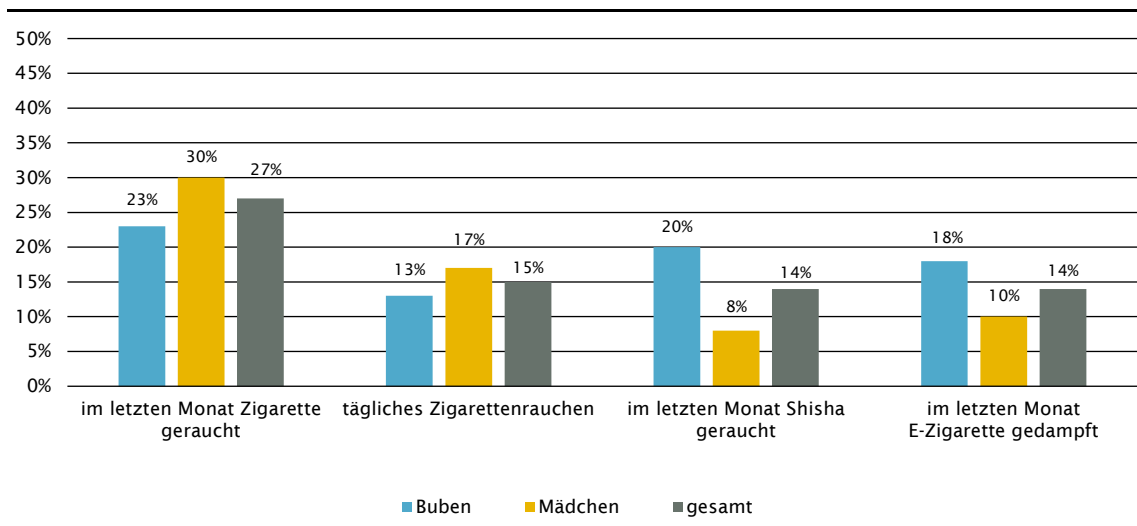
Konsum von Tabak und verwandten Produkten unter Tiroler Jugendlichen

Produkt	jemals konsumiert	im letzten Monat konsumiert
Zigarette	50 %	27 %
Shisha	46 %	14 %
E-Zigarette	45 %	14 %
Kautabak/Snus	27 %	13 %
Schnupftabak	26 %	11 %
Kräuterzigaretten	9 %	5 %
Heated-Tobacco-Products	7 %	6 %

Quelle: ESPAD 2019; Darstellung: GÖG

Unter Mädchen ist Zigarettenrauchen etwas stärker verbreitet als unter Buben. Umgekehrt verhält es sich beim Shisha-Konsum und beim Dampfen von E-Zigaretten (vgl. Abbildung 5.6).

Abbildung 5.6:
Indikatoren des Nikotinkonsums von Schülerinnen und Schülern in Tirol 2019



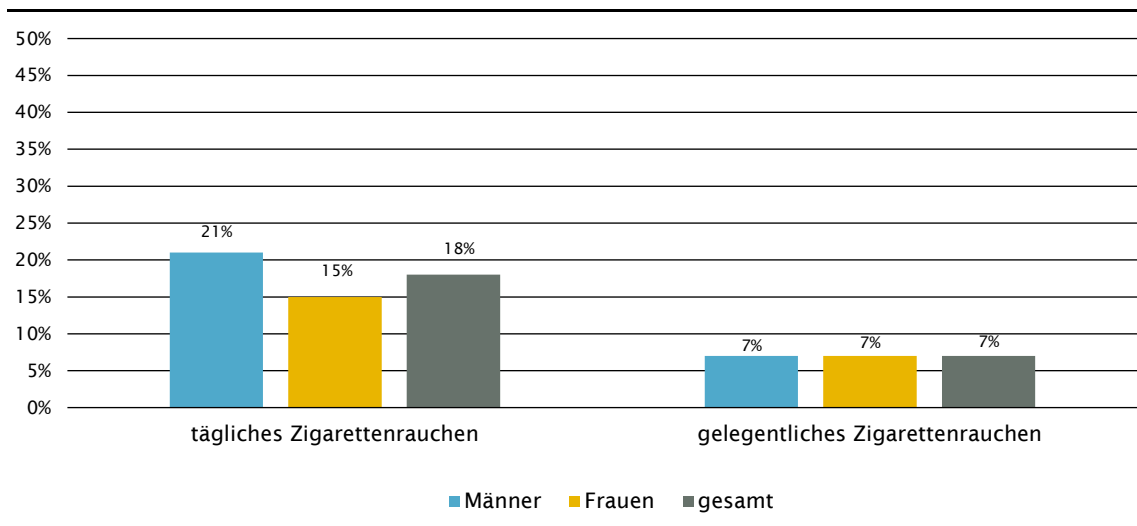
Quelle: ESPAD 2019, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Im Vergleich zu Gesamtösterreich (Hojni et al. 2019) liegen die Ergebnisse in Tirol beim Zigarettenkonsum minimal über dem Durchschnitt. Während in Gesamtösterreich 48 Prozent der Jugendlichen bereits einmal eine Zigarette geraucht haben, sind es in Tirol 50 Prozent. Ebenso verhält es sich beim Zigarettenkonsum im letzten Monat (Österreich 23 %, Tirol: 27 %). Der Anteil der Jugendlichen, die täglich rauchen, entspricht jedoch in Tirol exakt dem Wert für ganz Österreich. Im internationalen Vergleich (ESPAD Group 2020) liegen sowohl die Tiroler Ergebnisse als auch die österreichischen Daten im Bereich Zigarettenkonsum oberhalb des Durchschnitts aller teilnehmenden ESPAD-Länder.

Während im Jahr 2015 (ESPAD-Erhebung 2015) noch 57 Prozent aller Schüler:innen aus Tirol angegeben haben, bereits einmal Zigarette geraucht zu haben, waren es 2019 nur mehr 50 Prozent. Auch im letzten Monat haben 2019 weniger Jugendliche Zigarette geraucht (2015: 32 %, 2019: 27 %). Besonders stark ist das tägliche Rauchen zurückgegangen, nämlich von 23 Prozent im Jahr 2015 auf 15 Prozent im Jahr 2019. Allerdings haben dafür im Vergleich zu 2015 im Jahr 2019 mehr Jugendliche bereits Erfahrungen mit E-Zigaretten (2015: 34 %, 2019: 45 %). Auch das Dampfen von E-Zigaretten im letzten Monat ist in diesem Zeitraum von neun auf 14 Prozent gestiegen.

Laut ATHIS 2019 rauchen 18 Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+ täglich. Dieser Anteil ist bei den Frauen mit 15 Prozent deutlich niedriger als bei den Männern mit 21 Prozent (vgl. Abbildung 5.7).

Abbildung 5.7:
Zigarettenrauchen in der Tiroler Gesamtbevölkerung 15+



Quelle: ATHIS 2019, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Sieben Prozent der Tiroler:innen (15+) sind täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt, Männer etwa doppelt so oft wie Frauen (10 % vs. 5 %).

Der Anteil der täglich Rauchenden liegt in Tirol mit 18 Prozent etwas unter dem österreichischen Durchschnitt von 21 Prozent (Klimont 2020). Auch bei der Passivrauchexposition (mindestens eine Stunde täglich) liegt Tirol mit sieben Prozent unter dem österreichischen Durchschnitt von neun Prozent.

Im Vergleich zur ATHIS-Erhebung 2014 ist der Anteil der täglich Rauchenden unter den Tiroler:innen/Tirolern gesunken (von 21 % auf 18 %). Ebenfalls gesunken ist der Anteil derer, die mindestens eine Stunde pro Tag Passivrauch ausgesetzt sind (von 13 % auf 7 %).

Die Befragung zum Substanzgebrauch 2020 (Strizek et al. 2020) kommt beim täglichen Zigarettenrauchen mit 16 Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+ zu minimal niedrigeren Werten als die ATHIS-Befragung. In der Befragung zum Substanzgebrauch wurde zusätzlich auch das Konsumverhalten bezüglich tabakverwandter Produkte erhoben. Zwei Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+ dampfen täglich oder fast täglich E-Zigarette. Ein Prozent konsumiert täglich oder fast täglich Shishas.

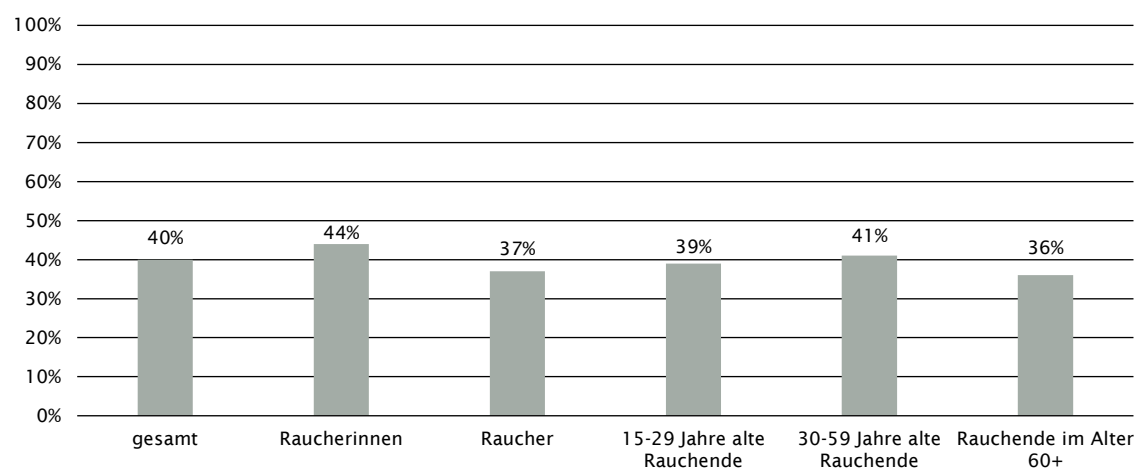
Zusammenfassung: 18 Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+ und 15 Prozent der Tiroler Schüler:innen rauchen täglich Zigarette. Obwohl diese Zahlen in den letzten Jahren rückläufig sind, liegt Tirol hier (wie auch Gesamtösterreich) immer noch über dem EU-Schnitt. Sieben Prozent der Tiroler:innen sind täglich mindestens eine Stunde lang Passivrauch ausgesetzt. Zwei Prozent der Tiroler:innen dampfen E-Zigaretten täglich oder fast täglich.

5.2.2 Daten zur Tabakentwöhnung und zu Personen mit Tabakabhängigkeit in Behandlung

Der Anteil der Raucher:innen, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist hoch. 40 Prozent der täglich rauchenden Tiroler:innen im Alter 15+ gaben dies in der ATHIS-Befragung 2019 an. Das entspricht hochgerechnet ca. 45.500 Personen (rund 7 % der Tiroler Bevölkerung 15+). Das Bedürfnis, mit dem Rauchen aufzuhören (in Verbindung mit dem Umstand, dies aber nicht zu schaffen), ist über die Geschlechter und Altersgruppen relativ gleich verteilt (vgl. Abbildung 5.8).

Abbildung 5.8:

Anteil der Raucher:innen, die im letzten Jahr erfolglos versucht haben, mit dem Rauchen aufzuhören, nach Geschlecht und Alter



Quelle: ATHIS 2019, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Der Anteil der Rauchenden, die im letzten Jahr erfolglos versuchten, das Rauchen aufzugeben, ist in Tirol etwas höher als in Österreich (40 % vs. 36 %) und stieg in den letzten Jahren von 28 Prozent im Jahr 2014 auf die jetzigen 40 Prozent.

Teilnehmende an Programmen zur Rauchentwöhnung des Vereins Suchthilfe Tirol

Im Jahr 2019 haben 146 Tiroler:innen ein Erstgespräch zu einer ambulanten Rauchentwöhnung über den Verein Suchthilfe Tirol absolviert. 107 Tiroler:innen haben im selben Zeitraum eine vom Verein Suchthilfe Tirol angebotene ambulante Rauchentwöhnung abgeschlossen.

Bei den Erstgesprächen wie auch bei den Personen, die eine Rauchentwöhnung abgeschlossen haben, waren etwa zwei Drittel der Teilnehmenden Frauen. In Hinblick auf die Altersstruktur ist

festzustellen, dass unter jenen, die eine ambulante Entwöhnung abgeschlossen haben, ältere Personen etwas stärker repräsentiert sind (vgl. Tabelle 5.4). Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass jüngere Personen eine Tabakentwöhnung minimal häufiger abbrechen.

Tabelle 5.4:

Altersstruktur der Personen, die beim Verein Suchthilfe Tirol 2019 ein Erstgespräch für eine ambulante Rauchentwöhnung geführt haben (N = 146) bzw. eine solche abgeschlossen haben (N = 107)

Alter	Erstgespräche	ambulante Entwöhnung abgeschlossen
20 bis 29	8 %	6 %
30 bis 39	18 %	20 %
40 bis 49	27 %	22 %
50 bis 59	31 %	33 %
60 bis 69	13 %	15 %
70 bis 79	3 %	4 %

Quelle: Sucht- und Drogenkoordination Tirol; GÖG-eigene Darstellung

Zusammenfassung: Während 45.500 Tiroler:innen im Alter 15+ angeben, im letzten Jahr erfolglos versucht zu haben, mit dem Rauchen aufzuhören, haben lediglich rund 150 Personen 2019 an einem Erstgespräch zu einer ambulanten Rauchentwöhnung über den Verein Suchthilfe Tirol teilgenommen und rund 110 Personen eine ambulante Rauchentwöhnung abgeschlossen.

Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2009 und 2019 jährlich etwa 1.600 bis 2.400 Tiroler:innen (25 bis 38 Personen je 10.000 Einwohner:innen 15+) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose Tabakmissbrauch/-abhängigkeit entlassen. Etwa zwei Drittel der solcherart Diagnostizierten sind Männer. Die Diagnose wird nahezu ausschließlich als Nebendiagnose gestellt – nur in rund 0,3 Prozent der Fälle als Hauptdiagnose. Diese Zahlen liegen etwas unter den entsprechenden Werten für Gesamtösterreich, wo 45 bis 50 Personen je 10.000 Einwohner:innen 15+ mit der Diagnose Tabakmissbrauch/-abhängigkeit aus einer stationären Behandlung entlassen werden (vgl. Tabelle 5.5).

Mit einer von vier Krebsdiagnosen, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind, wurden zwischen 2009 und 2019 jährlich etwa 1.000 bis 1.250 Tiroler:innen (17 bis 20 Personen je 10.000 Einwohner:innen 15+) aus einer stationären Krankenanstalt entlassen – Tendenz steigend. Etwa ein Drittel bis 40 Prozent der so Diagnostizierten sind Frauen, wobei der Geschlechtsunterschied über die Jahre geringer wurde. In etwa 87 Prozent der Fälle wird diese Diagnose als Hauptdiagnose gestellt (vgl. Tabelle 3.1).

Eine dieser vier Krebsdiagnosen erhalten Tiroler:innen etwas häufiger als Österreicher:innen (17 bis 20 Diagnosen je 10.000 Einwohner:innen 15+ in Tirol versus 16 bis 17 Diagnosen je 10.000 Einwohner:innen 15+ in Gesamtösterreich).

Tabelle 5.5:

Diagnosecluster Tabak (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen/Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl pro 10.000 Tiroler:innen 15+
Tabakmissbrauch/Abhängigkeit	2009	1.944	33:67	0,8 %	33
F 17.1 Schädlicher Gebrauch von Tabak	2011	1.636	33:67	0,9 %	27
F 17.2 Abhängigkeitssyndrom von Tabak	2013	1.983	32:68	0,2 %	33
F 17.3 Entzugssyndrom bei Tabak	**2015	**1.973	36:64	0,3 %	**32
	2017	1.581	35:65	0,0 %	25
	2019	2.417	35:65	0,2 %	38
Körperliche Folgen durch Tabakmissbrauch	2009	1.037	34:66	83,2 %	18
C 15.1–9 Bösartige Neubildungen – Ösophagus	2011	997	34:66	86,1 %	17
C 32.0–3 Bösartige Neubildung – Glottis/Larynxknorpel	2013	1.070	37:63	85,4 %	18
C 33 Bösartige Neubildung der Trachea	**2015	**1.107	40:60	88,7 %	**18
C 34.0–9 Bösartige Neubildung – Bronchus/Lunge	2017	1.142	40:60	88,1 %	18
	2019	1.258	41:59	87,1 %	20

* Patientinnen/Patienten mit Hauptwohnsitz in Tirol, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2009 bis 2019 entlassen wurden

** Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen eines Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2009–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zusammenfassung: Rund 2.000 Tiroler:innen (rund 0,4 % der Bevölkerung) werden pro Jahr mit einer Diagnose Tabakmissbrauch/-abhängigkeit aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Mit einer von vier Krebsdiagnosen, die mit großer Wahrscheinlichkeit auf das Rauchen von Tabak zurückzuführen sind, werden pro Jahr an die 1.000 bis 1.200 Tiroler:innen entlassen.

5.2.3 Mortalität

Der Konsum von Tabak verursacht zahlreiche tödliche Krankheiten. Zu den Spätfolgen des Tabakkonsums zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall, Atemwegserkrankungen wie COPD, chronische Bronchitis oder Asthma und bösartige Neubildungen wie Lungenkrebs, Kehlkopf- und Speiseröhrenkrebs, Harnblasenkrebs, Bauchspeicheldrüsenkrebs u. a. (Singer et al. 2011).

Viele dieser Erkrankungen können auf mehrere Ursachen, nicht nur auf den Konsum von Tabak zurückgeführt werden. Bei Lungenkrebs sowie bei COPD wird allerdings davon ausgegangen, dass die weitaus überwiegende Ursache dafür das Rauchen von Tabak ist. Bei Todesfällen infolge von Lungenkrebs (Bronchialkarzinom) zeigte sich etwa, dass unter den davon betroffenen Männern

90 Prozent Raucher und unter den davon betroffenen Frauen 80 Prozent Raucherinnen waren (Newcomb/Carbonne 1992).

Laut Todesursachenstatistik der Statistik Austria verstarben im Jahr 2019 352 Tiroler:innen infolge von Lungenkrebs (C33 und C34, ICD-10; 203 Männer und 149 Frauen). Infolge von COPD (J44, ICD-10) verstarben 202 Tiroler:innen (119 Männer und 83 Frauen). Das sind rund sechs (Lungenkrebs) bzw. rund drei (COPD) Prozent aller 2019 verstorbenen Tiroler:innen. Diese Prozentwerte liegen bei Lungenkrebs etwas über den entsprechenden österreichweiten Anteilen von rund fünf Prozent, bei COPD entsprechen sie den österreichweiten Anteilen. Im Zeitraum 2009 bis 2019 zeigte sich für Tirol wie auch für Gesamtösterreich bei Todesfällen infolge von Lungenkrebs und COPD eine kontinuierliche Zunahme bei Frauen bei einer gleichzeitigen kontinuierlichen Abnahme bei Männern.

Zusammenfassung: Sechs Prozent aller 2019 verstorbenen Tiroler:innen starben infolge von Lungenkrebs. Drei Prozent starben infolge von COPD. Beide Todesursachen stehen in den meisten Fällen in Zusammenhang mit Zigarettenrauchen.

5.2.4 Zigarettenverkaufsstatistik

Verkaufszahlen und Dunkelzifferschätzungen ergeben für Gesamtösterreich für das Jahr 2019 einen Zigarettenkonsum von 4,2 bis 5,1 Stück pro Kopf und Tag.⁵ Zwischen 2009 und 2019 zeigt sich ein leichter, kontinuierlicher Rückgang bei den Verkaufszahlen von 5,2 auf 4,2 Stück pro Kopf und Tag. Bei den Verkaufszahlen inklusive Dunkelzifferschätzungen zeigt sich in diesem Zeitraum ebenfalls ein Rückgang des Pro-Kopf-Konsums von 6,2 auf 5,1 Stück. Eine Aufschlüsselung dieser Werte nach Bundesland lässt sich nicht durchführen.

Zusammenfassung: Der Pro-Kopf-Konsum von Zigaretten ist in Österreich von 6,2 Stück im Jahr 2009 auf 5,1 Stück im Jahr 2019 zurückgegangen.

5

Die Verkaufszahlen resultieren aus Angaben zu in Österreich versteuerten Zigaretten. Die Dunkelzifferschätzungen des Anteils nicht bzw. nicht in Österreich versteuerter Zigaretten sind sogenannten Zigarettenpackungsstudien entnommen, für die weggeworfene Zigarettenpackungen in ganz Österreich systematisch gesammelt werden. Der Pro-Kopf-Konsum pro Tag bezieht sich auf die österreichische Bevölkerung im Alter von 15 Jahren und älter (jährliche Wohnbevölkerung im Jahresdurchschnitt).

5.3 Illegale Drogen

Auf einen Blick

Cannabis ist mit Abstand die in Tirol am häufigsten konsumierte illegale Droge. Laut Befragungsdaten hat etwa ein Viertel der befragten Schüler:innen der 9. und 10. Schulstufe in Tirol mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. Cannabiskonsum ist in der Regel aber auf einen kurzen Lebensabschnitt beschränkt. Nur drei Prozent der Erwachsenen geben an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben. Die Zahlen zum Cannabiskonsum in Tirol entsprechen in etwa den diesbezüglichen Österreichzahlen.

Kokain, Ecstasy/MDMA und Amphetamin sind die wichtigsten Drogen in der Tiroler Partyszene. Die Rolle von Kokain hat über die Jahre zugenommen. Generell besteht eine Tendenz zu Drogen mit steigendem Wirkstoffgehalt. Daten aus abwasserepidemiologischen Studien, drogenbezogene Anzeigen und Substanzanalysen im Partysetting sprechen für eine steigende Bedeutung von Kokain in Tirol, die sich auch bereits in den Behandlungsdaten widerspiegelt. Dieser Trend scheint in Tirol etwas stärker ausgeprägt zu sein als in Gesamtösterreich. **Neue psychoaktive Substanzen (NPS)** spielen in Tirol so wie in Österreich im Gegensatz zu anderen Ländern der EU nur eine untergeordnete Rolle.

Über alle Datenquellen hinweg betrachtet, dominieren in Tirol wie in Gesamtösterreich **Opioid** den risikoreichen bzw. problematischen Drogenkonsum. Bei der Prävalenzschätzung des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden liegt Tirol mit 323 bis 642 Betroffenen pro 100.000 15- bis 64-Jährige im Vergleich zu den anderen Bundesländern im Mittelfeld. Das Geschlechtsverhältnis Männer zu Frauen beträgt 3:1, und über die Hälfte der Konsumierenden ist älter als 34 Jahre.

Wie in Österreich insgesamt ist es in Tirol gelungen, über die Hälfte der Personen mit Opioidproblematik in Opioidsubstitutionsbehandlung zu bringen. Die **Alterung der Personen mit problematischem Drogenkonsum** zeigt sich auch in Tirol. Es steigen immer weniger Jugendliche und junge Erwachsene in den Opioidkonsum ein. Gleichzeitig ist die Lebenserwartung Opioidkonsumierender aufgrund guter Therapiemöglichkeiten gestiegen. Diese Entwicklungen führen zu einer „Alterung“ der Population mit Opioidproblematik. Beispielsweise zählte 2019 bereits ein Fünftel der Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung zur Gruppe 50+ und etwa die Hälfte zur Gruppe 40+.

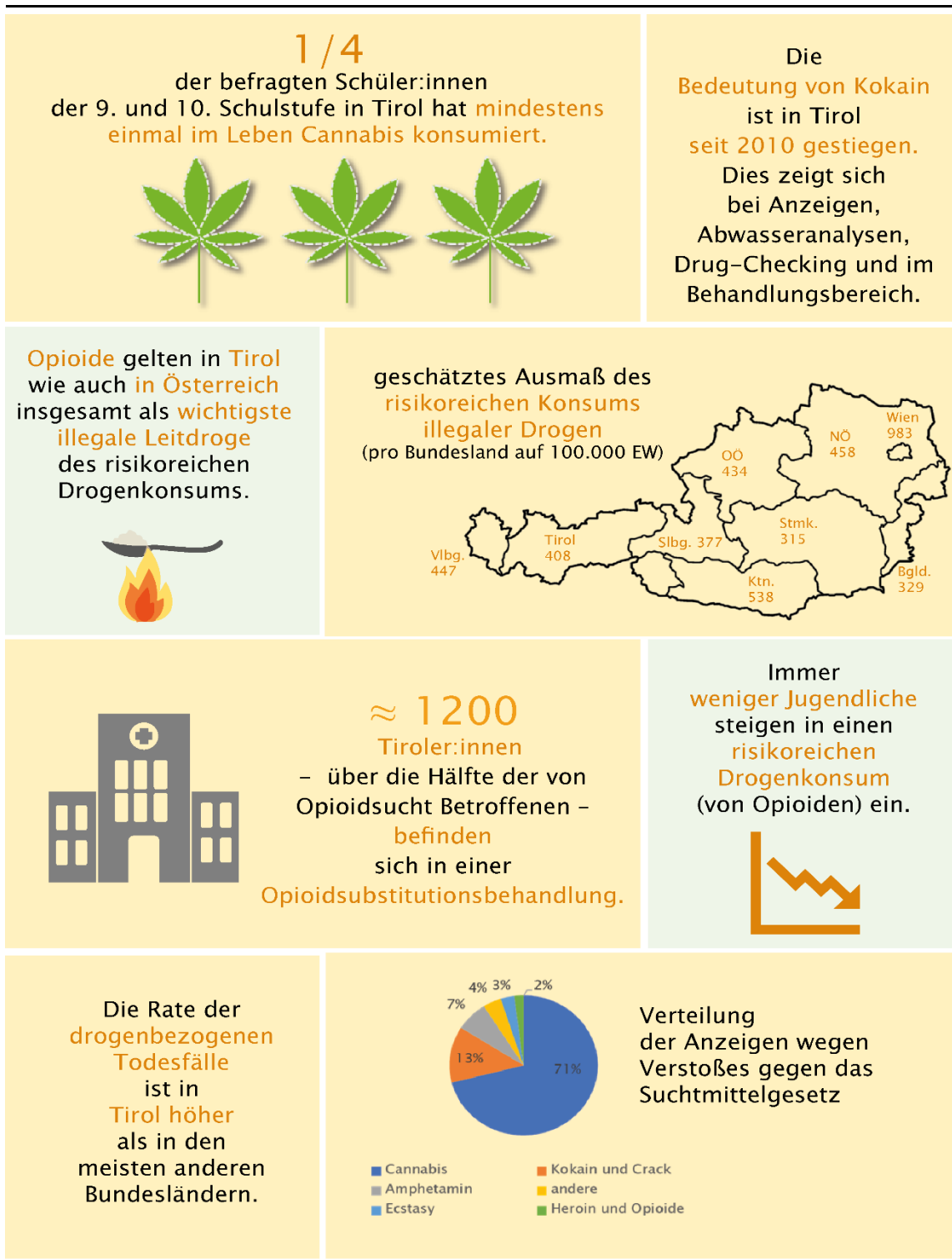
HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) gelten als die drei wesentlichsten **drogenbezogenen Infektionskrankheiten** bei intravenös drogenkonsumierenden Personen. Daten zu Infektionsraten aus Einrichtungen der Suchthilfe liegen für Tirol jedoch nicht vor.

Die Rate der **drogenbezogenen Todesfälle** pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren ist in Tirol höher als in den anderen Bundesländern mit Ausnahme Wiens. Im Jahr 2019 ist die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle in Österreich gestiegen. Allerdings betrafen diese Todesfälle in erster Linie Personen in einem Alter von über 25 Jahren. Der Anstieg ist daher kein Anzeichen einer Verschärfung der Situation im Sinne von mehr Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum. Die Hintergründe liegen vermutlich eher in Langzeitschäden und höherer Vulnerabilität aufgrund eines langjährigen Opioidkonsums.

Der Großteil der **Anzeigen** nach dem Suchtmittelgesetz in Österreich und Tirol ist auf Cannabisanzeigen zurückzuführen. Die Zahl der Anzeigen wegen Kokain ist in Tirol stärker gestiegen als in Österreich. Auf 100 Anzeigen nach dem SMG kommen in Tirol 68 Alternativen zur Bestrafung.

Quellenangaben für die referierten Zahlen finden sich im nachfolgenden Kapitel.

Abbildung 5.9:
Illegale Drogen auf einen Blick – Infografik



GÖG-eigene Darstellung

Der Bereich illegale Drogen ist jener Suchtbereich, zu dem am meisten Daten vorliegen. Seit über 20 Jahren arbeiten die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht und ihre an der GÖG verankerte Außenstelle, der REITOX Focal Point, an der Etablierung, Vereinheitlichung und Weiterentwicklung von Datenquellen zur illegalen Drogenproblematik. Mittlerweile existieren regelmäßige Bevölkerungs- und Schülerbefragungen, wissenschaftliche Prävalenzschätzungen, das einheitliche Behandlungsdokumentationssystem DOKLI, ein qualitätsgesichertes Opioidsubstitutionsregister, Daten zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen und eine qualitätsgesicherte Statistik der drogenbezogenen Todesfälle. Lediglich im Bereich drogenassoziierte Infektionskrankheiten gibt es noch Verbesserungsbedarf. Ergänzt werden diese Daten aus dem Gesundheitsbereich durch Daten aus dem Bereich Strafverfolgung (Anzeigen, Beschlagnahmungen). Speziell für Tirol können auch noch Daten aus dem Drug-Checking und von abwasserepidemiologischen Studien herangezogen werden.

5.3.1 Konsum illegaler Drogen in der Tiroler Allgemeinbevölkerung

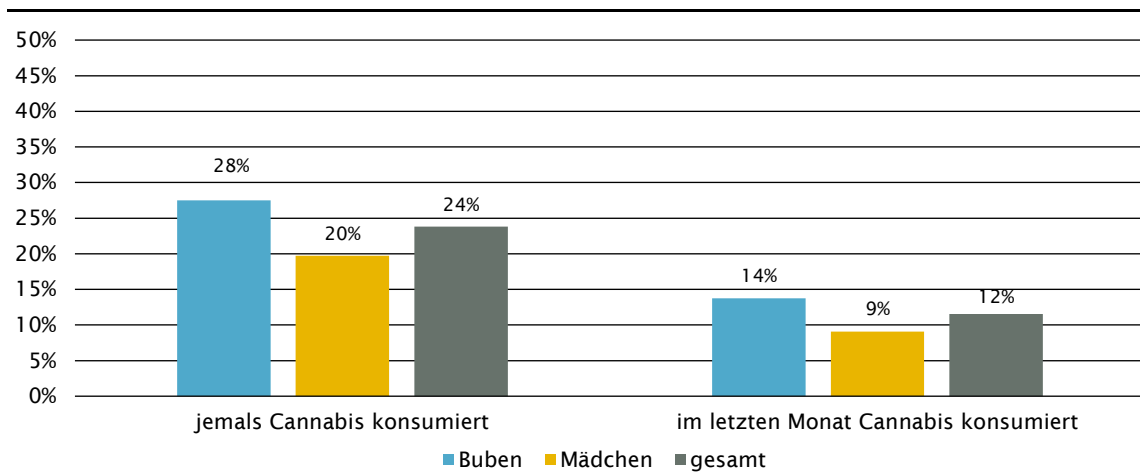
Im Bereich illegale Drogen liefern Bevölkerungsbefragungen wichtige Informationen zum Cannabiskonsum. Zum Konsum anderer illegaler Drogen, die in der Allgemeinbevölkerung kaum konsumiert werden, sind aufgrund der geringen Anzahl der Befragten mit diesem Konsum keine detaillierten Rückschlüsse möglich. Hier liefern Ergebnisse aus abwasserepidemiologischen Studien und aus Drug-Checking-Projekten wichtige Erkenntnisse.

Konsum von Cannabis laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Etwa ein Viertel der 14- bis 17-jährigen Tiroler:innen hat laut Befragungsdaten aus der ESPAD-Erhebung in der neunten und zehnten Schulstufe aus dem Jahr 2019 (Hojni et al. 2019) schon mindestens einmal im Leben (= Lebenszeitprävalenz) Cannabis konsumiert. Zwölf Prozent haben aktuell in den letzten 30 Tagen (= Monatsprävalenz) Cannabis genommen. Männliche Jugendliche weisen hier – bei beiden Indikatoren – etwas höhere Werte auf als ihre Altersgenossinnen (vgl. Abbildung 5.10). Die Werte für Tiroler Jugendliche liegen dabei in etwa auf dem Niveau der entsprechenden österreichweit gemessenen Zahlen (Lebenszeitprävalenz: 22 %, Monatsprävalenz: 11 %). Im europäischen Vergleich liegt Österreich hier über den Durchschnittswerten der teilnehmenden ESPAD-Länder – Lebenszeitprävalenz: 16 Prozent, Monatsprävalenz: sieben Prozent (ESPAD Group 2020). Im Vergleich zur Schülerbefragung 2015 (Strizek et al. 2016) lässt sich in Tirol ein leichter Rückgang beobachten (2015: Lebenszeitprävalenz: 26 %; Monatsprävalenz: 14 %).

Abbildung 5.10:

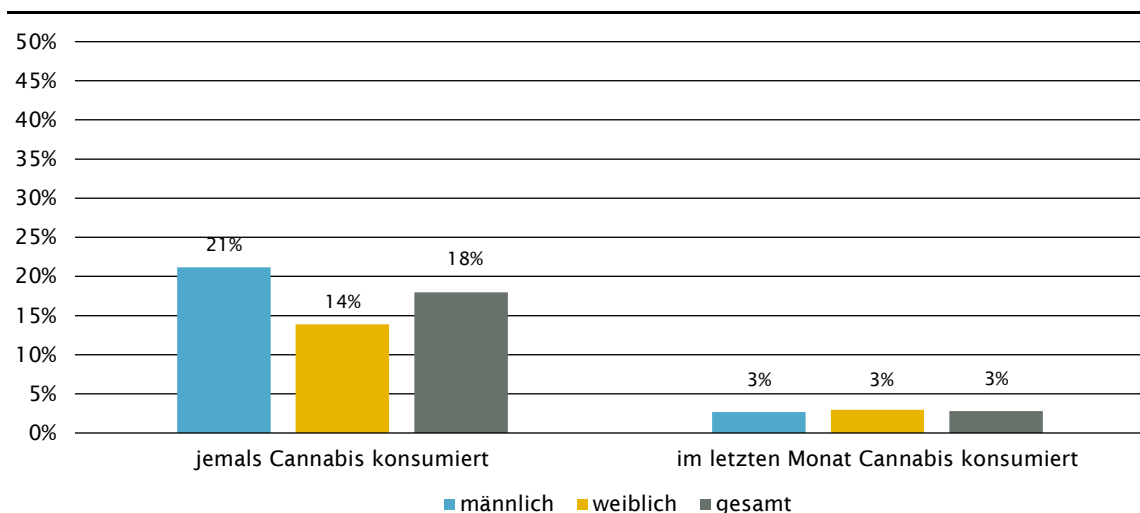
Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter Schülerinnen/Schülern in Tirol



Quelle: ESPAD 2019, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Abbildung 5.11:

Lebenszeit- und Monatsprävalenz des Cannabiskonsums unter der Wohnbevölkerung ab 15 Jahren in Tirol



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

In der Gesamtbevölkerung (Bevölkerung über 15 Jahre) werden laut Befragungsdaten aus der Bevölkerungsbefragung zu suchtrelevanten Verhaltensweisen aus dem Jahr 2020 (Strizek et al. 2020) insbesondere im Bereich des aktuellen Cannabiskonsums deutlich niedrigere Werte berichtet. Drei Prozent geben an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben (vgl. Abbildung 5.11). Dies deutet in erster Linie darauf hin, dass Cannabiskonsum nur in einem kurzen Lebensabschnitt eine relevante Rolle spielt. Die in Tirol erhobenen Werte entsprechen hier ziemlich genau jenen für ganz Österreich (Lebenszeitprävalenz 19 %; Monatsprävalenz: 3 %).

Zusammenfassung: Etwa ein Viertel der befragten Schüler:innen der neunten und zehnten Schulstufe in Tirol hat mindestens einmal im Leben Cannabis konsumiert. Cannabiskonsum ist in der Regel aber auf einen kurzen Lebensabschnitt beschränkt. Nur drei Prozent der Gesamtbevölkerung im Alter 15+ in Tirol geben an, in den letzten 30 Tagen Cannabis konsumiert zu haben. Die Zahlen zum Cannabiskonsum in Tirol entsprechen in etwa den Österreichzahlen. Eindeutige Trends seit 2015 lassen sich nicht beobachten.

Ergebnisse aus abwasserepidemiologischen Untersuchungen von Tiroler Regionen

Seit 2016 untersucht das Institut für Gerichtliche Medizin (GMI) der Medizinischen Universität Innsbruck Abwasserproben aus österreichischen Kläranlagen regelmäßig auf Drogenrückstände. Das GMI ist Teil des europaweiten Labornetzwerks SCORE⁶, das der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) die jährlich erhobenen Monitoringdaten für Publikationen zur Verfügung stellt⁷. Die Analysen umfassen unter anderem die quantitative Bestimmung von Konsummarkern für Cannabis, Kokain, Amphetamin, MDMA und Methamphetamin.

Für Tirol liegen abwasserepidemiologische Daten folgender vier Regionen vor: Innsbruck (15 Gemeinden mit 174.000 Einwohnerinnen/Einwohnern, 2016–2020), Hall-Wattens (16 Gemeinden mit rund 57.000 Einwohnerinnen/Einwohnern, 2018–2020), Zillertal-Achensee (32 Gemeinden mit 55.000 Einwohnerinnen/Einwohnern, 2020) und Kufstein (7 Gemeinden mit 35.000 Einwohnerinnen/Einwohnern, 2020). Durch Analyse der Abwässer der vier Kläranlagen konnte somit der Drogenkonsum von über 40 Prozent der Tiroler Bevölkerung untersucht werden.

Die Ergebnisse der abwasserepidemiologischen Studie aus dem Jahr 2020 belegen, dass Cannabis die in Tirol am häufigsten konsumierte illegale Droge ist. In etwa drei bis sechs Joints pro 100 Tiroler:innen pro Tag werden in den untersuchten Regionen konsumiert, wobei der höchste Pro-Kopf-Umsatz in Innsbruck zu verzeichnen ist. Bei den Stimulanzien ist Kokain die umsatzstärkste illegale Droge. Der höchste Pro-Kopf-Umsatz ist hier in Kufstein beobachtet worden. Je nach Region werden 0,4 bis 1,5 Dosen Kokain pro 100 Einwohner:innen pro Tag konsumiert. Von Amphetamin, Methamphetamin und MDMA werden zusammen nur rund 0,25 Dosen pro 100 Einwohner:innen pro Tag konsumiert, wobei mehr als zwei Drittel des Umsatzes auf Amphetamin entfallen.

Für die SCORE-Studie wurden im Jahre 2020 österreichweit neun Kläranlagen untersucht. Die Tiroler Regionen wiesen dabei im Vergleich zu ostösterreichischen Regionen höhere Pro-Kopf-Umsätze bei Kokain, aber niedrigere bei Amphetamin auf.

⁶
https://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis_de

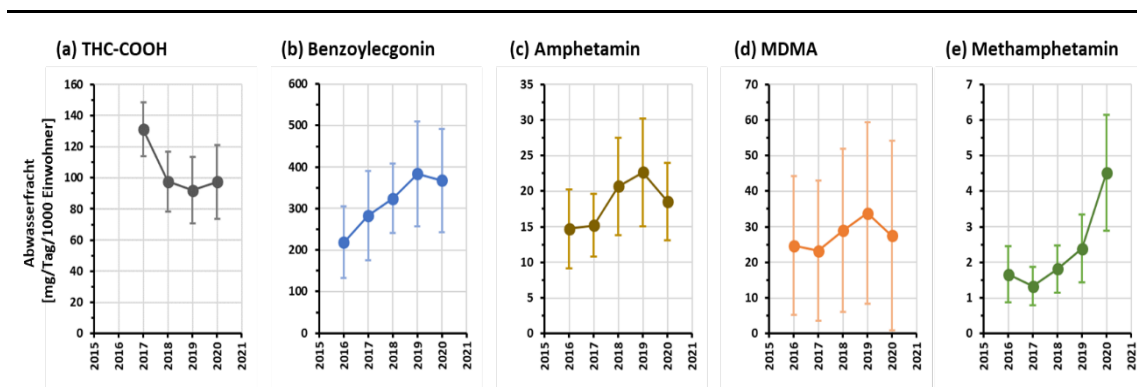
⁷
https://www.emcdda.europa.eu/topics/wastewater_en

Weltweit nahmen 99 Regionen an der Studie teil. Wenn man die Ergebnisse aller Studienteilnehmer für einen überregionalen Vergleich in Form einer „Rangliste“ verwenden will, dann zeigt sich, dass bei allen untersuchten Substanzen die untersuchten Tiroler Regionen Plätze im Mittelfeld bzw. hinteren Mittelfeld einnehmen. Platz 15 für Kufstein bei Kokain war die vorderste Platzierung.

Aus abwasserepidemiologischen Daten können zeitliche Trends des Konsums illegaler Drogen abgeleitet werden. Die längste Zeitreihe liegt für Innsbruck vor. Zwischen März 2016 und Oktober 2020 wurde das dortige Abwasser an 343 Tagen untersucht (Reinstadler et al. 2021). Im Wochenverlauf zeigen MDMA, aber auch Kokain und Amphetamin Anstiege am Wochenende, was auf eine Verwendung der Drogen in der Partyszene hinweist. Am ausgeprägtesten ist dieser Anstieg bei MDMA. Bei Kokain und Amphetamin fallen die Unterschiede zwischen den Wochentagen geringer aus. Im Jahresverlauf konnten bei fast allen Drogen Auffälligkeiten beobachtet werden. Zwischen 2016 und 2019 gab es beträchtliche Zuwächse beim Kokain- (+100 %) und beim Amphetaminumsatz (+50 %).

Abbildung 5.12:

Zeitlicher Verlauf der mittleren jährlichen Abwasserfrachten von THC-COOH (Konsummarker von Cannabis), Benzoylcegonin (Konsummarker von Kokain), Amphetamin, MDMA und Methamphetamin in der Kläranlage Innsbruck



Quelle und Darstellung: Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck

Zusammenfassung: Abwasserepidemiologische Untersuchungen belegen, dass Cannabis und Kokain die beiden umsatzstärksten illegalen Drogen in Tirol sind. Kokain, Amphetamin und MDMA werden zum Teil, aber nicht ausschließlich in der Partyszene verwendet. Der Kokain- und Amphetaminumsatz hat zwischen 2016 und 2019 signifikant zugenommen.

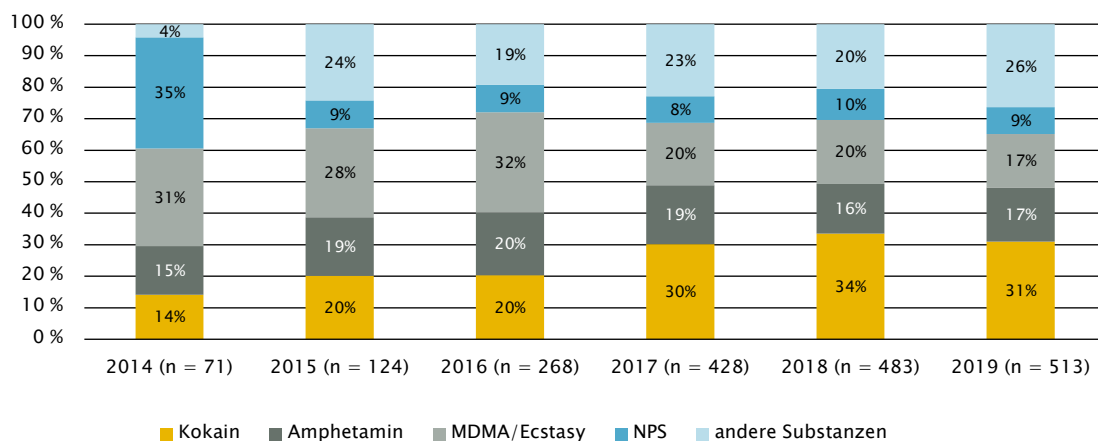
Ergebnisse des Drug-Checking in der Partyszene

Das seit dem Jahr 2014 existierende MDA basecamp von Drogenarbeit Z6 ist mit einem Informations- und Beratungsstand ca. zwei- bis dreimal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie zu deren Wirkung und den Gefahren durch ihren Konsum. Im Jahr 2019 wurden auf diese

Weise 28 Veranstaltungen betreut; insgesamt wurden im Jahr 2019 3.377 Kontakte mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 294 Informationsgespräche und 99 Beratungsgespräche geführt (Drogenarbeit Z6 2020).

Abbildung 5.13:

Analysierte Proben des Tiroler Drug-Checking nach deklarierten Wirkstoffen 2014 bis 2019



Quelle: Z6 2014 bis 2020; Darstellung: GÖG

Werden die deklarierten Wirkstoffe der zum Drug-Checking abgegebenen Substanzen über die Jahre betrachtet, so zeigt sich, dass der Anteil von Kokain zugenommen hat, während jener der „klassischen“ Partydrogen Ecstasy/MDMA und Amphetamin gesunken ist. Neue psychoaktive Substanzen (NPS) spielen insgesamt eine nur sehr untergeordnete Rolle.

Analysen des Wirkstoffgehalts von Ecstasy und Kokain zeigen, dass dieser über die Jahre gestiegen ist. Dies entspricht in etwa auch den in Wien von checkit! beobachteten diesbezüglichen Entwicklungen. Allerdings ist der Anteil von Kokainproben in Wien (2019: 24 Prozent) etwas niedriger als in Tirol.

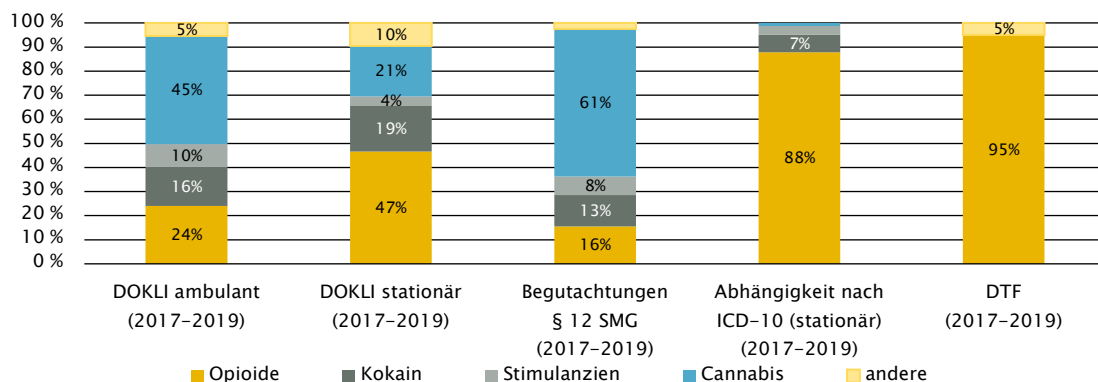
Zusammenfassung: Kokain, Ecstasy/MDMA und Amphetamin sind die wichtigsten Drogen in der Tiroler Partyszene. Die Rolle von Kokain hat über die Jahre zugenommen. Generell besteht eine Tendenz zu Drogen mit steigendem Wirkstoffgehalt. Neue psychoaktive Substanzen (NPS) spielen in Tirol so wie in Österreich im Gegensatz zu anderen EU-Ländern nur eine untergeordnete Rolle.

5.3.2 Problematischer/Risikoreicher Drogenkonsum und seine Behandlung

Unter risikoreichem Konsum illegaler Drogen wird von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) der „wiederholte Drogenkonsum, welcher 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. Schlüsse hinsichtlich risikoreicher Konsummuster können indirekt aus Behandlungsdaten (DOKLI) der Drogenhilfeeinrichtungen gezogen werden. Personen, die sich in eine drogenspezifische Behandlung begeben, haben in der Regel ein Problem mit ihrem Drogenkonsum. Die Spitalsentlassungscodes nach ICD-10 bieten einen Einblick in die drogenspezifischen Haupt- und Nebendiagnosen im stationären Bereich. Amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, wonach einschlägige Konsummuster von Personen einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach sich ziehen, stellen hier eine weitere Datenquelle dar. Informationen zu den problematischsten Konsummustern liefern die bei direkt drogenbezogenen Todesfällen festgestellten Substanzen.

Abbildung 5.14:

Behandlungsbereich nach Leitdroge und direkt drogenbezogene Todesfälle nach beteiligten Substanzen in Tirol, gemittelte Drei-Jahres-Werte, in Prozent



Legende: Bei allen Datenquellen wurde zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel).

DOKLI ambulant = Personen, die 2017, 2018 oder 2019 mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, mit gültiger Leitdroge

DOKLI stationär = Personen, die 2017, 2018 oder 2019 mit einer stationären Betreuung begonnen haben, mit gültiger Leitdroge

Begutachtungen § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen, bei denen 2017–2019 ein behandlungsrelevanter Konsum illegaler Drogen festgestellt wurde

Abhängigkeit nach ICD-10 (stationär): Prozentverteilung der Hauptdiagnosen im Falle einer Abhängigkeit von Opioiden, Kokain, Stimulanzien und Cannabis (F11.2, F12.2, F14.2 und F15.2) nach ICD-10 bei Spitalsentlassungen 2017–2019 (aktuellste verfügbare Daten)

drogenbezogene Todesfälle = direkt drogenbezogene Todesfälle mit toxikologischen Analyseergebnissen 2017–2019. Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opiode > Kokain > Stimulanzien > andere [Halluzinogene, Tranquilizer] > Cannabis); bei den drogenbezogenen Todesfällen fallen alle Überdosierungen ohne Beteiligung von Opioiden in die Kategorie „andere“. Bei den ICD-10-Spitalsentlassungsdiagnosen gibt es die Kategorie „andere“ nicht.

Quellen: DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Zusammenschau der dargestellten Datenquellen lässt den Schluss zu, dass im Rahmen des risikoreichen Konsums illegaler Drogen in Tirol Opioide als Leitdroge dominieren (dies zeigt sich besonders stark bei den stationären Daten). Bei der Mehrheit der drogenbezogenen Todesfälle der Jahre 2017–2019 (95 %) waren Opioide für die tödliche Überdosierung (mit)verantwortlich. Diese Dominanz von Opioiden entspricht dem österreichischen Trend. Eine nähere Analyse der Konsummuster zeigt, dass der Großteil der im ambulanten und stationären Bereich wegen Opioiden betreuten Personen auch noch andere Drogen in problematischer Weise konsumiert (d. h. Polytoxikomanie ist das vorherrschende Konsummuster).

Die zweite zahlenmäßig relevante Gruppe im Behandlungsbereich sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis (d. h. ohne risikoreichen Konsum anderer illegaler Drogen). Personen mit ausschließlichem Cannabiskonsum (ohne weitere illegale Drogen) stellen die größte Gruppe von Personen dar, bei denen durch die Amtsärztin / den Amtsarzt nach § 12 SMG der Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird (vgl. Abbildung 5.14). Hier gilt es zu bedenken, dass laut einer vertiefenden Analyse lediglich bei etwa einem Drittel der Betroffenen österreichweit von einem hochfrequenten Cannabiskonsum ausgegangen werden kann (Busch et al. 2013a). Es dürften sich daher auch einige Personen ohne manifeste Cannabisproblematik aufgrund rechtlicher Auflagen bzw. im Sinne der Frühintervention in Behandlung befinden.

Ein Vergleich mit Österreich insgesamt zeigt, dass neben dem hochriskanten Konsum von Opioiden Cannabis und Kokain in Tirol eine etwas größere Rolle zu spielen scheinen als in den anderen Bundesländern. Betrachtet man alle in DOKLI ambulant oder stationär dokumentierten Klientinnen und Klienten, beträgt der Anteil der Personen, die 2017 bis 2019 ausschließlich Cannabis als Leitdroge angaben, in Tirol 38 Prozent, in Gesamtösterreich jedoch nur 30 Prozent. Bei Kokain lauten die entsprechenden Werte 16 Prozent und acht Prozent. In Tirol ist zudem zu beobachten, dass der Anteil jener mit Leitdroge Kokain in den letzten Jahren angestiegen ist. 2009 bis 2011 betrug dieser Anteil nur neun Prozent und verdoppelte sich von 2017 bis 2019 mit 16 Prozent beinahe.

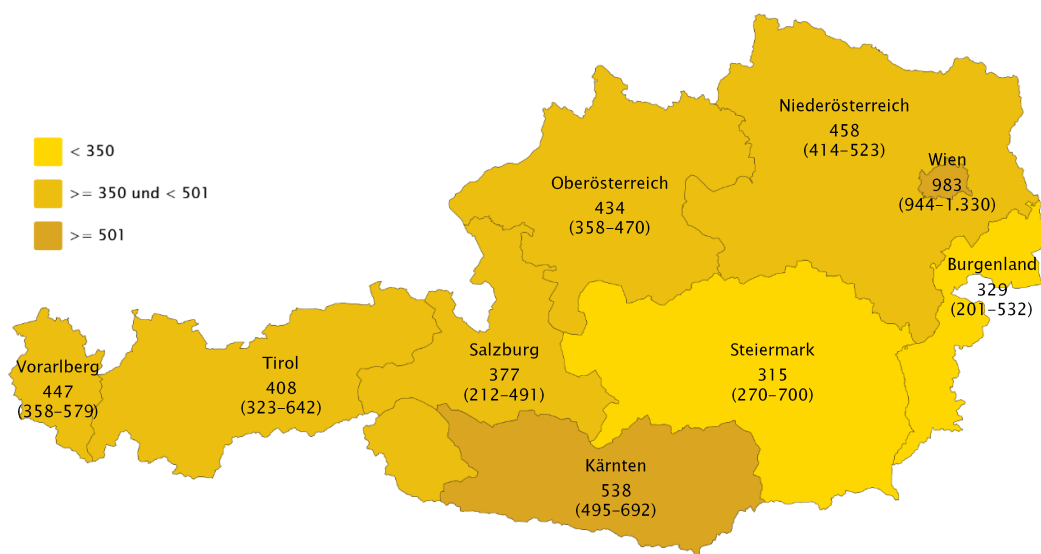
Zusammenfassung: Über alle Datenquellen hinweg betrachtet, dominieren in Tirol Opioide als Leitdroge den risikoreichen Drogenkonsum. Es ergibt sich diesbezüglich ein ähnliches Bild wie in Österreich insgesamt. Neben dem hochriskanten Konsum von Opioiden scheinen Cannabis und besonders in den letzten Jahren Kokain eine etwas größere Rolle zu spielen als in den anderen Bundesländern.

Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen

Die Dunkelzifferschätzung liefert wichtige Annäherungswerte für das Ausmaß des risikoreichen polytoxikomanen Konsums illegaler Drogen unter Beteiligung von Opioiden in Österreich. Die referierten Werte wurden mittels der Capture-Recapture-Methode (CRC)⁸ basierend auf pseudonymisierten Daten aus dem Register der Substitutionsbehandlungen und den Anzeigen wegen Opioiden berechnet und anhand der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der drogenbezogenen Todesfälle mit Opioidbeteiligung für das Jahr 2017 validiert.

Abbildung 5.15:

Geschätztes Ausmaß des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden nach Bundesländern (Rate pro 100.000 15- bis 64-Jährige) 2019



Die bundeslandspezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da sie insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der geringen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken! Bei der Interpretation sollte immer das oben dargestellte Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden (d. h. als Untergrenze wird der niedrigste Wert des 95-Prozent-Konfidenzintervalls der letzten 3 Jahre und als Obergrenze dessen höchster Wert herangezogen).

Quelle: Prävalenzschätzungen 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die aktuellsten Schätzungen kommen für die Jahre 2017 bis 2019 auf eine Anzahl von 1.642 bis 3.264 Personen in Tirol mit risikoreichem Konsum illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden (Österreich 31.000 bis 37.000 Personen). Mit 323 bis 642 Betroffenen pro 100.000 15- bis 64-Jährige liegt Tirol im Vergleich zu den anderen Bundesländern hier im Mittelfeld (vgl. Abbildung 3.4). Alters- bzw. geschlechtsspezifische Schätzungen liegen aufgrund der Größe der Zielgruppe für Tirol nicht vor. Da sich diese Variablen in den vorliegenden Datenquellen jedoch kaum von den

8

Bei der CRC-Schätzung handelt es sich um ein von der EBDD empfohlenes komplexes statistisches Verfahren zur Dunkelzifferschätzung.

Österreichwerten unterscheiden, kann davon ausgegangen werden, dass das Geschlechtsverhältnis 3:1 (Männer zu Frauen) und auch die Altersstruktur (7 % unter 25 Jahre, 35 % 25 bis 34 Jahre und 58 % über 34 Jahre) auf Tirol übertragen werden können.

Zusammenfassung: Bei der Prävalenzschätzung des risikoreichen Konsums illegaler Drogen mit Beteiligung von Opioiden liegt Tirol mit 323 bis 642 Betroffenen pro 100.000 15- bis 64-Jährige im Vergleich zu den anderen Bundesländern im Mittelfeld. Das Geschlechtsverhältnis Männer zu Frauen beträgt 3:1, und über die Hälfte der Konsumierenden ist älter als 34 Jahre.

Der risikoreiche Konsum illegaler Drogen im Zeitverlauf

In Österreich steht eine Reihe von Datenquellen sehr guter Qualität für die Analyse der Drogensituation zur Verfügung.

Eine Zusammenschau all dieser Datenquellen in Form von Kennzahlen – dem Zusammensetzen eines Puzzles ähnlich – dient der Beschreibung der epidemiologischen Situation. Werden diese Kennzahlen pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren berechnet, ist auch ein Vergleich zwischen Tirol und Österreich möglich.

Die Kennzahlen der Drogensituation pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren sind in Tirol wie in Österreich zwischen 2011 und 2019 relativ stabil geblieben (vgl. Tabelle 3.1). Tirol hat im Vergleich zu anderen Bundesländern (mit Ausnahme der drogenbezogenen Todesfälle) gleiche oder etwas niedrigere Raten. Auffällig ist auch der Anstieg der Leitdroge Kokain in den letzten Jahren.

Tabelle 5.6:

Die wichtigsten Indikatoren der Drogensituation pro 100.000 15- bis 64-Jährige in Tirol und Österreich von 2011 bis 2019

Indikator	2011	2013	2015	2017	2019
Tirol: Prävalenz Opioide UG	358,5	320,1	321,7	348,3	322,6
Tirol: Prävalenz Opioide	420,4	377,5	402,9	422,4	407,5
Tirol: Prävalenz Opioide OG	482,2	434,8	484,0	496,4	492,4
*Tirol: DOKLI Opioide	34,2	32,7	20,1	24,8	23,2
*Tirol: DOKLI Cannabis	24,3	31,5	23,1	29,0	28,9
*Tirol: DOKLI Kokain	7,8	9,1	6,0	9,8	13,8
*Tirol: Substitutionsbehandlungen	217,6	235,0	239,9	239,6	241,7
*Tirol: ICD-10 Opioidabhängigkeit	33,3	35,1	30,8	30,5	n. v.
*Tirol: behandlungsrelevanter Opiatkonsum (§ 12 SMG)	n. v.	6,6	5,0	4,2	3,7
*Tirol: behandlungsrelevanter Cannabiskonsum (§ 12 SMG)	n. v.	11,7	11,5	14,7	7,1
*Tirol: drogenbezogene Todesfälle	3,8	2,7	3,3	3,9	5,1
Österreich: Prävalenz Opioide UG	520,9	487,1	526,3	607,9	523,1
Österreich: Prävalenz Opioide	535,1	500,4	545,0	627,9	538,5
Österreich: Prävalenz Opioide OG	549,4	513,8	563,7	647,9	553,9
Österreich: DOKLI Opioide	96,2	80,3	88,0	74,9	87,7
Österreich: DOKLI Cannabis	32,3	36,7	39,8	41,9	50,6
Österreich: DOKLI Kokain	8,4	9,5	9,1	10,5	15,2
Österreich: Substitutionsbehandlungen	296,3	297,8	304,7	316,7	331,3
Österreich: ICD-10 Opioidabhängigkeit	28,5	29,6	26,2	27,2	n. v.
Österreich ohne Wien ¹ : behandlungsrelevanter Opiatkonsum (§ 12 SMG)	7,0	10,1	8,5	7,1	8,8
Österreich ohne Wien ¹ : behandlungsrelevanter Cannabiskonsum (§ 12 SMG)	9,5	19,8	26,6	27,8	30,3
Österreich: drogenbezogene Todesfälle	3,5	2,4	2,6	2,6	3,3

*Um Zufallsschwankungen auszugleichen, wurden die Daten für Tirol (außer den Prävalenzraten) jeweils für drei Jahre gemittelt; das letzte aktuelle Jahr stellt jeweils den Rohwert dar.

Ergebnisse der **Prävalenzschätzungen** des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden. Die bundesland-spezifischen Schätzungen sind mit äußerster Vorsicht zu interpretieren, da sie insbesondere bei kleineren Bundesländern aufgrund der geringen Populationsgrößen sehr unsicher sind und stark schwanken! Bei der Interpretation sollte immer das Intervall zwischen Untergrenze und Obergrenze des Konfidenzintervalls über 3 Jahre herangezogen werden. Die Gesamt-schätzung für Österreich beinhaltet auch Personen, deren Wohnsitzbundesland nicht angegeben ist.

DOKLI – Opioide/Cannabis: Alle Personen, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden, mit der Leitdroge Opioide bzw. Cannabis als alleiniger Leitdroge

§ 12 SMG – Opioide/Cannabis: Personen, für welche die Begutachtung nach § 12 SMG einen behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden oder einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis ohne andere Leitdrogen ergab. Die Angaben zu den Begutachtungen nach § 12 SMG für Österreich sind unvollständig (Wien übermittelt keine Daten, da bei den Wiener Begutachtungen anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere sucht-spezifische Anamnese erstellt wird, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird.)

ICD-10 (Opioidabhängigkeit): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opioide) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (2016 war das letzte verfügbare Datenjahr)

direkt drogenbezogene Todesfälle aufgrund von Überdosierungen

¹ 2011 auch ohne Kärnten

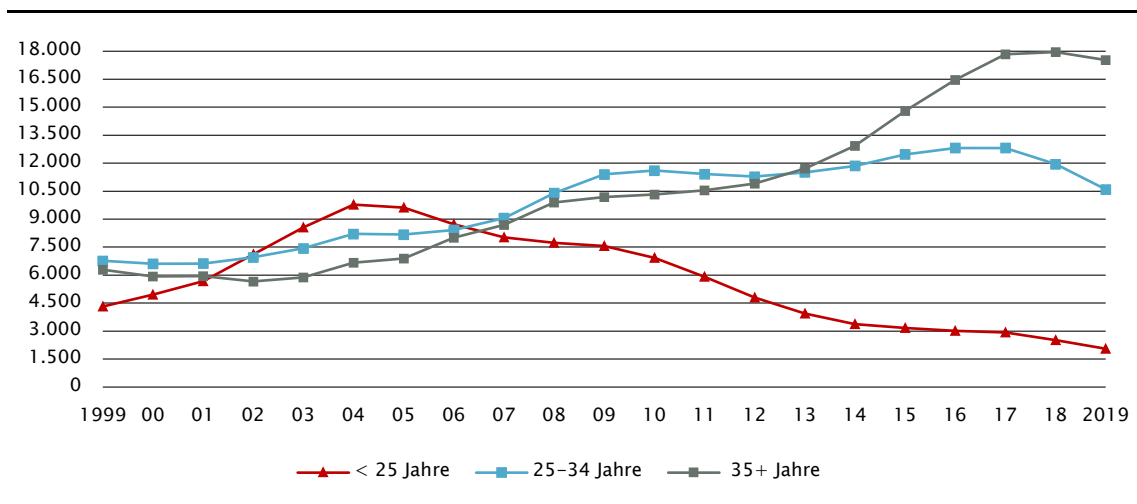
n. v. = nicht verfügbar

Quellen: Epidemiologieberichte Drogen bzw. Sucht der Jahre 2011 bis 2020; Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen des risikoreichen Drogenkonsums, die allerdings lediglich für Österreich insgesamt möglich sind (Anzenberger et al. 2020). Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger:innen). Die Anzahl der Personen unter 25 Jahren reduzierte sich 2019 im Vergleich zu 2004 auf weniger als ein Fünftel. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl der älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum – zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und bis 2018 in der Altersgruppe über 35+ (vgl. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:

Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen 1999–2019

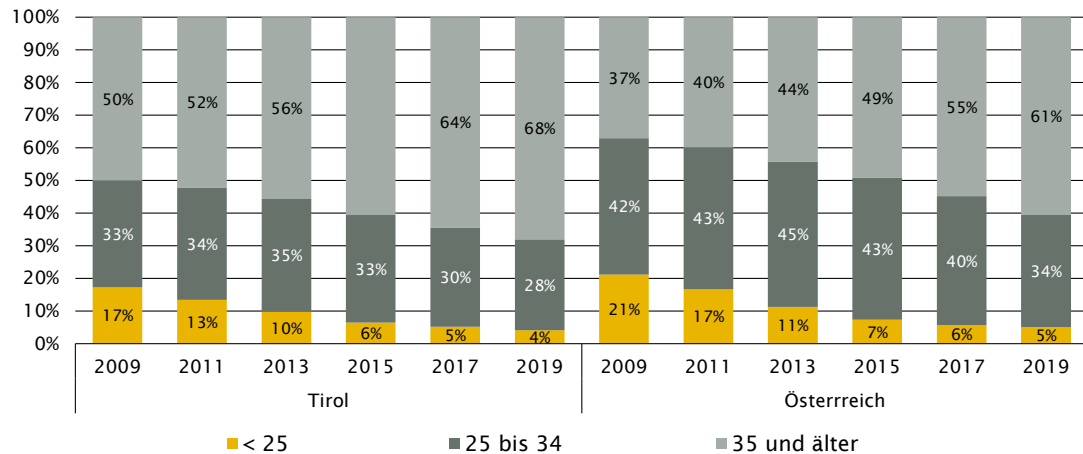


Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Diese Entwicklung zeigt sich auch in Tirol. Der deutliche Rückgang bei jungen Personen mit Opioidproblematik lässt sich für Tirol bei den Substitutionsbehandlungen (vgl. Abbildung 5.16), bei den Spitalsentlassungsdiagnosen (< 25-Jährige bei Personen mit ICD-10-Diagnose Opioidabhängigkeit 2009: 26 %, 2019: 11 %) und in DOKLI (< 25-Jährige bei Personen mit Leitdroge Opioide 2009: 22 %, 2019: 14 %) feststellen. Gleichzeitig ist die Lebenserwartung in dieser Gruppe aufgrund guter Therapiemöglichkeiten gestiegen. Diese Entwicklungen führen zu einer „Alterung“ der Population mit Opioidproblematik. Beispielsweise zählte 2019 bereits ein Fünftel der Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung zur Gruppe 50+ und etwa die Hälfte zur Gruppe 40+.

Abbildung 5.17:

Altersverteilung bei Substitutionsbehandlungen in Tirol und Österreich, Zeitreihe 2009 bis 2019

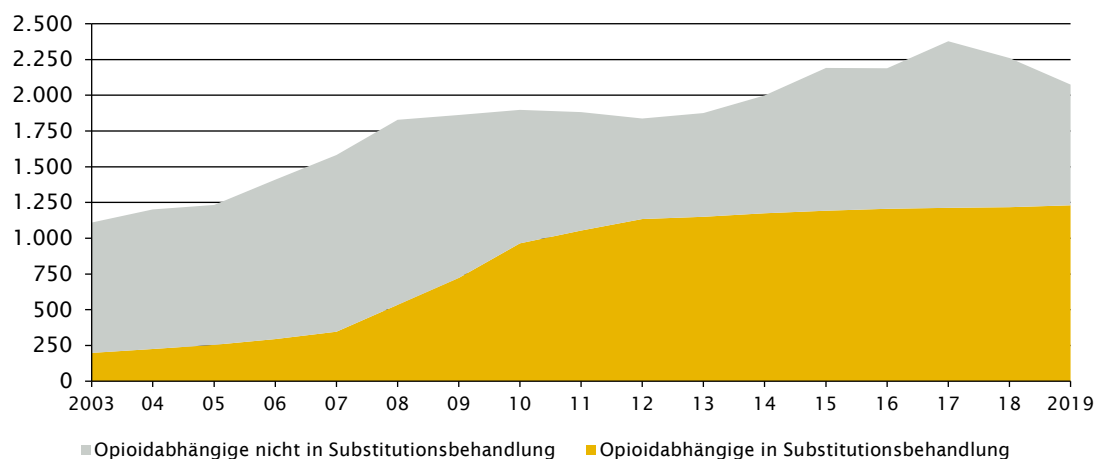


Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Substitutionsbehandlung stellt die in Österreich mit Abstand häufigste Behandlungsform bei Opioidabhängigkeit dar. Abbildung 5.18 zeigt, dass es in Tirol gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, bis 2013 zu steigern. Seither stagniert dieser Anteil jedoch bei etwas über 50 Prozent. Diese Entwicklung entspricht in etwa der diesbezüglichen Entwicklung in Österreich (Anzenberger et al. 2020). Insgesamt befanden sich im Jahr 2019 in Tirol 1.230 Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung. Es ist aber zu beachten, dass die Schätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden für Tirol aufgrund der geringen Populationsgröße mit einer hohen Schwankungsbreite versehen ist.

Abbildung 5.18:

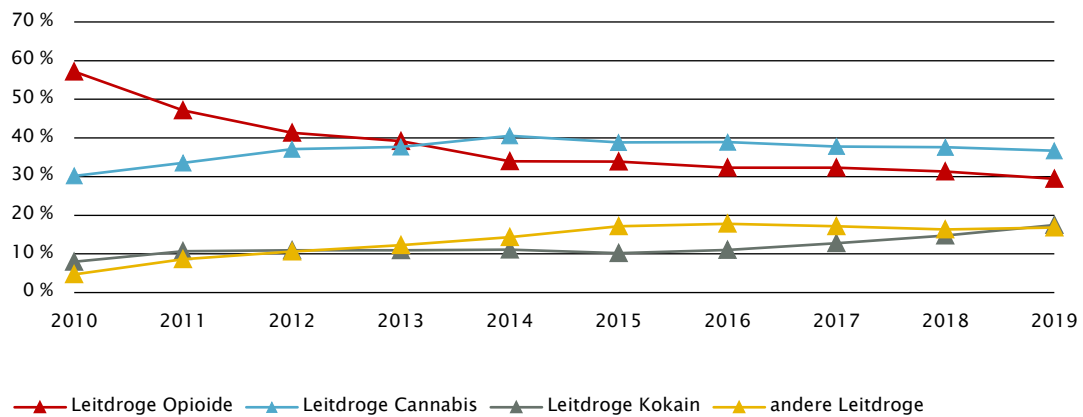
Opioidabhängige Personen in Tirol nach Integration in die Opioidsubstitutionsbehandlung



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.19:

Alle im jeweiligen Jahr in den Einrichtungen der Tiroler Suchthilfe im Bereich illegaler Drogen durchgeführten Behandlungen nach Leitdrogen im Zeitverlauf (DOKLI) 2010–2019



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge (Opioide > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis); es wird der gleitende Mittelwert über jeweils 3 Jahre angegeben. Für das letzte dargestellte Jahr wurde der Rohwert dargestellt.

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahre 2009 bis 2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Analysiert man die Daten aus den Tiroler Behandlungseinrichtungen (exklusive Opioidsubstitutionsbehandlung), zeigt sich im Zeitverlauf eine Zunahme bzw. seit 2014 eine Stagnation der Leitdroge Cannabis und eine Abnahme der Leitdroge Opioide (vgl. Abbildung 5.19). Österreichweit ergibt sich hier ein ähnliches Bild, wobei aber der Opioidrückgang auf wesentlich höherem Niveau und der Cannabisanstieg auf niedrigerem Niveau erfolgte. 2019 betrug österreichweit der Anteil von Opioiden als Leitdroge in DOKLI 52 Prozent (Tirol: 29 %) und von Cannabis 30 Prozent (Tirol: 37 %). Auffällig ist auch der in Tirol wesentlich höhere Anteil von Kokain: Tirol 17 %, Österreich 8 %, vgl. Epidemiologiebericht Sucht 2020 (Anzenberger et al. 2020).

Zusammenfassung: Wie in Österreich insgesamt ist es in Tirol gelungen, über die Hälfte der Personen mit Opioidproblematik mit einer Opioidsubstitution zu behandeln. Die Alterung der Personen mit problematischem Drogenkonsum zeigt sich auch in den Tiroler Daten. Beispielsweise zählte 2019 bereits ein Fünftel der Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung zur Gruppe 50+ und etwa die Hälfte zur Gruppe 40+. Auffällig ist der Anstieg von Kokain als Leitdroge in Tirol in den letzten Jahren.

Der risikoreiche Konsum illegaler Drogen im internationalen Vergleich

Österreich liegt mit einer Prävalenz von 600 bis 650 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum pro 100.000 15- bis 64-Jährige im Jahr 2017 EU-weit an vierter Stelle hinter UK, Finnland und

Italien⁹. Innerhalb Österreichs liegt Tirol bei der Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums hinter Wien, Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg an fünfter Stelle (vgl. Abbildung 5.15). Bei der Interpretation der Zahlen ist auch zu berücksichtigen, dass Opiode in Österreich traditionell mit Abstand die wichtigste illegale Droge im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums bilden. In anderen EU-Ländern ist das nicht so (z. B. ist in der Tschechischen Republik Methamphetamin wesentlich wichtiger).

Zusammenfassung: Beim risikoreichen Opioidkonsum liegt Österreich innerhalb der EU an vierter Stelle. Tirol liegt innerhalb Österreichs bei der Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums hinter Wien, Kärnten, Niederösterreich und Vorarlberg an fünfter Stelle.

5.3.3 Infektionskrankheiten

HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) gelten als die drei wesentlichsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei intravenös drogenkonsumierenden Personen. Daten zu Infektionsraten aus Einrichtungen der Suchthilfe liegen für Tirol nicht vor. Österreichweit lagen diese Raten in den Jahren 2018 und 2019 je nach Datenquelle für HIV zwischen null und neun Prozent, für Hepatitis B zwischen null und 25 Prozent und für Hepatitis C zwischen 29 und 87 Prozent (Horvath et al. 2020). Eine valide Beurteilung der Situation ist aufgrund des Fehlens eines einheitlichen Monitorings (z. B. einer repräsentativen Seroprävalenzstudie) nicht möglich. Die nachfolgenden Daten für Tirol stammen aus der österreichischen HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS und Zangerle p. M.).

Zwischen 2009 und 2019 wurden insgesamt 243 Tiroler:innen in die österreichische **HIV**-Kohortenstudie aufgenommen. Bei 56 Prozent davon wird der Ansteckungsweg MSM vermutet, bei 37 Prozent heterosexuelle Handlungen und bei fünf Prozent i. v. Drogenkonsum. Bei zwei Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt, bei 0,4 Prozent fand eine vertikale¹⁰ Übertragung statt. Die prozentuelle Verteilung bezüglich des vermuteten Ansteckungswegs entspricht in Tirol im Wesentlichen jener aller Teilnehmer:innen Österreichs.

Zwischen 1. 1. 2010 und 1. 9. 2020 hatten 106 an der HIV-Kohortenstudie teilnehmende Tiroler:innen mit vermutetem Ansteckungsweg i. v. Drogenkonsum Kontakt mit dem Studienteam. Von ihnen waren 19 Prozent chronisch an **Hepatitis C** erkrankt. 51 Prozent waren durch Medikamente geheilt. Bei 16 Prozent ist die Erkrankung spontan ausgeheilt. Zehn Prozent waren HCV-negativ. Zu vier Prozent fehlten Daten zum Hepatitis-C-Status. Im Unterschied dazu waren bei allen in diesem Zeitraum teilnehmenden Tirolerinnen/Tirolern mit Kontakt zum Studienteam nur vier Prozent

9

<https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2020/pdu>

10

Vertikale Übertragung bezeichnet in diesem Zusammenhang die Übertragung von der Mutter auf das Kind (während der Schwangerschaft, bei oder nach [Stillen] der Geburt).

chronisch an Hepatitis C erkrankt. Elf Prozent waren durch Medikamente geheilt. Bei drei Prozent ist die Erkrankung spontan ausgeheilt. 77 Prozent waren HCV-negativ, und bei fünf Prozent fehlten Daten zum Hepatitis-C-Status.

Von den obengenannten 106 Personen wiesen drei Prozent eine chronische **Hepatitis B** auf. 59 Prozent waren Hepatitis-B-Antikörper-positiv, vier Prozent hatten trotz Impfung keine Antikörper, und 30 Prozent hatten Antikörper, die auf eine Impfung zurückzuführen waren. Ein Prozent hatte weder eine Infektion noch eine Impfung. Bei vier Prozent fehlten Daten zum Hepatitis-B-Status.

Zusammenfassung: HIV, Hepatitis B (HBV) und Hepatitis C (HCV) gelten als die drei wesentlichsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei intravenös drogenkonsumierenden Personen. Daten zu Infektionsraten aus Einrichtungen der Suchthilfe liegen für Tirol nicht vor. Österreichweit lagen diese Raten in den Jahren 2018 und 2019 je nach Datenquelle für HIV zwischen null und neun Prozent, für Hepatitis B zwischen null und 25 Prozent und für Hepatitis C zwischen 29 und 87 Prozent. Daten aus der HIV-Kohortenstudie sprechen für eine hohe Koinfektionsrate in Bezug auf Hepatitis C von Personen mit dem Ansteckungsweg i. v. Drogenkonsum.

5.3.4 Drogenbezogene Todesfälle

Wie bei den Kennzahlen der Drogensituation bereits beschrieben, ist die Rate der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren im Zeitverlauf in Tirol höher als in den anderen Bundesländern. Besonders deutlich zeigt sich dies im Vergleich mit Österreich ohne Wien¹¹ (vgl. Abbildung 5.20). Im Jahr 2019 ist die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle sowohl in Österreich insgesamt (196 Personen) als auch in Tirol (26 Personen) gestiegen (vgl. Abbildung 5.20). Allerdings betreffen diese Todesfälle in erster Linie Personen in einem Alter von über 25 Jahren. Der Anstieg ist daher kein Anzeichen einer Verschärfung der Situation im Sinne von mehr Einsteigerinnen/Einsteigern in den Opioidkonsum. Die Hintergründe liegen vermutlich eher in Langzeitschäden und höherer Vulnerabilität aufgrund eines langjährigen Opioidkonsums.

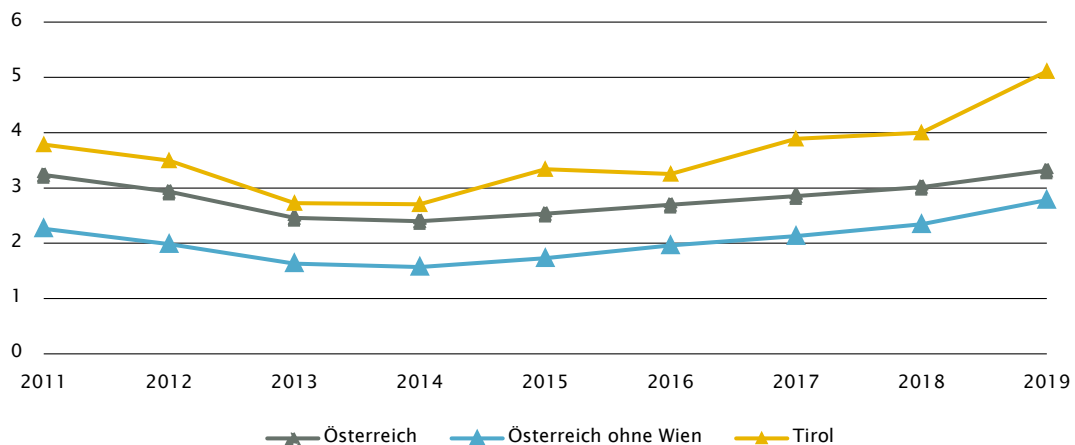
Eine vertiefende Analyse der Entwicklung der Altersstruktur der drogenbezogenen Todesfälle für die drei Zeiträume 2002 bis 2004, 2008 bis 2010 und 2017 bis 2019 ergibt, dass der Anteil der betroffenen Personen über 35 Jahre in Tirol von 29 Prozent über 35 Prozent auf aktuell 52 Prozent gestiegen ist. Für Österreich ohne Wien lauten die entsprechenden Werte 25 Prozent, 26 Prozent und 43 Prozent. Der Trend in Richtung Alterung bei den drogenbezogenen Todesfällen ist demnach in Tirol sogar etwas stärker ausgeprägt als in den anderen Bundesländern (ohne Wien).

11

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

Abbildung 5.20:

Direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren in Tirol und Österreich (ohne Wien), geglätteter Drei-Jahres-Wert, Zeitreihe 2011–2019



Anmerkung: Die geglätteten Raten stellen, um Zufallsschwankungen auszugleichen, den Mittelwert dreier Jahre dar, d. h. 3,8 direkt drogenbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner:innen für 2011 ist der Mittelwert aus den Jahren 2010, 2011 und 2012. Für das aktuellste Jahr wird der Rohwert dargestellt.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; ST.AT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zusammenfassung: Die Rate der drogenbezogenen Todesfälle pro 100.000 Personen im Alter von 15 bis 64 Jahren ist in Tirol höher als in den anderen Bundesländern mit Ausnahme Wiens. Im Jahr 2019 stieg die Zahl der drogenbezogenen Todesfälle in Österreich. Allerdings betrafen diese Todesfälle in erster Linie Personen in einem Alter von über 25 Jahren. Der Anstieg ist daher kein Anzeichen einer Verschärfung der Situation im Sinne von mehr Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioidkonsum. Die Hintergründe liegen vermutlich eher in Langzeitschäden und höherer Vulnerabilität aufgrund eines langjährigen Opioidkonsums.

5.3.5 Anzeigen, Alternativen zur Bestrafung

Aus Anzeigen in Zusammenhang mit Suchtgiften können keine direkten Rückschlüsse auf (einen problematischen) Drogenkonsum gezogen werden. Die Zahl der Anzeigen spiegelt unter anderem auch die Polizeiaktivität (im öffentlichen Raum) wider, und gesetzliche Änderungen können zum Anstieg bzw. zur Reduktion von Anzeigen führen (z. B. Einführung des Straftatbestands „Drogenhandel im öffentlichen Raum“ mit 1. Juni 2016).

Eine Analyse der Anzeigen ist jedoch als ergänzende Informationsquelle sinnvoll, weil sich daraus beispielsweise Entwicklungen des Drogenmarktes ableiten lassen. Österreichweit hat sich die Zahl der Anzeigen von 2009 bis 2019 in etwa verdoppelt, wobei dies in erster Linie auf Anzeigen wegen Cannabis zurückzuführen ist. In Tirol ist dieser Anstieg mit 67 Prozent nicht so stark ausgeprägt.

Stärker als in Österreich ist in Tirol hingegen die Anzahl der Anzeigen wegen Kokain gestiegen (Tirol: Steigerung von 2009 bis 2019 um 68 Prozent, Österreich: Steigerung um 44 Prozent).

Tabelle 5.7:

Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel in Tirol und Österreich, Zeitreihe 2009 bis 2019

Suchtgift/Suchtmittel	2009	2011	2013	2015	2017	2019
Cannabis	2.641	3.063	4.034	3.784	3.570	3.375
Heroin und Opiate	125	71	36	18	40	56
Kokain und Crack	383	325	340	336	469	642
Amphetamin ¹	72	195	183	218	205	244
Methamphetamin ¹	n. v.	n. v.	75	66	38	97
LSD	38	30	17	23	25	45
Ecstasy	65	44	78	105	152	140
Mephedron	169	116	13	1	1	2
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	31	113	82	57	61	49
sonstige Suchtgifte*	7	30	27	32	46	66
psychotrope Substanzen	118	6	10	4	4	8
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	n. v.	91	60	49	60	32
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	3	0	0
Gesamtzahl Tirol** (inkl. NPS und psychotroper Stoffe)	2.555	3.175	4.022	3.974	3.955	4.271
Gesamtzahl Österreich** (inkl. NPS und psychotroper Stoffe)	21.801	25.892	28.345	32.937	42.699	43.728
Anteil Tirol an Österreich (in %)	21.801	25.892	28.345	32.937	42.699	43.728

¹ Methamphetamin wurde erst ab 2013 getrennt angegeben, bis dahin wurde es unter Amphetamin subsumiert.

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

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

n. v. = nicht verfügbar

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Bei der Interpretation der Daten in Hinblick auf Alternativen zur Bestrafung ist zu berücksichtigen, dass sie sich, genauso wie die Anzeigendaten, auf Straftaten beziehen, die in Tirol begangen wurden. Es sind daher Tiroler:innen, die in anderen Bundesländern straffällig wurden, nicht inkludiert, dafür aber Straftaten von Nichttirolerinnen/-tirolern in Tirol. Auch können sich Alternativen zur Bestrafung auf Straftaten der Vorjahre beziehen. Dennoch kann das Verhältnis zwischen Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung grobe Hinweise auf den Umgang mit Straftaten nach dem SMG liefern. Es zeigt sich, dass im Jahr 2019 österreichweit 0,65 Alternativen zur Bestrafung auf eine Anzeige kamen, in Tirol 0,68.

Tabelle 5.8:

Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung in Österreich nach Bundesländern 2019

	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Ö
Anzeigen SMG	996	2.859	5.190	7.275	2.790	5.045	4.271	2.089	13.213	43.728
§ 35 SMG ¹	701	2.076	2.907	4.451	2.023	2.760	2.781	1.441	7.253	26.393
§ 37 SMG ²	12	70	268	443	58	158	95	48	346	1.498
§ 39 SMG ³	8	59	37	40	7	29	23	22	333	558
Verhältnis ⁴	0,72	0,77	0,62	0,68	0,75	0,58	0,68	0,72	0,60	0,65

¹ vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft² vorläufige Einstellung durch das Gericht³ Aufschub des Strafvollzugs⁴ Verhältnis Anzahl der Alternativen zur Bestrafung zu Anzahl der Anzeigen

Quelle: BMI/BK, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Zusammenfassung: Der Großteil der Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz ist in Österreich und Tirol auf Cannabisanzeigen zurückzuführen. Österreichweit ist zwischen 2009 und 2019 ein kontinuierlicher Anstieg suchtgiftbezogener Anzeigen zu beobachten, der in Tirol etwas schwächer ausgeprägt ist. Die Anzahl der Anzeigen wegen Kokain ist in Tirol allerdings stärker gestiegen als in Österreich. Auf 100 Anzeigen nach dem SMG kommen in Tirol 68 Alternativen zur Bestrafung.

5.4 Medikamente/Psychopharmaka

Auf einen Blick

Schlaf- und Beruhigungsmedikamente nehmen aus zwei Gründen eine Sonderstellung im Konsum psychoaktiver Substanzen ein: Erstens werden sie im Gegensatz zu allen anderen psychoaktiven Substanzen etwas **häufiger von Frauen als von Männern** eingenommen. Zweitens **steigt die Konsumerfahrung mit dem Alter** kontinuierlich an, während bei Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen erste Konsumerfahrungen nahezu ausschließlich in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter gemacht werden.

24 Prozent der Tirolerinnen und 17 Prozent der Tiroler im Alter 15+ haben **schon mindestens einmal in ihrem Leben** verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen. **Aktuell** nehmen sieben Prozent der Tirolerinnen und vier Prozent der Tiroler viermal pro Woche oder häufiger solche Medikamente ein. Die Einnahme erfolgt zum weitaus größten Teil aufgrund **ärztlicher Verschreibung** und nimmt mit dem Alter zu. So haben 15 Prozent der Altersgruppe 65+ im letzten Monat ein solches Medikament eingenommen. 14 Prozent der **Schüler:innen der neunten und zehnten Schulstufe** haben schon einmal Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen. Die Frage, ob sie schon einmal Schmerzmedikamente eingenommen hätten, um high zu werden, bejahen fünf Prozent der Schüler:innen.

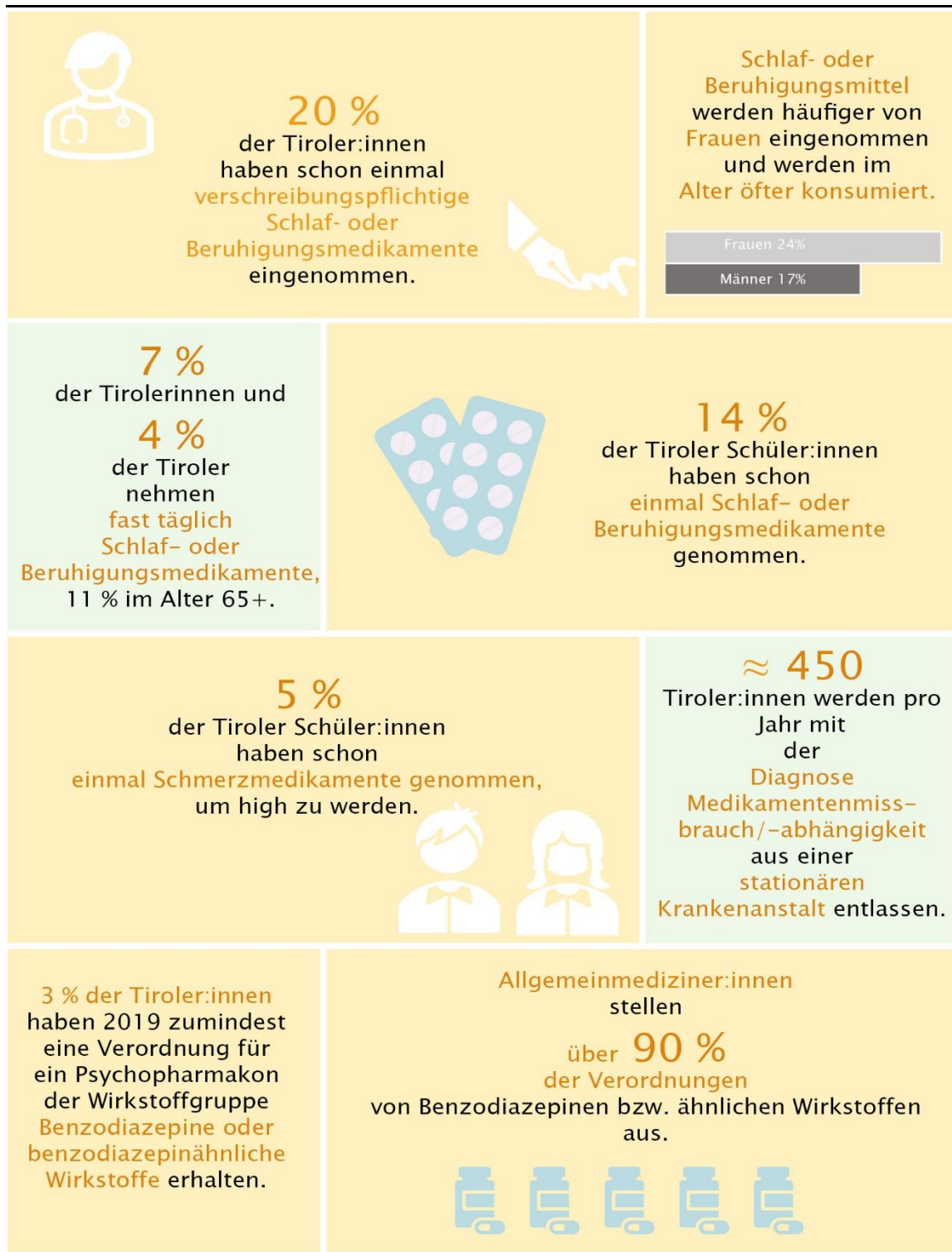
3,5 Prozent der Tirolerinnen und 2,1 Prozent der Tiroler im Alter 15+ haben 2019 zumindest einmal ein Medikament aus den **Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate), N05CD (Benzodiazepin-Derivate) und N05CF (benzodiazepinähnliche Wirkstoffe) verschrieben** bekommen. Seit 2013 lassen sich hier wenige Veränderungen beobachten. **Allgemeinmediziner:innen** im niedergelassenen Bereich stellten über 90 Prozent dieser Verordnungen aus und spielen damit eine zentrale Rolle in der Psychopharmakotherapie.

Etwa 450 Tiroler:innen (rund 0,09 % der Bevölkerung) werden pro Jahr mit einer **Diagnose Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit** aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. 2019 waren 54 Prozent der solcherart Diagnostizierten Frauen und 46 Prozent Männer.

Die wenigen **Anzeigen wegen Medikamenten**, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte enthalten sind über die Jahre sowohl in Tirol als auch in Gesamtösterreich zurückgegangen. Ob dies bedeutet, dass der Schwarzmarkt in diesem Bereich schrumpft, ist fraglich, weil die Anzeigenstatistik immer auch Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegelt.

Quellenangaben für die referierten Zahlen finden sich im nachfolgenden Kapitel.

Abbildung 5.21:
Medikamente/Psychopharmaka auf einen Blick – Infografik



GÖG-eigene Darstellung

Medikamentenabhängigkeit wird oft als die „verborgene Sucht“ bezeichnet – unter anderem auch deswegen, weil es wenige Daten dazu gibt. In diesem Kapitel wird zunächst auf Basis von Bevölkerungsbefragungen und Schülerbefragungen sowie ärztlichen Verordnungsdaten die Einnahme verschreibungspflichtiger Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente in Tirol analysiert. In weiterer Folge werden die rudimentär vorhandenen Behandlungsdaten von Tirolerinnen/Tirolern in Bezug auf Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit analysiert und die polizeilichen Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz betreffend psychoaktive Medikamente im zeitlichen Verlauf dargestellt und interpretiert. Eine umfassende Beschreibung von Medikamentenabhängigkeit ist mit diesen Daten nicht möglich und kann hier nur ansatzweise erfolgen.

5.4.1 Einnahme von Psychopharmaka in der Tiroler Allgemeinbevölkerung

Schlaf- und Beruhigungsmedikamente nehmen aus zwei Gründen eine Sonderstellung im Konsum psychoaktiver Substanzen ein: Erstens werden sie im Gegensatz zu allen anderen psychoaktiven Substanzen etwas häufiger von Frauen als von Männern eingenommen. Zweitens steigt die Konsumerfahrung mit zunehmendem Alter kontinuierlich an, während bei Alkohol, Nikotin und illegalen Drogen erste Konsumerfahrungen nahezu ausschließlich in der Jugend und im jungen Erwachsenenalter gemacht werden.

Einnahme von Schlaf- und Beruhigungsmedikamenten laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen¹²

Laut ESPAD-Daten 2019 (Hojni et al. 2019) für Tirol haben 14 Prozent der Tiroler Schüler:innen der neunten und zehnten Schulstufe bereits einmal verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen. Etwas weniger als die Hälfte davon (6 % aller Schüler:innen) hat solche Medikamente auch schon einmal ohne ärztliche Verschreibung eingenommen. Eine Einnahme ohne ärztliche Verschreibung muss nicht unbedingt auf einen Missbrauch hindeuten – sehr wohl aber die Frage nach der Einnahme von Schmerzmedikamenten, um high zu werden. Diese Frage bejahen fünf Prozent der Tiroler Schüler:innen. Geschlechtsunterschiede lassen sich bei der Beantwortung all dieser Fragen kaum feststellen. Die ermittelten Zahlen entsprechen in etwa jenen für Gesamtösterreich (Hojni et al. 2019). Im Vergleich zur ESPAD-Erhebung 2015 (Strizek et al. 2016) sind sie minimal gestiegen. Damals hatten z. B. nur elf Prozent der befragten Tiroler Schüler:innen bereits einmal verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen.

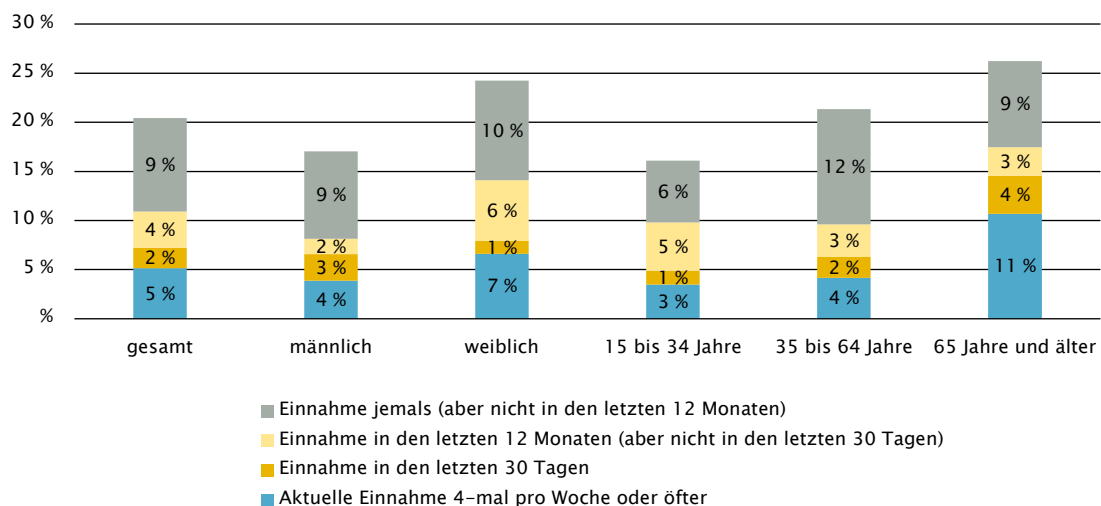
12

Selbstauskünfte zum Gebrauch oder Missbrauch von Psychopharmaka sind immer mit Vorsicht zu interpretieren, da erfahrungsgemäß vielen Personen eine klare Abgrenzung zwischen Psychopharmaka und „Hausmitteln“ (z. B. Baldriantropfen) schwerfällt.

Laut den Daten der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 (Strizek et al. 2020) berichten 20 Prozent der Tiroler:innen im Alter 15+, dass sie schon mindestens einmal in ihrem Leben verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen hätten. Frauen berichten häufiger als Männer von deren Einnahme (24 % der Frauen und 17 % der Männer). Mit viermal pro Woche oder mehr geben insgesamt fünf Prozent eine sehr häufige Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmedikamenten an (Frauen: 7 %, Männer: 4 %).

Der Anteil der Personen, die von einer Einnahme berichten, steigt mit zunehmendem Alter kontinuierlich an. In der Gruppe der Personen im Alter von 65 Jahren oder älter berichten elf Prozent von einer aktuellen Einnahme viermal pro Woche oder öfter und weitere vier Prozent von einer Einnahme in den letzten 30 Tagen (vgl. Abbildung 5.22).

Abbildung 5.22:
Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmedikamenten in der Tiroler Allgemeinbevölkerung



Quelle: Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2020, Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Etwa neun von zehn Personen im Alter 15+, die Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente innerhalb der letzten zwölf Monate eingenommen haben, erhielten diese mittels einer ärztlichen Verschreibung. Andere Bezugsquellen sind Familienmitglieder oder Freundinnen/Freunde/Bekannte. Die ermittelten Tiroler Zahlen entsprechen in etwa jenen für Gesamtösterreich (Strizek et al. 2020).

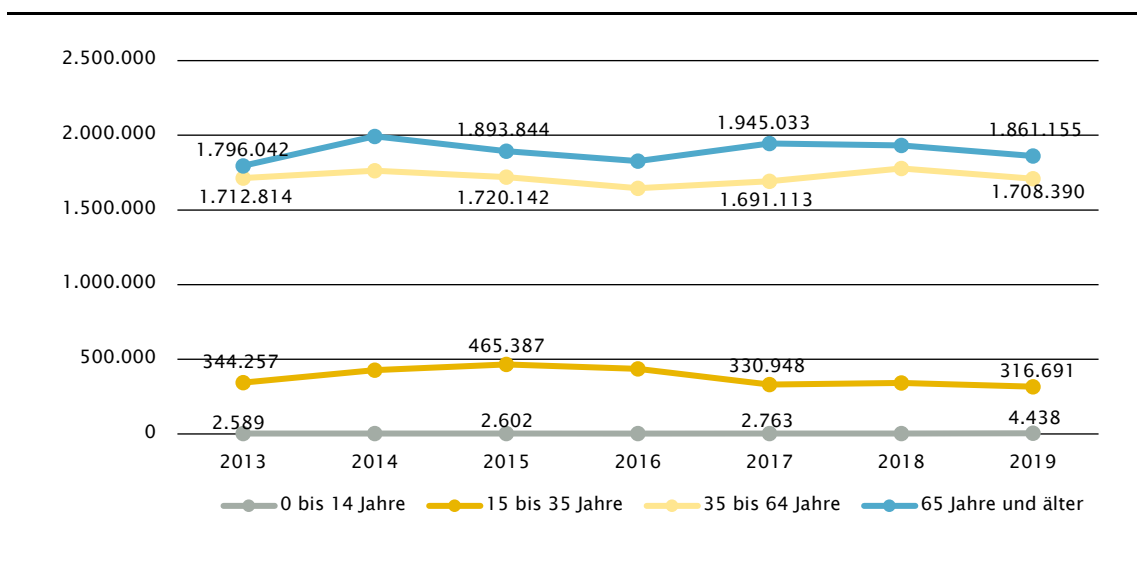
Zusammenfassung: 24 % der Tirolerinnen und 17 % der Tiroler im Alter 15+ haben schon mindestens einmal in ihrem Leben verschreibungspflichtige Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen. Aktuell nehmen sieben Prozent der Tirolerinnen und vier Prozent der Tiroler viermal pro Woche oder häufiger solche Medikamente ein. Die Einnahme erfolgt zum weitaus größten Teil aufgrund ärztlicher Verschreibung und nimmt mit dem Alter zu. So haben 15 Prozent der Altersgruppe 65+ im letzten Monat ein solches Medikament eingenommen (davon elf Prozent viermal in der Woche oder öfter). 14 Prozent der Schüler:innen der neunten und zehnten Schulstufe haben schon einmal Schlaf- oder Beruhigungsmedikamente eingenommen. Die Frage, ob sie schon einmal Schmerzmedikamente genommen hätten, um high zu werden, bejahen fünf Prozent der Schüler:innen.

Verordnungszahlen von Psychopharmaka

Die nachstehend analysierten Verordnungen für ausgewählte Psychopharmaka wurden von der Tiroler Landesstelle der ÖGK bereitgestellt und betreffen die ATC-Gruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate), N05CD (Benzodiazepin-Derivate) und N05CF (benzodiazepinähnliche Wirkstoffe). Die Angaben zu den Verordnungen beziehen sich auf alle in Tirol wohnhaften krankenversicherten Personen (unabhängig vom leistungszuständigen SV-Träger)¹³.

Abbildung 5.23:

DDD (defined daily doses) gesamt für die ATC-Gruppen N05BA, N05CD und N05CF nach Alter



Quelle: Tiroler Landesstelle der ÖGK, Sonderauswertung; Darstellung: GÖG

¹³

Bei der Interpretation der Verordnungsdaten ist zu berücksichtigen, dass Medikamente, deren Kassenverkaufspreis unter der Rezeptgebühr liegt, nicht enthalten sind. Eine Ausnahme stellen Versicherte mit Rezeptgebührenbefreiung dar – hier werden auch Medikamente unter der Rezeptgebühr von der Apotheke mit der ÖGK verrechnet. Damit liegt eine Datenmeldung vor.

In „defined daily doses“ (DDD) gemessen, zeigte sich 2019 im Vergleich zu den Vorjahren in allen Altersgruppen wenig Veränderung der abgerechneten DDD pro Kopf und Jahr in den ATC-Gruppen N05BA, N05CD und auch N05CF (in dieser Gruppe sind benzodiazepinähnliche Wirkstoffe enthalten; vgl. Abbildung 4.3)¹⁴.

Medikamente mit den analysierten Wirkstoffgruppen werden zum größten Teil von Ärztinnen und Ärzten der Allgemeinmedizin verschrieben (über 90 %). An zweiter und dritter Stelle stehen andere Facharztgruppen und Fachärztinnen/-ärzte für Psychiatrie und Neurologie (jeweils etwa 4 %). Allgemeinmediziner:innen im niedergelassenen Bereich stellen demnach eine zentrale Gruppe für die Psychopharmakotherapie dar. Eine Aussage darüber, ob Allgemeinmediziner:innen auch die meisten Erstverordnungen ausstellen oder vorwiegend Folgeverordnungen vornehmen, ist allerdings nicht möglich.

Im Zeitraum von 2013 bis 2019 kam es bei den drei betrachteten Wirkstoffgruppen kaum zu Veränderungen beim Anteil jener Tiroler:innen, die zumindest eine Verordnung pro Jahr erhielten. Im Jahr 2019 lag dieser Anteil bei etwa drei Prozent der Tiroler Bevölkerung. Grundsätzlich erhalten – ein international bekanntes Phänomen – mehr Frauen als Männer Verordnungen aus den untersuchten Wirkstoffgruppen (2019: 3,5 % der Tirolerinnen, 2,1 % der Tiroler)

Die Zahl der Personen mit mindestens einer Verordnung für das angstlösende Schlaf- oder Beruhigungsmedikament *Flunitrazepam* hat sich von 2013 bis 2019 um mehr als zwei Drittel reduziert. (2013: 0,19 %; 2019: 0,06 %). Eine mögliche Erklärung dafür ist die *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* (BMG 2012) sowie die nunmehr notwendige Verordnung mittels Suchtgiftrezepts. Der starke Rückgang spiegelt die diesbezügliche Entwicklung in ganz Österreich wider (Horvath et al. 2020).

Zusammenfassung: 3,5 % der Tirolerinnen und 2,1 % der Tiroler haben 2019 zumindest einmal ein Medikament aus den Wirkstoffgruppen N05BA (Benzodiazepin-Derivate), N05CD (Benzodiazepin-Derivate) und N05CF (benzodiazepinähnliche Wirkstoffe) verschrieben bekommen. Seit 2013 lassen sich hier wenige Veränderungen beobachten. Allgemeinmediziner:innen im niedergelassenen Bereich stellen über 90 Prozent der Verordnungen aus und spielen damit eine zentrale Rolle in der Psychopharmakotherapie.

14

In diesem Zusammenhang ist jedoch zu beachten, dass Unterschiede in Packungsgrößen oder mehr langfristige Verschreibungen die Anzahl der insgesamt verordneten DDD aus allen analysierten Wirkstoffgruppen beeinflussen.

5.4.2 Daten zur Behandlung von Personen mit Medikamentenabhängigkeit

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2009 und 2019 jährlich etwa 410 bis 530 Tiroler:innen im Alter 15+ aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose *Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit* entlassen. Diese Diagnose wird zu etwa 18 Prozent als Hauptdiagnose gestellt. 2019 waren 54 Prozent der so Diagnostizierten Frauen und 46 Prozent Männer.

Mit der Diagnose *Vergiftung durch Medikamentenmissbrauch* wurden zwischen 2009 und 2019 jährlich an die 25 bis 50 Tiroler:innen im Alter 15+ aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. Diese Diagnose wird wesentlich häufiger bei Frauen als bei Männern gestellt, zu 25 bis 50 Prozent als Hauptdiagnose.

Tabelle 5.9:

Diagnosecluster Medikamente (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen/Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl pro 10.000 Tiroler:innen 15+
Medikamentenmissbrauch/Abhängigkeit	2009	430	53:47	21,4 %	9
F 13.1 Schädlicher Gebrauch von Sedativa und Hypnotika	2011	420	49:51	14,5 %	9
F 13.2 Abhängigkeitssyndrom bei Sedativa und Hypnotika	2013	529	51:49	16,3 %	11
	**2015	**409	54:46	16,4 %	8
F 13.3 Entzugssyndrom bei Sedativa und Hypnotika	2017	413	53:47	18,6 %	8
F 13.4 Entzugssyndrom mit Delir bei Sedativa und Hypnotika	2019	420	54:46	16,0 %	8
Vergiftungen durch Medikamentenmissbrauch	2009	26	81:19	46,2 %	1
F 13.0 Akute Intoxikation durch Sedativa und Hypnotika	2011	34	53:47	44,1 %	1
	2013	41	54:46	39,0 %	1
	**2015	27	67:33	48,1 %	1
	2017	37	54:46	51,4 %	1
	2019	49	73:27	49,0 %	1
Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	2009	19	42:58	15,8 %	0,4
	2011	25	76:24	4,0 %	0,5
	2013	20	65:35	5,0 %	0,4
F 55 Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen	**2015	16	75:25	6,3 %	0,3
	2017	22	73:27	4,5 %	0,4
	2019	17	47:53	11,8 %	0,3

* Patientinnen/Patienten mit Hauptwohnsitz in Tirol, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2009 bis 2019 entlassen wurden

** Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen eines Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2009–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Diagnose Missbrauch nichtabhängigkeitserzeugender Substanzen erhalten jährlich zwischen elf und 25 Tiroler:innen im Alter 15+ bei der Entlassung aus einer stationären Krankenanstalt. Alle referierten Daten entsprechen in etwa dem diesbezüglichen Österreichschnitt.

Zusammenfassung: Etwa 450 Tiroler:innen (rund 0,09 % der Bevölkerung im Alter 15+) werden pro Jahr mit einer Diagnose *Medikamentenmissbrauch/-abhängigkeit* aus einer stationären Krankenanstalt entlassen. 2019 waren 54 Prozent der solchermaßen Diagnostizierten Frauen und 46 Prozent Männer.

5.4.3 Anzeigenstatistik

Insgesamt gibt es in Österreich im Vergleich zu den Anzeigen im Bereich illegale Drogen nur wenige Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente (inklusive Substitutionsmitteln) und Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Zudem sind diese Anzeigen – gegen den Trend bei illegalen Drogen – über die Jahre zurückgegangen. Diese Entwicklungen zeigen sich im Wesentlichen auch in der Anzeigenstatistik von Tirol (vgl. Tabelle 5.10). Ob dies bedeutet, dass der Schwarzmarkt in diesem Bereich schrumpft, ist fraglich, weil die Anzeigenstatistik immer auch Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegelt.

Tabelle 5.10:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel in Tirol 2009–2019

Medikamententyp	2009	2011	2013	2015	2017	2019
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	169	113	82	57	61	49
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	118	91	60	49	60	32

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Zusammenfassung: Die wenigen Anzeigen wegen Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte enthalten, sind über die Jahre sowohl in Tirol als auch in Gesamtösterreich zurückgegangen. Ob dies bedeutet, dass der Schwarzmarkt in diesem Bereich schrumpft, ist fraglich, da die Anzeigenstatistik immer auch Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegelt.

5.5 Glücksspiel und Sportwetten

Auf einen Blick

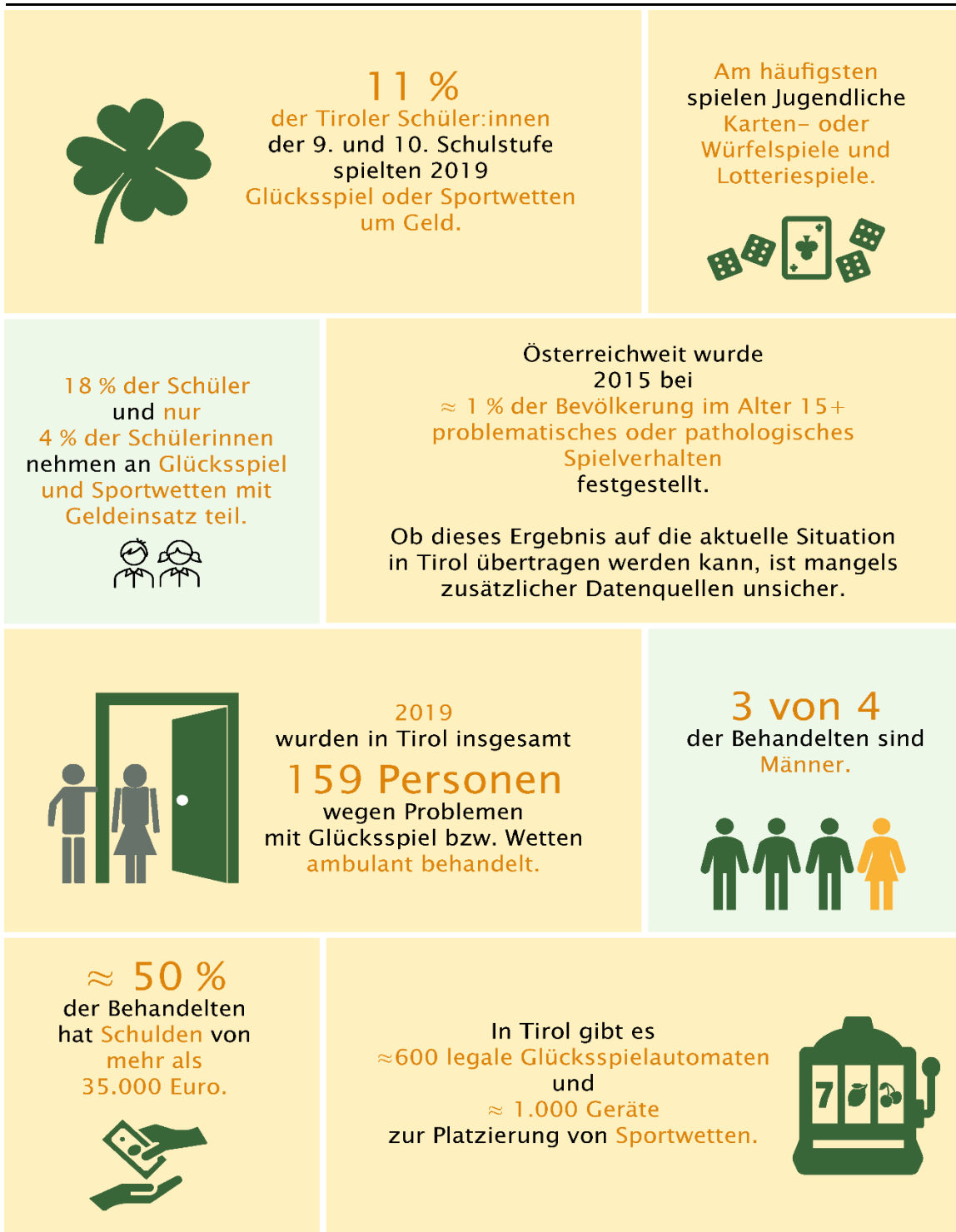
Elf Prozent der Tiroler Jugendlichen nehmen zumindest einmal im Jahr an Glücksspielen oder Sportwetten teil, bei denen um Geld gewettet wird. Drei Prozent (fast ausschließlich männliche Jugendliche) tun dies mehrmals monatlich. Buben nehmen deutlich häufiger an Glücksspielen teil als Mädchen. Die Werte der Jugendlichen aus Tirol liegen dabei leicht über dem österreichischen Durchschnitt. Österreichweit wurde 2015 bei etwa einem Prozent der Bevölkerung im Alter 15+ problematisches oder pathologisches Spielverhalten festgestellt. Ob dieses Ergebnis auf die aktuelle Situation in Tirol übertragen werden kann, ist mangels zusätzlicher Datenquellen unsicher.

Die wenigen und unvollständigen Daten aus dem Behandlungsbereich weisen im Einklang mit den Daten zur Häufigkeit des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels darauf hin, dass sich wesentlich mehr Männer als Frauen mit der Diagnose Glücksspielsucht in Behandlung begeben. Etwa die Hälfte aller Betroffenen hat Schulden von mehr als 35.000 Euro.

In Tirol gibt es etwa 600 legale Glücksspielautomaten und 1.009 Geräte zur Platzierung von Sportwetten. Durch Kontrollen dürfte es gelungen sein, die im Jahr 2017 noch auf 400 bis 500 Exemplare geschätzte Anzahl illegaler Glücksspielautomaten zu reduzieren.

Quellenangaben für die referierten Zahlen finden sich im nachfolgenden Kapitel.

Abbildung 5.24:
Glücksspiel und Sportwetten auf einen Blick – Infografik



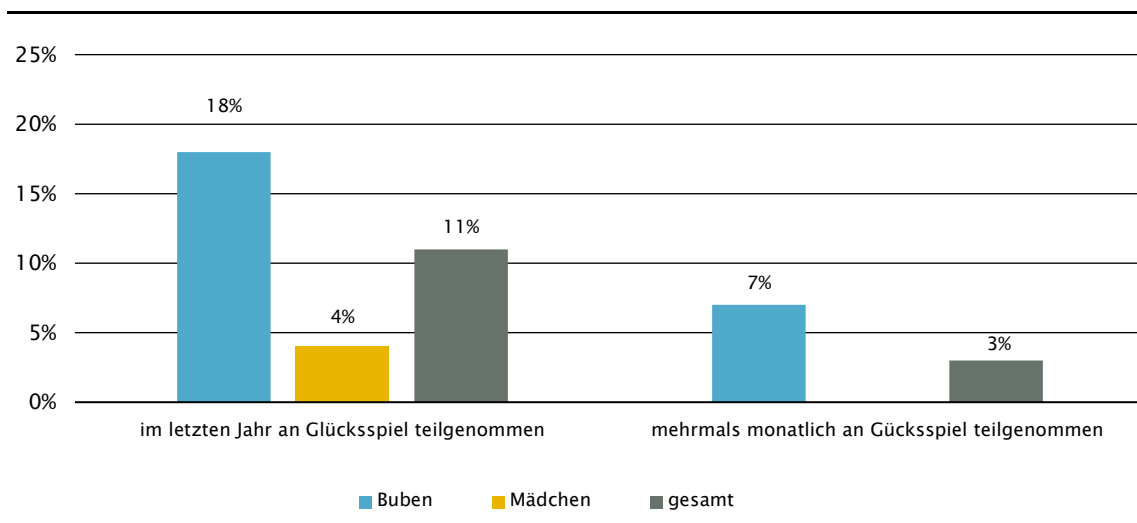
GÖG-eigene Darstellung

Gegenwärtig existieren in Tirol (wie auch in Gesamtösterreich) nur wenige Datenquellen zur Beschreibung der Situation hinsichtlich Glücksspiel und Glücksspielsucht. Lediglich Daten aus Bevölkerungs- und Schülerbefragungen sowie rudimentäre Daten aus dem Behandlungsbereich liegen vor. Eine befriedigende Einschätzung der Situation ist daher nicht möglich. Für ein funktionierendes Monitoringsystem wären z. B. auch Prävalenzschätzungen des pathologischen Glücksspiels, umfassende Behandlungsdaten oder auch Daten zu glücksspielbezogenen Schulden, Straftaten und Suiziden und zu Spielersperren notwendig. In den nun folgenden Kapiteln werden zunächst die verfügbaren und publizierten Ergebnisse aus Befragungen und im Anschluss die wenigen vorhandenen Daten aus dem Behandlungsbereich dargestellt. Das abschließende Kapitel widmet sich dem Glücksspielangebot in Tirol.

5.5.1 Prävalenz der Teilnahme an Glücksspiel in der (Tiroler) Allgemeinbevölkerung

Teilnahme an Glücksspiel und Sportwetten laut Schüler- und Bevölkerungsbefragungen

Abbildung 5.25:
Glücksspiel mit Geldeinsatz unter Schülerinnen und Schülern in Tirol 2019



Quelle: ESPAD 2019 – Sonderauswertung für Tirol; Darstellung: GÖG

Laut ESPAD-Erhebung (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) aus dem Jahr 2019 (Hojni et al. 2019) nahmen elf Prozent der Tiroler Schüler:innen der neunten und zehnten Schulstufe (14- bis 17-Jährige) im letzten Jahr an Glücksspiel oder Sportwetten mit Geldeinsatz teil (18 % der Buben, 4 % der Mädchen). Drei Prozent der Jugendlichen berichten, dass sie mehrmals monatlich an Glücksspiel oder Sportwetten mit Geldeinsatz teilnahmen (7 % der Buben, 0 % der Mädchen). Wird nach der Art des Glücksspiels unterschieden, so werden am häufigsten Karten- oder Würfelspiele und Lotteriespiele genannt. Im letzten Jahr haben diese Spiele jeweils fünf Prozent der Befragten gespielt. Glücksspielautomaten, denen ein besonders hohes Suchtpotenzial

nachgesagt wird, werden hingegen deutlich seltener genannt. Im letzten Jahr haben zwei Prozent der Jugendlichen an Glücksspielautomaten gespielt.

Im Vergleich zur ESPAD-Erhebung aus dem Jahr 2015 gab es bei den Tiroler Jugendlichen bei der Jahresprävalenz sowohl bei den Buben (2015: 13 %) als auch den Mädchen (2015: 3 %) einen leichten Anstieg. In Relation zu den österreichweiten Ergebnissen 2019 (Jahresprävalenz: 6 %, „mehrmals monatlich“: 2 %) fallen die Ergebnisse für Tirol etwas höher, in Relation zum Durchschnitt der an ESPAD teilnehmenden Länder (Jahresprävalenz: 14 %; „mehrmals monatlich“: 5,5 %) niedriger aus.

Aktuelle publizierte Daten zum Thema Glücksspiel aus Bevölkerungsbefragungen liegen nicht vor. Eine österreichweite repräsentative Befragung aus dem Jahr 2015 zeigt, dass 41 % der österreichischen Bevölkerung (14–65 Jahre) im letzten Jahr und 27 % innerhalb des letzten Monats zumindest einmal Glücksspiel um Geld gespielt haben, wobei Lotto das beliebteste Glücksspiel darstellt (Kalke/Wurst 2015). Außerdem kommen die Autoren zu dem Schluss, dass 1,1 Prozent der erwachsenen Bevölkerung ein problematisches oder pathologisches Spielverhalten aufweisen. Männer mit einem Anteil von 1,6 % sind dreimal so oft betroffen wie Frauen mit 0,5 % (Kalke/Wurst 2015). Ob diese österreichweiten Daten auch auf Tirol umgelegt werden können, kann derzeit nicht gesagt werden. Insbesondere was die Anzahl der Personen mit problematischem oder pathologischem Spielverhalten betrifft, bedürfte es zur Beurteilung der Situation einer Zusammenschau unterschiedlicher Datenquellen wie z. B. vollständiger Daten aus dem Behandlungsbereich, Daten zu Spielsperren etc.

Zusammenfassung: Elf Prozent der Tiroler Jugendlichen nehmen zumindest einmal im Jahr an Glücksspielen oder Sportwetten teil, bei denen um Geld gewettet wird. Drei Prozent (fast ausschließlich männliche Jugendliche) tun dies mehrmals monatlich. Buben nehmen deutlich häufiger an Glücksspielen teil als Mädchen. Die Werte der Jugendlichen aus Tirol liegen dabei leicht über dem österreichischen Durchschnitt. Österreichweit wurde 2015 bei etwa einem Prozent der Bevölkerung im Alter 15+ problematisches oder pathologisches Spielverhalten festgestellt. Ob dieses Ergebnis auf die aktuelle Situation in Tirol übertragen werden kann, ist mangels zusätzlicher Datenquellen unsicher.

5.5.2 Daten zur Behandlung und zu Personen in Behandlung (Morbidität)

Laut Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten wurden zwischen 2009 und 2019 jährlich zwischen 19 und 31 Tiroler:innen (rund 0,5 Personen je 10.000 Einwohner:innen im Alter 15+) aus einer stationären Krankenanstalt mit der Diagnose pathologisches Spielen entlassen. Etwa 86 Prozent davon sind Männer. Die Diagnose wird je nach Jahr zwischen 13 und 46 Prozent der davon Betroffenen als Hauptdiagnose gestellt.

Tabelle 5.11:

Diagnosecluster pathologisches Spielen (Haupt- und/oder Nebendiagnose): Tiroler:innen* in stationärer Behandlung 2009–2019

ICD-10-Kodierung	Jahr	Anzahl Patientinnen/Patienten			
		gesamt	Verhältnis w:m	Anteil Hauptdiagnose	Anzahl pro 10.000 Tiroler:innen 15+
Pathologisches Spielen F 63.0 Pathologisches Spielen	2009	21	29:71	45,5 %	0,4
	2011	30	10:90	12,9 %	0,6
	2013	31	16:84	28,1 %	0,6
	2015	23	13:87	43,5 %	0,5
	2017	19	16:84	15,8 %	0,4
	2019	19	16:84	26,3 %	0,4

* Patientinnen/Patienten mit Hauptwohnsitz in Tirol, die aus einer stationären Behandlung in einer österreichischen Krankenanstalt in den Jahren 2009 bis 2019 entlassen wurden

** Die Vergleichbarkeit mit Vorjahren ist wegen eines Zeitreihenbruchs im Jahr 2015 nur eingeschränkt möglich.

Quelle: Statistik Austria; BMSGPK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten 2009–2019; Berechnung und Darstellung: GÖG

In Hinblick auf die Häufigkeit, mit der die Diagnose pathologisches Spielen gestellt wird, liegen die Tiroler:innen mit rund 0,5 Personen je 10.000 Einwohner:innen im Alter 15+ pro Jahr unter dem österreichischen Durchschnitt von 0,7.

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 159 Personen wegen Problemen mit Glücksspiel bzw. Wetten ambulant behandelt, von denen circa zwei Drittel Männer waren. Ein Viertel der Klientel hat Spiel- bzw. Wettschulden von mehr als 35.000 Euro, ein weiteres Viertel hat mehr als 50.000 Euro Schulden (Tirol 2020). Für jene 27 Behandlungen, die vom Land Tirol oder von der Krankenkasse finanziert wurden, erlauben die Daten Aussagen zu Geschlecht und Alter. 20 Tiroler und sieben Tirolerinnen nahmen eine ambulante Behandlung wegen Spielsucht im Einzel- oder Gruppensetting in Anspruch. Auch hier sind drei Viertel Männer. Das Durchschnittsalter beträgt 38,5 Jahre, wobei hier Frauen mit einem durchschnittlichen Alter von 45,1 Jahren deutlich älter als Männer mit einem Durchschnittsalter von 36,2 Jahren sind.

Zusammenfassung: Die wenigen und unvollständigen Daten aus dem Behandlungsbereich weisen im Einklang mit den Daten zur Häufigkeit des problematischen bzw. pathologischen Glücksspiels darauf hin, dass sich wesentlich mehr Männer als Frauen mit der Diagnose Glücksspielsucht in Behandlung begeben. Etwa die Hälfte aller Betroffenen hat Schulden von mehr als 35.000 Euro.

5.5.3 Glücksspiel- und Wettangebote in Tirol

In Tirol gibt es ein breites Angebot an Glücksspiel und Wetten. Dieses umfasst Glücksspiel in Spielbanken mit Spielen wie z. B. Roulette, Poker und anderen Kartenspielen, Lotteriespiele (neben Lotto oder Euromillionen zählen dazu auch Brief- oder Rubbellose), Automatenglücksspiel und (Sport-)Wetten. Die Teilnahme an Glücksspiel und Wetten ist vor Ort wie z. B. in Kasinos, Salons

oder Wettlokalen möglich sowie online, wobei es in Österreich nur einen lizenzierten Anbieter dafür gibt. Das sogenannte kleine Glücksspiel (Automaten) mit Landeslizenzen ist in Tirol zwar verboten, allerdings sind mit Bundeslizenz etwa 600 Glücksspielautomaten aufgestellt. Zusätzlich wurden für das Jahr 2017 etwa 400 bis 500 illegal aufgestellte Glücksspielautomaten geschätzt. Diese Zahl dürfte sich durch polizeiliche Kontrollen (Mai bis Dezember 2019 erfolgten z. B. 448 solcher Kontrollen) reduziert haben (Tirol 2020).

Tirolweit hatten 2019 19 Anbieter von Sportwetten 626 Wettterminals und 383 Eingabegeräte an 792 Standorten im Einsatz (Tirol 2020).

Zusammenfassung: In Tirol gibt es etwa 600 legale Glücksspielautomaten und 1.009 Geräte zur Platzierung von Sportwetten. Durch Kontrollen ist es gelungen, die im Jahr 2017 noch auf 400 bis 500 Exemplare geschätzte Anzahl illegaler Glücksspielautomaten stark zu reduzieren.

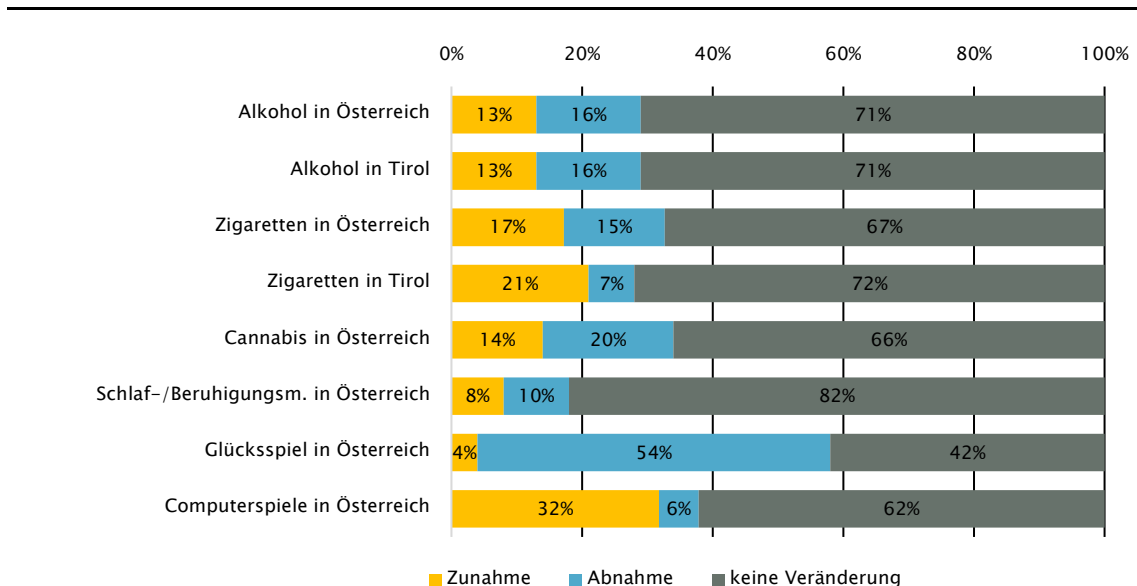
5.6 Auswirkungen von COVID-19

Die COVID-19-Pandemie stellte und stellt auch noch zum Zeitpunkt der Verfassung dieses Suchtkonzepts sowohl die von einer Suchterkrankung Betroffenen als auch das System der Suchthilfe vor große Herausforderungen. Welche Folgen langfristig dadurch entstehen, ist noch nicht abschätzbar. Eine weitere Frage ist, wie sich COVID-19 auf den Konsum psychoaktiver Substanzen und andere suchtrelevante Verhaltensweisen in der Allgemeinbevölkerung ausgewirkt hat und auswirken wird. Zu den kurzfristigen Auswirkungen liegen Daten aus der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020 vor, die auch Fragen zu COVID-19 beinhaltet. Eine weitere wichtige Datenquelle insbesondere für Tirol sind abwasserepidemiologische Studien, die einen Vergleich mit der Zeit vor der COVID-19-Pandemie ermöglichen. Zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf Personen mit Suchterkrankungen und das System der Suchthilfe liegen noch keine konkreten Zahlen vor. Es kann aber auf qualitative Ergebnisse aus zwei im Auftrag der EBDD durchgeführten Trendspotteranalysen und aus dem am Kompetenzzentrum Sucht durchgeführten Projekt „Sucht(behandlung) in der Krise“ zurückgegriffen werden.

Substanzkonsum in der Tiroler Allgemeinbevölkerung

Abbildung 5.26:

Veränderung von Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial im ersten COVID-19-bedingten Lockdown durch die Corona-Krise (März bis Mai 2020)



Anmerkung: jeweils bezogen auf alle Personen mit Konsum/Nutzung im letzten Jahr bzw. bei Zigaretten mit täglichem Rauchen im Monat vor Corona sowie relativ zum jeweiligen Konsum vor Ausbruch der Corona-Pandemie

Quelle: Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020, Sonderauswertung für Tirol;
Darstellung: GÖG

Bundeslandspezifische Auswertungen der österreichweiten Repräsentativerhebung für das Land Tirol lassen sich aufgrund der Anzahl der Befragten nur für die am weitesten verbreiteten Substanzen, Alkohol und Tabak, machen. Es zeigt sich, dass die Veränderungen bezüglich des Alkoholkonsums identisch mit jenen in Österreich waren. Während der Großteil der Bevölkerung den Konsum nicht verändert hat, berichtet jeweils eine kleine Gruppe von einer Steigerung bzw. einer Verringerung des Konsums. Die Situation bei den Raucherinnen/Rauchern ist sehr ähnlich, wobei in Tirol der Anteil, der seinen Konsum reduziert hat, geringer ist als in Gesamtösterreich (vgl. Abbildung 5.26).

Die Situation hinsichtlich Cannabis und Schlaf-/Beruhigungsmedikamenten ist ähnlich wie bei Alkohol und Tabak. Beim Glücksspiel zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Befragten weniger Glücksspiel betrieben hat. Computerspiele wurden hingegen von etwa einem Drittel der Befragten öfter gespielt.

Bei der Interpretation dieser Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass es sich um eine Momentaufnahme während des ersten Lockdowns handelt. Die häufigsten Motive für Konsumveränderungen waren „mehr Freizeit“, „Stress/Belastung durch Corona“, „weniger Verfügbarkeit“ und „weniger soziale Konsumsituationen“. Eine Nacherhebung im Herbst 2020 zeigte, dass die zu beobachtenden Veränderungen großteils vorübergehender Natur waren und nach dem Ende des Lockdowns zum ursprünglichen Verhalten zurückgekehrt wurde (Strizek et al. 2020).

Abwasserepidemiologische Studien zeigen für die untersuchten Tiroler Regionen, dass der Wochenendkonsum von MDMA, Kokain und Amphetamin während des ersten Lockdowns deutlich niedriger ausfiel als zuvor. Der Amphetaminkonsum zeigte auch unter der Woche einen Rückgang, der aber zum Teil durch vermehrten Methamphetaminkonsum kompensiert wurde.

Auswirkungen auf Personen mit Suchterkrankung und auf die Suchthilfe

Zur Situation im ersten Lockdown (17. März bis Mai 2020) finden sich Informationen aus einer Befragung aller Drogen- und Suchtkoordinationen im ersten Kurzbericht des Projekts „Sucht(behandlung) in der Krise“ (Strizek 2021). Suchtpräventive Angebote wurden während des ersten Lockdowns zu einem Großteil eingestellt und konnten nur zu einem geringen Ausmaß durch Onlineangebote ersetzt werden. Im Bereich der ambulanten Versorgung konnte mittels Telefon- und Onlineangeboten der Kontakt zu den meisten Klientinnen/Klienten aufrechterhalten werden, gruppentherapeutische Angebote mussten hingegen eingestellt werden. Letzteres betraf auch Angebote der Selbsthilfe. In sechs von neun Bundesländern wurden während der ersten Welle stationäre Angebote der Suchthilfe vorübergehend geschlossen, was sich in vielen Fällen rückblickend als nicht notwendig erwies. In Tirol waren beispielsweise die Drogenfachstation B3 (illegale Drogen) und das Gesundheitszentrum Mutters geschlossen. Das Haus am Seespitz war zwar geöffnet, es wurden dort aber keine Neuaufnahmen durchgeführt (Grüner p. M.). Auch im Bereich der niederschweligen sowie der tagesstrukturierenden Angebote der Suchthilfe kam es zu deutlichen Einschränkungen in Ausmaß und Qualität der Angebote. In der Krise sehr gut bewährt haben sich in Tirol die Corona-Sorgen-Hotline, welche auch für den Bereich Suchtproblematik zuständig ist, sowie die Umwandlung der Notschlafstelle Mentlvilla in eine Dauerwohneinrichtung. Die Auswir-

kungen des ersten Lockdowns auf Personen mit Suchtproblematik unterscheiden sich je nach Klientenprofil, wobei insbesondere instabile Klientinnen/Klienten und Patientinnen/Patienten im Erstkontakt negativ beeinflusst wurden.

Für den weiteren Verlauf im Zeitraum Juni bis Dezember 2020 zeigt die zweite Trendspotterstudie der EMCDDA (Priebe/Busch 2021), dass stationäre und ambulante Angebote der Suchthilfe im Zeitraum Juni bis Dezember 2020 mit geringen Einschränkungen und teilweise mit Umstieg auf Onlineangebote verfügbar waren. Einschränkungen gab es beim Drug-Checking und bei niederschwelligen Angeboten (z. B. Drop-in). Durch die von COVID-19 verursachten Belastungen wie Arbeitslosigkeit, Einsamkeit und Angst hat sich die psychische Gesundheit in der Zielgruppe zum Teil stark verschlechtert, und es kommt zu mehr psychiatrischer Komorbidität und insbesondere im Alkoholbereich zu mehr Rückfällen. Hinsichtlich einer Erhöhung der Mortalität durch vermehrte Überdosierungen oder infolge einer COVID-19-Infektion wurde kein stark erhöhter Handlungsbedarf gesehen. Zentrale Herausforderung war die Aufrechterhaltung der Angebote mit einem zunehmend belasteten Personal unter Einhaltung der COVID-19-Schutzmaßnahmen.

Zusammenfassung: Die Langzeitfolgen der COVID-19-Pandemie sind derzeit noch nicht abschätzbar. Die Beobachtungen, dass durch die Belastungen sich auch die psychiatrische Komorbidität bei Personen mit Suchterkrankung gesteigert hat, die angestiegenen Rückfälle vor allem im Bereich Alkohol, der Wegfall von Behandlungsoptionen (z. B. weniger Erstbehandlungen) und der fast vollständige Ausfall von Suchtprävention für Jugendliche lassen aber eine Verschärfung der Situation befürchten, welcher vom System der Suchthilfe proaktiv begegnet werden sollte.

6 Empfehlungen

Die nachfolgenden Empfehlungen wurden von einer Tiroler Expertisegruppe mit Unterstützung von Martin Busch und Tanja Schwarz vom Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH erarbeitet. Mitglieder der Expertisegruppe waren: Christian Haring, Gerhard Gollner, Beate Grüner, Julian Haring, Gerhard Jäger, Ekkehard Madlung-Kratzer, Christian Schmalzl und Wolfgang Sparber. Es sollten mit den Expertinnen/Experten sowohl intra- als auch extramurale Bereiche abgedeckt werden. Die Expertinnen/Experten kommen aus dem klinischen Bereich, der Suchtprävention, der Suchthilfe und der Sicherheit.

Die Empfehlungen orientieren sich an den in der österreichischen Suchtpräventionsstrategie definierten drei Interventionsfeldern und vier Unterstützungsprozessen. In einem ersten Schritt wurden die im Tiroler Suchtkonzept 2012 definierten Empfehlungen dieser neuen Gliederung zugeordnet und deren Umsetzungsstand und Relevanz beurteilt. Im Anschluss wurden – wo nötig – relevante Empfehlungen adaptiert und neue Empfehlungen formuliert. (Adaptierte) Empfehlungen von 2012 sind **gelb** hinterlegt, neu hinzugekommene Empfehlungen **grün**.

6.1 Interventionsfeld Suchtprävention

Ziel der Suchtprävention ist es, medizinisch anerkannten substanzgebundenen und substanzungebundenen Suchterkrankungen und riskantem Substanzmissbrauch vorzubeugen. Prävention ist als langfristiger Prozess zu verstehen, der nicht nur bei Kindern und Jugendlichen ansetzt, sondern sich in einer Vielzahl unterschiedlicher Maßnahmen und Methoden auch an weitere Zielgruppen richtet (Eltern, Schule, Arbeitswelt, Gemeinden, Gesundheits- und Sozialwesen). Die Maßnahmen können sich an Personen wenden und z. B. die Förderung einer gefestigten Persönlichkeit zum Ziel haben (Verhaltensprävention) oder struktureller Art sein wie z. B. gesetzliche Regelungen im Bereich Glücksspiel (Verhältnisprävention).

Ein Teil der Maßnahmen ist der universellen Suchtprävention zuzuordnen (vereinfacht gesagt: an alle gerichtet; z. B. Information zum Thema Sucht und Schaffung guter Lebensbedingungen ...), ein anderer Teil der selektiven Suchtprävention (vereinfacht gesagt: an Risikogruppen gerichtet; z. B. Frühintervention bei problematischem Konsumverhalten). Im Bereich Letzterer besteht ein fließender Übergang zu den Handlungsfeldern der Suchthilfe. Dies erfordert eine Zusammenarbeit der Suchtprävention mit Einrichtungen der Suchthilfe. Die Maßnahmen haben die Erkenntnisse der internationalen Präventionsforschung (z. B. Expertise zur Suchtprävention 2020¹⁵ ...) und die Standards der österreichischen Suchtprävention zur Grundlage, wie sie beispielsweise in den Positionspapieren der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung¹⁶ festgehalten sind.

¹⁵ Anneke Bühler, Johannes Thrul, Elena Gomes de Matos (Hg.). Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 2020

¹⁶ Die Österreichische ARGE Suchtvorbeugung ist eine seit 1999 bestehende Arbeitsgemeinschaft der Suchtpräventionsstellen aller österreichischen Bundesländer. Weitere Informationen unter www.suchtvorbeugung.net

So wie in den anderen Bundesländern ist die Umsetzung für Maßnahmen zur Suchtprävention auch in Tirol federführend bei einem spezialisierten Kompetenzzentrum angesiedelt und umfasst die Entwicklung, Implementierung, dauerhafte Durchführung, Bewerbung, Evaluation und Weiterentwicklung dieser Maßnahmen. Diese Funktion übernimmt seit 1996 *kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz*¹⁷, die Tiroler Fachstelle für Suchtvorbeugung, welche suchtpreventive Maßnahmen in den nachfolgend angeführten vielfältigen Bereichen umsetzt.

Familie und frühe Kindheit

- » Elternbildung
- » Frühinterventionsangebot für Eltern
- » Präventionsmaßnahmen im Kindergarten
- » Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien (Caritas)

Schule

- » Lebenskompetenzprogramme für die 1.–9. Schulstufe
- » Frühinterventionsprogramm
- » Suchtinformation: Klasseneinsätze
- » Lehrerfortbildung

Jugendarbeit

- » theaterpädagogische Angebote für Jugendgruppen
- » Fortbildungen für Jugendleiter:innen/Erzieher:innen; Frühinterventionsprogramme
- » Prävention im (Sport-)Verein: Glücksspiel und Wetten

Arbeitswelt

- » pib – Prävention in Betrieben: Prävention, Frühintervention, Projektbegleitung, Coaching
- » Suchtprävention mit Jugendlichen in Lehre bzw. AMS-Maßnahmen

Gemeinde, Gesundheit und Soziales

- » movin'-Schulungen: motivierende Gesprächsführung
- » hausärztliche Kurzintervention
- » Rauchfrei-Programm
- » Rapid Assessment
- » Jugendschutz

Unterstützungsprozess Informations- und Wissensmanagement

- » Präventionsberatung
- » Fachbibliothek und Pressearchiv, Homepages/Info-Portale/Web-Apps
- » (inter)nationale und regionale Gremienarbeit und Tagungen

Unterstützungsprozess Öffentlichkeitsarbeit

- » Newsletter sucht+prävention!

¹⁷ im Weiteren einheitlich mit *kontakt+co* bezeichnet

- » Kampagnen und Aktionen: Dialogwoche Alkohol, AKTION plusminus
- » laufende Medienarbeit

Weitere Informationen finden sich auf der Website¹⁸, im Arbeitsprogramm sowie in einzeln vorliegenden Konzepten von *kontakt+co*.

Die Umsetzung der Maßnahmen findet in Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen aus dem Sozial-, Gesundheits- und Sicherheitsbereich statt. Das Kooperationsprinzip, wonach Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit zusammenarbeiten, und zwar nach Möglichkeit auf Basis konkreter Arbeitsvereinbarungen, ist ein weiteres wichtiges Fundament. Der Multiplikatorenansatz bewirkt, dass durch Schulungen viele Menschen als Multiplikatorinnen/Multiplikatoren für suchtpreventive Maßnahmen fungieren.

Der Weiterentwicklung der Suchtprävention in Tirol liegen folgende strategische Grundprinzipien zugrunde (Komplettierung – Optimierung – Maximierung – Orientierung)

Komplettierung: Auch in der Suchtprävention kann es ein „Zuviel des Guten“ geben, ab dem Maßnahmen nichts mehr bringen oder sogar kontraproduktiv werden. Darüber hinaus stellt sich ab einem gewissen Level die Frage nach dem ökonomisch sinnvollen Verhältnis von Aufwand und Nutzen. *kontakt+co* erstellt daher ein Sortiment an Leistungen, das weder unterschritten noch beliebig in alle möglichen Richtungen erweitert werden sollte. Zusätzliche Maßnahmen sind dort zu schaffen, wo noch offensichtliche Angebotslücken bestehen oder neue Problemlagen dies erfordern.

Optimierung: Mit dem Vorhandensein der wesentlichen präventiven Bausteine rückt der Fokus auf deren Optimierung. Im Zuge der Arbeitspraxis und im Fachaustausch mit anderen Suchtpräventionszentren geht es um eine weitere Verbesserung der Maßnahmen im Sinne von Effektivität und Effizienz.

Maximierung: Wenn das Angebot komplettiert und optimiert ist, sind die Voraussetzungen dafür gegeben, mit den vorhandenen Maßnahmen verstärkt in die Breite zu gelangen. Das heißt beispielsweise, dass bestimmte Maßnahmen der Elternbildung nicht mehr nur temporär in einzelnen Bezirken laufen, sondern für alle Bezirke zur Verfügung stehen.

Orientierung: Das vierte strategische Grundprinzip der Weiterentwicklung besteht darin, sich immer wieder aktiv umzusehen, welche neuen Problemlagen, Erkenntnisse und Entwicklungen es notwendig machen, das bestehende Sortiment zu verändern, zu ergänzen oder zu straffen.

¹⁸ www.kontaktco.at (Zugriff am 29. 5. 2021)

1. Weiterentwicklung der Suchtprävention nach den Prinzipien Komplettierung, Optimierung, Maximierung und Orientierung

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Adaptierung der Empfehlung *„Weiterentwicklung der Suchtprävention: Neben dem Informationsservice und der Öffentlichkeitsarbeit ist die Bildungsarbeit für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren ein wesentliches Handlungsfeld im Bereich der suchtpreventiven Aktivitäten. Vernetzung, Koordination und Qualitätssicherung suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere wesentliche Tätigkeitsbereiche.“* Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Sowohl beim Informationsservice als auch in der Öffentlichkeitsarbeit hat es seit 2012 vielfältige Weiterentwicklungen gegeben. Auch in den Bereichen der Vernetzung, Koordination und Qualitätssicherung wurden mehrere Schritte gesetzt, die ihren Niederschlag in den Umsetzungen diverser Programme und Maßnahmen von *kontakt+co* fanden. Zudem hat *kontakt+co* die Koordination für das Frühe-Hilfen-Projekt „Gesund ins Leben“ übernommen. Bis 2030 werden Aufgabenstellungen in den Bereichen Schule, Familie, Jugendarbeit, Gemeinde und Arbeitswelt gesehen. Zur für den Präventionsbereich ebenfalls relevanten hausärztlichen Kurzintervention siehe Kapitel 6.2.1, zur Öffentlichkeitsarbeit siehe Kapitel 6.7 und zur Präventionsarbeit mit Fokus Spielsucht siehe 6.2.3.

Empfohlene Aktivitäten:

- » **Fachbereich Schule:** Komplettierung der schulischen Präventionsprogramme für die 1.–10. Schulstufe.
- » **Fachbereich Familie:** Familien/Eltern sind eine Hauptzielgruppe der Suchtprävention. Daher bedarf es der Etablierung des Fachbereichs und eines durch diesen betreuten systematischen tirolweiten Elternbildungsangebots.
- » **Fachbereich Jugendarbeit:** Neustrukturierung und Komplettierung der Angebote (insbesondere durch Unterstützungsmaßnahmen für sozialpädagogische Einrichtungen)
- » **Fachbereich Gemeinde:** Etablierung eines niederschweligen Informationsangebots für Gemeindevertreter:innen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren
- » **Fachbereich Arbeitswelt:** Komplettierung und Optimierung des Angebots zur betrieblichen Prävention sowie für die Berufsschulen und AMS-Einrichtungen; konzeptionelle und planerische Arbeiten zu möglichen Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der arbeitslosen Personen

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung:

- » **Fachbereich Schule:** Es gibt für alle Tiroler Schulen für die 1.–10. Schulstufe zumindest ein Präventionsprogramm, das nach der Teilnahme an entsprechenden Schulungen zeitnah umsetzbar ist (max. ein Jahr Wartezeit auf einen Schulungsplatz).
- » **Fachbereich Familie:** Es gibt (mit Auslaufen des Frühe-Hilfen-Projekts „Gesund ins Leben“) den ausgebauten Fachbereich Familie und ein in allen Tiroler Bezirken abrufbares suchtpreventives Elternbildungsangebot (offline und online; inkl. Informationsmaterialien), wodurch

eine zeitnahe Durchführung von Veranstaltungen sichergestellt ist (innerhalb dreier Monate nach Anfrage).

- » **Fachbereich Jugendarbeit:** Es gibt tirolweit für alle Einrichtungen der offenen Jugendarbeit sowie sozialpädagogische Einrichtungen ein Paket an Schulungsmaßnahmen und Materialien, welches zeitnah wahrgenommen werden kann (innerhalb von 6 Monaten nach Anfrage).
- » **Fachbereich Gemeinde:** Es gibt tirolweit ein niederschwelliges Informationsangebot (Onlineberatung, telefonische oder Offlineberatung; inkl. Informationsmaterialien) für Gemeindevertreter:innen und Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, das zeitnah nutzbar ist (innerhalb dreier Monate).
- » **Fachbereich Arbeitswelt:** Es gibt tirolweit ein aus mehreren Modulen bestehendes Angebot zur betrieblichen Prävention (Onlineberatung, telefonische oder Offlineberatung) sowie für die Berufsschulen und AMS-Einrichtungen, das zeitnah genutzt werden kann (innerhalb von 6 Monaten). Es liegt ein Konzept zu möglichen Präventionsmaßnahmen für die Zielgruppe der arbeitslosen Personen vor.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Land/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission	
Bund	Förderbereich	
Bund	AMS	
Bund		Nationale Suchtpräventionsstrategie
Sozialversicherung		
Land/Gemeinden	Förderbereich	

2. Optimierung präventiver Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Im Rahmen einer Arbeitsgruppe mit Vertreterinnen und Vertretern aus den Bereichen Suchtprävention, Suchthilfe, Kinder- und Jugendhilfe und Suchtkoordination wurde ein Kooperationsleitfaden bezüglich eines aktiven und geregelten Zusammenwirkens in diesem Handlungsfeld erarbeitet. Dieser Kooperationsleitfaden wurde aber nur zum Teil umgesetzt. Zudem wurde das Projekt *Kinderleicht* der Caritas ins Leben gerufen, welches ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für Kinder ab drei Jahren und deren Familien anbietet, wenn Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen an einer Suchterkrankung leiden. Das Angebot zielt nicht auf die Bewältigung der Sucht ab, sondern will zusammen mit der ganzen Familie die Auswirkungen auf das Kind bewältigen und schützende Faktoren aktivieren. 2019 wurde im Rah-

men des *Village-Projekts* (Forschungsgruppe der Ludwig Boltzmann Gesellschaft mit der medizinischen Universität Innsbruck) eine Bestandsaufnahme hinsichtlich Unterstützungsangeboten für Kinder psychisch erkrankter Eltern erarbeitet.

Empfohlene Aktivitäten:

Die Abteilung KJH wird beauftragt, abzufragen, ob es bei den Einrichtungen der KJH ausreichend Know-how und Erfahrung gibt, Kinder suchterkrankter Eltern fachlich gut zu begleiten. Wird dies von den Einrichtungen als unzureichend gesehen, sind entsprechende Schulungen und Austauschmöglichkeiten auf operativer Ebene zu veranlassen. Gleiches gilt für die Abteilung Soziales in Bezug auf Einrichtungen der Existenzsicherung, Frauenberatungsstellen und Behindertenhilfeeinrichtungen. Das Thema ist einem laufenden Monitoring zu unterziehen. Entsprechende Öffentlichkeitsarbeit soll die Sensibilisierung zu diesem Thema und die Möglichkeiten von Unterstützungsmaßnahmen aufzeigen.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Die obengenannten Abfragen erfolgen jährlich. Inhalte gemeinsamer Schulungen werden mit den Systempartnern festgelegt, und diese Fortbildungen werden gut besucht. Die Zahl der erreichten Kinder und Jugendlichen nimmt deutlich zu. Es gibt ansprechende und aktuelle Informationsmaterialien.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderungsbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	TKJHG	
Sozialversicherung		Psychotherapie für Kinder und Jugendliche inkl. „Tiroler Modell“

3. Dauerhafte Absicherung von Präventionsangeboten im Party- und Freizeitsetting im Sinne der selektiven Prävention

Hintergrund: Da aufgrund der COVID-19-Maßnahmen keine bzw. nur sehr eingeschränkt Partys stattgefunden haben, wurden vom Partywork-Team der *Drogenarbeit Z6* neue Konzepte für die Erreichung der Zielgruppe im öffentlichen Raum erarbeitet und umgesetzt. Dabei werden Jugendliche und junge Erwachsene in ihren Lebensräumen im öffentlichen Raum aufgesucht und niederschwellig, akzeptierend und szenenah informiert und beraten. Dies hat sich sowohl in Innsbruck als auch in anderen Tiroler Gemeinden in Zusammenarbeit mit der lokalen mobilen und offenen Jugendarbeit als Angebot der selektiven Suchtprävention bewährt.

Empfohlene Aktivitäten: Wiederaufnahme von Partywork ab 2022 und zusätzlich die Fortführung des Angebots im öffentlichen Raum, der von Jugendlichen stark frequentiert wird.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Tirolweit wird auf 28 Veranstaltungen pro Jahr Partywork angeboten, zusätzlich werden mindestens 20 Einsätze pro Jahr im öffentlichen Raum in Innsbruck und mindestens 20 Einsätze pro Jahr in den Tiroler Gemeinden in Kooperation mit der *mobilen Jugendarbeit* und der *offenen Jugendarbeit* durchgeführt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	Förderbereich	
Gemeinden	Förderbereich	

6.2 Interventionsfeld Suchthilfe

Die Suchthilfe leistet eine umfassende Versorgung für Personen mit Suchtproblemen. Der Fokus liegt dabei auf den individuellen Bedürfnissen der Menschen, egal ob es sich um Betroffene oder deren Angehörige handelt. Die Orientierung am Individuum hat zur Folge, dass das Angebot der Suchthilfe breitgefächert und vielfältig sein muss. Es beinhaltet nieder- bis hochschwellige, suchtbegleitende bis abstinenzorientierte und ambulante bis stationäre Angebote, die berufsbegleitend und regional in Anspruch genommen werden können.

Aufgabenfelder der Suchthilfe sind Suchtberatung, Überlebenshilfe, Schadensminimierung, Suchttherapie und gesundheitliche Rehabilitation sowie soziale und berufliche Integration bzw. Reintegration.

Hauptaufgaben der Suchthilfe sind die Unterstützung bei der Konsumreduktion illegaler und legaler Substanzen sowie die Verbesserung stoffungebundenen Suchtverhaltens. Um diese Aufgaben erfüllen zu können, bedarf es eines Angebots verschiedener fundierter Programme. Abstinenz ist dabei zwar ein wichtiges Ziel und sollte auch angeraten werden, jedoch sind auch bedarfsgerechte Angebote für Personen, die von abstinenzorientierten Programmen noch nicht profitieren können, vonnöten.

Von besonderer Wichtigkeit ist das Informieren über die Vermeidung riskanter Verhaltensweisen (Safer-Use-Informationen) sowie über Beratungs- und Behandlungsangebote. Niederschwellige aufsuchende Arbeit hat die Aufgabe, Menschen zu erreichen, die sonst (noch) keinen Kontakt zum Hilfesystem haben. Die Kombination von schadensminimierenden Maßnahmen, Beratung und motivierender Gesprächsführung ist ein Baustein für die verbesserte Lebensqualität der Betroffenen. Wichtige schadensminimierende Maßnahmen im Bereich der illegalen Drogen sind Spritzentausch und Drug-Checking. Aber auch die Alltags- und Gesellschaftsdrogen Alkohol und Nikotin müssen im Angebot der Schadensminimierung des Suchthilfesystems mitgedacht und darin eingeschlossen sein.

Auch die berufliche und soziale Situation der Betroffenen ist für das Suchthilfesystem ein Schwerpunkt. Zum einen ist die berufliche Integration bzw. Reintegration von Menschen mit ehemaliger oder aufrechter Suchtproblematik zu sichern, zum anderen müssen Angebote auch berufsbegleitend möglich sein und der sozialen Situation angepasst werden.

In Bezug auf Opioidabhängigkeit ist das Ziel der Suchthilfe, möglichst viele drogenabhängige Personen bei entsprechender Indikation und unter kontrollierten und standardisierten Bedingungen in substitions-gestützte Behandlung zu bringen, um suchtassoziierte Krankheiten behandeln zu können. Stellt die Abstinenz von Opiaten ein erreichbares Ziel dar, ist die Möglichkeit zur Entzugsbehandlung mit anschließender Entwöhnung zu bieten.

6.2.1 Menschen mit Alkohol-, Tabak-, Medikamentenproblemen

4. Hausärztliche Frühintervention mit Fokus Alkohol und Tabak und verbesserte Einbindung der Hausärzteschaft im Rahmen der Versorgung von Menschen, die einen problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum aufweisen

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Adaptierung und Erweiterung der Empfehlung „*Verbesserte Einbindung der Hausärzteschaft im Rahmen der Versorgung von alkoholkranken Patientinnen/Patienten*“. Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Die hausärztliche Kurzintervention gilt seit Jahren als vielversprechender Ansatz, um im Wege von Früherkennung Patientinnen und Patienten mit einem riskanten Alkoholkonsum zu einer Reduktion der Trinkmenge zu bewegen (Selbstremission) sowie Menschen mit einem fortgeschrittenen problematischen Alkoholkonsum für eine Behandlung zu motivieren. Auch im Rahmen von Nikotinabhängigkeit ist die Hausärztin / der Hausarzt oft die erste Ansprechperson. Die österreichische Suchtpräventionsstrategie bezieht daher auch Allgemeinmediziner:innen mit ein. In den Jahren 2008 und 2014 wurde jeweils im Sinne eines Pilotprojekts der Versuch unternommen, die Etablierung der hausärztlichen Kurzintervention vorzubereiten. Der Fokus lag dabei auf der Intervention in Bezug auf alkoholbezogene Problematiken. 2008 wurden Erfahrungen bei der Durchführung eines Schulungspakets gesammelt, 2014 konnte eine einschlägige Befragung bei Tiroler Hausärztinnen und -ärzten durchgeführt werden.

Empfohlene Aktivitäten: In den Jahren 2022-2023 wird ein Pilotprojekt durchgeführt. Ab 2024 soll für alle interessierten Tiroler Hausärztinnen und -ärzte quartalsmäßig ein Schulungsangebot zur hausärztlichen Kurzintervention zur Verfügung stehen, in dessen Rahmen etwa vier Schulungen pro Jahr mit jeweils zehn bis 15 Teilnehmerinnen und Teilnehmern angeboten werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Von 2024 bis 2030 werden 280 Ärztinnen/Ärzte (20 % aller Tiroler Allgemeinmediziner:innen) hinsichtlich der hausärztlichen Kurzintervention zum Thema Sucht ausgebildet.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Land/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission	

5. Etablierung einer eigenen spezialisierten Akutstation bzw. tagesklinischer Strukturen

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Besonders stark von einer Suchtkrankheit Betroffene werden mit akuten somatischen Krankheitsbildern in den Notfallambulanzen versorgt, ohne dort ein ihrem Krankheitsbild adäquates Angebot zu bekommen. Laut ÖSG wäre ein vollstationärer Behandlungsplatz pro 6.500 Einwohner:innen¹⁹ für Patientinnen/Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen, exklusive des akuten Entzugs, vorgesehen (drei Viertel dieser Behandlungsplätze sind für Alkohol-, Medikamenten- und substanzungebundene Süchte und ein Viertel ist für Patientinnen/Patienten mit Drogensucht vorgesehen). Der RSG Tirol bildet diesen Bedarf nicht ab: Entsprechend dieser Bettenmessziffer wären 88 Betten für Alkohol-, Medikamenten- und substanzungebundene Suchtkranke in Tirol vorzusehen. Das sind 37 Betten mehr als derzeit in Tirol zur Verfügung stehen. Zudem fehlt die im Suchtkonzept 2012 vorgeschlagene Akutstation bzw. tagesklinische Struktur. Es besteht daher großer Bedarf nach einem passenden Angebot für suchtkranke Patientinnen/Patienten mit akuten psychiatrischen und somatischen Krankheitsbildern.

Empfohlene Aktivitäten: Schaffung einer eigenen spezialisierten Akutstation. Der RSG Tirol ist dahingehend dem ÖSG anzupassen. Schaffung eines tagesklinischen Angebots für Patientinnen/Patienten, um unnötige vollstationäre Aufenthalte zu verringern. Patientinnen/Patienten, die aufgrund ihrer Wohnortnähe keiner vollstationären Behandlung bedürfen, könnten auch tagesklinisch behandelt werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Eine eigene spezialisierte Akutstation sowie tagesklinische Strukturen wurden geschaffen, desgleichen die entsprechende Abbildung im RSG Tirol.

¹⁹ Österreichischer Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Land/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission im Rahmen der Psychiatrieplanung	ÖSG

6. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur Unterstützung beim Rauchausstieg

Hintergrund: Laut WHO gilt der Konsum von Tabak als eines der bedeutendsten vermeidbaren Gesundheitsrisiken (WHO 2008). 45.500 Tiroler:innen haben 2019 erfolglos versucht, mit dem Rauchen aufzuhören. Lediglich 110 Personen haben eine von den Tiroler Sozialversicherungsträgern finanzierte ambulante Rauchentwöhnung beim Verein Suchthilfe Tirol abgeschlossen. Die *WHO Framework Convention on Tobacco Control* fordert in Artikel 14 ein ausreichendes und den Zielgruppen angepasstes Angebot zur Unterstützung des Rauchausstiegs (WHO 2008). Für den Rauchausstieg stehen unterschiedliche ambulante, stationäre und auch Onlineangebote zur Verfügung.

Empfohlene Aktivitäten: Aufbauend auf den existierenden Programmen wird ein für unterschiedliche Zielgruppen passendes Konzept erarbeitet. Die Angebote reichen von Hilfe zur Nikotinkonsumreduktion bis hin zur Nikotinabstinenz und werden evaluativ begleitet.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Angebote, die Personen sowohl Nikotinkonsumreduktion als auch Nikotinabstinenz ermöglichen, stehen in ausreichendem Umfang zur Verfügung.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Sozialversicherung		

6.2.2 Menschen mit problematischem Drogenkonsum

7. Schaffung einer speziellen Akutstation für Personen mit problematischem Drogenkonsum in Krisensituationen

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Adaptierung der Empfehlung „Im Zentralraum Innsbruck wird die Schaffung einer eigenen stationären

*Organisationseinheit für Patientinnen/Patienten in Krisensituationen empfohlen.“ Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.*

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Die Dringlichkeit einer derartigen Maßnahme hat sich in den letzten Jahren weiter erhöht. Die Akutbehandlung bzw. stationäre Krisenintervention ist zu einer wichtigen Maßnahme in der Suchttherapie geworden. Die bestehenden zwölf klinisch-stationären Betten in Tirol sind dafür jedoch nicht ausreichend. Die B3 im LKH Hall (inhaltlich ursprünglich für die Entzugsbehandlung vorgesehen) hat versucht, dem zunehmenden Bedarf an Akutbehandlungen nachzukommen, und dafür Behandlungsplätze bereitgestellt. Eine ambulante Vorbetreuung zur Bewertung der Indikation und Dringlichkeit einer stationären Aufnahme wurde im Jahr 2014 umgesetzt. Die Öffnung der B3 für stationäre Kriseninterventionen/Akutbehandlungen führte jedoch zu einer Verringerung der Entzugsbehandlungen und damit zu einer längeren Wartezeit für abhängige Personen mit einem Abstinenzwunsch. Aus dem Jahr 2014 liegt ein Konzept der B3 zur räumlichen Trennung von Entzugs- und Krisenbetten vor.

Empfohlene Aktivitäten: Entsprechend dem RSG Tirol sollten insgesamt 29 Behandlungsplätze für Akutbehandlung und Entzugsbehandlung für drogenabhängige Personen zur Verfügung stehen. Demnach sind noch 17 Behandlungsplätze im Bereich der Akutbehandlung zu schaffen. Diese sind räumlich von den Entzugsbehandlungsplätzen zu trennen.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es gibt insgesamt 28 Behandlungsplätze zur Akutbehandlung und für Entzugsbehandlungen. Eine räumliche Trennung zwischen Entzugsbetten und Krisenbetten ist umgesetzt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Land/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission im Rahmen der Psychiatrieplanung	ÖSG

8. Flächendeckender Ausbau von Angeboten zur Substitutionsbehandlung

Die folgenden im Tiroler Suchtkonzept 2012 beschriebenen Maßnahmen zur Optimierung der Substitutionsbehandlung wurden zu einer Empfehlung zusammengefasst:

- » *„Im Großraum Innsbruck werden derzeit die meisten Substitutionsbehandlungen durchgeführt. Insgesamt wird eine regional ausgewogene, bedarfsgerechte Versorgung empfohlen. Das Angebot sollte mit der entsprechenden Fachkompetenz ausgestattet sein und die Möglichkeit zur täglichen Abgabe von Substitutionsmedikamenten gegeben sein.“*
- » *„Kleinere ambulante Therapieeinheiten (... für Substitutionsbehandlung) werden für periphere Regionen vorgeschlagen.“*

- » *„Schaffung entsprechender Anreize für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte zur Substitutionsbehandlung (bessere Honorierung, fachliche und praktische Unterstützung bei „schwierigen“ Behandlungsverläufen).“*

Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Die Substitutionsbehandlung ist die wichtigste Behandlungsmethode bei Opioidabhängigkeit (ÖGABS et al. 2017). Insbesondere eine den Bedürfnissen der Betroffenen entsprechende Organisation und regionale Verfügbarkeit ist dabei wichtig (Busch et al. 2013b). Die Behandlung in Tirol erfolgt durch niedergelassene Mediziner:innen und durch die psychiatrischen Abteilungen der Krankenhäuser, bei denen auch psychiatrische Komorbiditäten mitbehandelt werden können. Wie in Österreich insgesamt ist es in Tirol gelungen, über die Hälfte der Personen mit Opioidproblematik mit einer Opioidsubstitution zu behandeln. Allerdings ist das Behandlungsangebot in Tirol regional sehr unterschiedlich, und in einigen Bezirken gibt es keinerlei einschlägiges Angebot. In den psychiatrischen Abteilungen in den Bezirken Innsbruck-Land (Hall in Tirol, 2014), und Landeck (Zams, 2018) wurden seit 2012 neue Angebote zur Substitutionsbehandlung geschaffen. Vor der Inbetriebnahme der psychiatrischen Ambulanz in Zams hat es ein Modellprojekt in Imst gegeben (2015–2017), bei dem in den Räumen des Vereins Suchtberatung Tirol (SBT) eine suchtmmedizinische (inkl. Substitution) und psychiatrische Behandlung durch einen zugezogenen Substitutionsarzt angeboten wurde.

Empfohlene Aktivitäten: Erstellung und Umsetzung eines Konzepts der bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung mit Substitutionsbehandlung durch Evaluierung des (regionalen) Substitutionsangebots mit folgenden Kernpunkten.

- » Etablierung von Substitutionsbehandlung in allen psychiatrischen Abteilungen. Diese Fachambulanzen sollen auch substituierenden niedergelassenen Mediziner:innen/Mediziner bei schwierigen Behandlungsverläufen als Unterstützung zur Verfügung stehen.
- » In Bezirken ohne psychiatrische Abteilungen bzw. in denen eine regional ausgewogene Versorgung nicht gegeben ist, soll in bestehende psychosoziale Angebotsstrukturen die medizinische Expertise integriert werden, um auch dort eine Substitutionsbehandlung sowie die psychiatrische Behandlung der Komorbiditäten anbieten zu können.
- » Gespräche über eine attraktivere Gestaltung der Honorierung der Substitutionsbehandlung für niedergelassene Mediziner:innen und weiterer Ausbau der regionalen psychosozialen Angebote.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Jede psychiatrische Abteilung in Tirol bietet Substitutionsbehandlung inklusive psychiatrischer Versorgung an. Es gibt in allen Bezirken Angebote zur Substitutionsbehandlung durch niedergelassene Mediziner:innen und/oder in psychosozialen Angebotsstrukturen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Land/Sozialversicherung		
Sozialversicherung	Krankenbehandlung	
Bund/Land/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission	
Land	Gesundheitsrecht und Krankenanstalten (Rechtsfrage zum Ambulanzstatus)	
Land	Soziales, TTHG und Förderbereich	

9. Beibehaltung der während der COVID-19-Pandemie vereinfachten Vidierung von Rezepten im Rahmen der Substitutionsbehandlung

Hintergrund: Zum Schutz der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung wurde die Vidierungspflicht²⁰ bei der Amtsärztin bzw. beim Amtsarzt unter persönlicher Anwesenheit der Patientin bzw. des Patienten ausgesetzt und durch eine postalische Übermittlung des Rezepts durch die behandelnde Ärztin bzw. den behandelnden Arzt an die Amtsärztin / den Amtsarzt ersetzt. Bisher wurden gute Erfahrungen mit dieser Lösung nach dem Prinzip „das Rezept wandert – und nicht die Patientin / der Patient“ gemacht.

Empfohlene Aktivitäten: Die Tiroler Landesregierung möge sich beim Bund dafür einsetzen, die entsprechende Regelung § 21 (2) a) in der Suchtgiftverordnung (zu den §§ 2, 6 und 10 Suchtmittelgesetz) dahingehend zu ändern, dass die derzeitige (Juli 2021) Regelung übernommen wird.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es gibt im Rahmen der Substitutionsbehandlung eine Regelung nach dem Prinzip „das Rezept wandert – und nicht die Patientin / der Patient“ (E-Rezept) in der Suchtgiftverordnung der zuständigen Bundesministerin / des zuständigen Bundesministers.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	SMG	

²⁰ Beglaubigung der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung (Rezeptbewilligung) inklusive Prüfung durch die *Amtsärztin* / den *Amtsarzt* (siehe ebendort), ob dabei alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Erst nach der Vidierung (Stempel) durch die *Amtsärztin* / den *Amtsarzt* ist das Rezept gültig (Busch et al. 2021)

10. Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu somatischer und psychiatrischer medizinischer sowie zu pflegerischer Versorgung

Hintergrund: Suchterkrankungen sind häufig mit anderen körperlichen und psychischen Störungen assoziiert. Für den Verlauf und die Prognose von Suchterkrankungen ist die Behandlung dieser Begleitstörungen von großer Bedeutung. Die körperlichen Auswirkungen des (jahrelangen) Konsums werden vor allem mit dem „Älterwerden“ der Betroffenen sichtbar. Beispielsweise zählte 2019 bereits ein Fünftel der Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung zur Gruppe 50+ und etwa die Hälfte zur Gruppe 40+. Die bestehenden Strukturen der pflegerischen und medizinischen Angebote sind für Personen mit problematischem Substanzkonsum teilweise zu hochschwellig und werden bzw. können daher nicht von allen in Anspruch genommen werden. Um wesentliche Gesundheitsprobleme und -risiken (Hepatitis, HIV/Aids, Abszesse, organische Folgeschäden, Unterernährung etc.) zu minimieren bzw. Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, bedarf es niederschwelliger ärztlicher und pflegerischer Betreuung und Beratung.

Empfohlene Aktivitäten:

- » Verstärkung des fachärztlichen psychiatrischen Angebots in den bestehenden psychiatrischen Ambulanzen und Ambulanzen für Drogen und Abhängigkeitserkrankungen (mit der Möglichkeit der Zuweisung für niedergelassene Ärztinnen/Ärzte)
- » Etablierung eines allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Konsiliardienstes in Beratungsstellen und Tageseinrichtungen (z. B. KomFüDro, SHT)
- » Menschen mit unterschiedlichen Pflegeausbildungen sollen in die multidisziplinären Teams der psychosozialen Angebotsstrukturen aufgenommen werden.
- » Durch Ausbildungen und Schulungen werden Menschen in Pflege- bzw. Medizinausbildungen für das Thema Sucht und die Bedürfnisse der davon betroffenen Menschen ausgebildet und sensibilisiert.
- » Mitarbeiter:innen in Pflegeeinrichtungen und -diensten erhalten Fortbildungen zum Thema Sucht.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung:

Suchterkrankte Menschen haben niederschwellig Zugang zu medizinischer Versorgung in einem weiten Verständnis über klinische Ambulanzen, niedergelassene Mediziner:innen oder medizinische Expertise in psychosozialen Angebotsstrukturen. Mitarbeiter:innen mit Pflegeausbildung sind in den meisten Teams Teil einer umfassenden Versorgung. Menschen mit anderen psychosozialen Ausbildungen werden umfassend zu Suchtthemen geschult. Das Thema Sucht wird in allen psychosozialen Ausbildungsschienen in den Lehrplänen berücksichtigt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Sozialversicherung	Ordinationsstätten in psychosozialen Angeboten	
Bund/Länder/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission im Rahmen der Psychiatrieplanung	ÖSG
Land	Pflege und Soziales	
Bund/Land	Ausbildungscurricula	

11. Schaffung eines diversifizierten stationären Therapieangebots

Hintergrund: Neben der ambulanten Unterstützung brauchen suchterkrankte Personen zum Teil auch eine längere stationäre rehabilitative Behandlung. Dafür stehen derzeit im „Haus am Seespitz“ in Maurach Behandlungsplätze zur Verfügung. Für eine große Zahl drogenkonsumierender Personen, vor allem für jene mit psychischen Begleiterkrankungen (z. B. Traumafolgestörungen), ist jedoch eine abstinenzorientierte Suchttherapie nicht indiziert bzw. zum Teil kontraindiziert. Für diese Menschen ist in Tirol kein (teil)stationäres Angebot verfügbar, weshalb Patientinnen/Patienten wohnortfern eine Therapie in anderen Bundesländern in Anspruch nehmen.

Empfohlene Aktivitäten: Schaffung eines stationären (und teilstationären) rehabilitativen Therapieangebots, das auch von Patientinnen/Patienten in Substitutionsbehandlung genutzt werden kann.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es gibt (teil)stationäre Behandlungsplätze zur substitutionsgestützten Drogentherapie in Tirol.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Sozialversicherung	Reha	
Bund/Länder/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission im Rahmen der Psychiatrieplanung	ÖSG
Land	TTHG	

12. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Haft und beim Übergang in die und aus der Haft

Hintergrund: Eine große Anzahl suchterkrankter Menschen ist in Haft. In Erlässen des Justizministeriums ist die Leitlinie des Äquivalenz- bzw. Gleichheitsprinzips verankert. Dieses fordert, dass

dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss (Horvath et al. 2020). Im Gegensatz zu anderen Bundesländern wie z. B. Wien ist die Justizanstalt Innsbruck kaum mit dem System der Suchthilfe vernetzt. Darüber hinaus werden aus der Praxis große Probleme für Personen mit Suchtproblematik bei den Übergängen zu Beginn und am Ende der Haft berichtet. Dass es für diese Übergangsphasen spezifischer Konzepte bedarf, ist eine der Schlussfolgerungen der Evaluation der EU-Ratsempfehlungen zum Thema Schadensminimierung im Drogenbereich (Busch et al. 2013b).

Empfohlene Aktivitäten:

- » Vernetzung zwischen Suchthilfe und Justizanstalt Innsbruck
 - » zur suchtspezifischen Betreuung in Haft
 - » und für ein gelingendes Übergangsmanagement (Übertritt in die und aus der Haft)

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Die suchtspezifische Betreuung in der Justizanstalt Innsbruck entspricht jener außerhalb. Es ist ein Übergangsmanagement implementiert. Die Justizanstalt nimmt an den Gremien der Suchthilfe teil.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund		
Bund/Land		

6.2.3 Menschen mit Spielsucht

Dieser Abschnitt ist mit dem Vorbehalt verfasst und zu lesen, dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt (Juli 2021) unklar ist, welche Veränderungen die demnächst erfolgende Novellierung des Glücksspielgesetzes (GSpG) tatsächlich mit sich bringen wird. Die bundesweit gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen haben einen starken Einfluss darauf, welche Maßnahmen auf der Ebene des Bundeslands sinnvoll sind.

Im Folgenden wird davon ausgegangen, dass es ein anbieterübergreifendes Spielerschutzsystem geben wird und eine Regulation des Onlinegamblings. Weiters ist damit zu rechnen, dass die Glücksspielagenden aus dem BMF in eine unabhängige Behörde ausgegliedert werden. Ob und in welchem Umfang es Werbeeinschränkungen geben wird, ist noch nicht absehbar. Ebenso offen ist, ob es künftig ein von Bundesseite etabliertes professionelles Spielerschutzportal geben wird. Sportwetten haben ein ähnlich hohes Suchtpotenzial wie Glücksspielangebote und sind bei allen Maßnahmen mitzudenken, auch wenn sie nicht dezidiert ins Glücksspielreglement übernommen werden sollten.

Spielsuchtprobleme werden im Folgenden weiter gefasst und inkludieren auch das Wetten und exzessives Gaming. Das beträchtliche Suchtpotenzial von Wetten ist wissenschaftlich hinlänglich belegt, die Problematik findet sich dementsprechend auch in der Suchtberatung wieder. Exzessives Gaming, das Suchtcharakter annimmt, hat sich mit dem in vielfacher Hinsicht grenzenlosen Spieleangebot im Internet mittlerweile zu einer zusätzlichen und weiter wachsenden Problematik entwickelt. Zudem lösen sich auch in der Art der Spielangebote die Grenzen zwischen Gambling und Gaming zunehmend auf (siehe z. B. Lootboxen).

13. Verankerung des Qualitätszirkels Glücksspiel Sportwetten in der Landesstruktur und überregionale fachliche Vernetzung

Hintergrund: Im Zuge einer Initiative von *kontakt+co* und Suchtkoordination wurde 2016 im Sinne der künftigen Weiterentwicklung des Interventionsfeldes der Qualitätszirkel Glücksspiel Sportwetten eingerichtet. Neben einer für das Land Tirol erstellten Expertise wurden Maßnahmen initiiert, um den Vollzug bei Glücksspielkontrollen zu verbessern.

Empfohlene Aktivitäten: Einrichtung des Qualitätszirkels als dauerhafte interdisziplinäre Arbeitsgruppe. Vernetzung mit vergleichbaren Gremien in anderen Bundesländern und Übernahme fachlich sinnvoller Best-Practice-Ansätze. Jährliche Berichtslegung, um sichtbar zu machen, welche Maßnahmen gesetzt wurden und inwieweit diese gefruchtet haben.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es werden zwei bis vier Sitzungen pro Jahr (bedarfsweise) abgehalten und ein jährlicher Bericht zur Dokumentation erreichter Fortschritte sowie Empfehlungen zur weiteren Vorgangsweise unter Einbeziehung relevanter Erfahrungen oder Ideen aus anderen Bundesländern veröffentlicht.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	Glücksspielgesetz; „Spielerschutz“ über das BMF	
Land	Tiroler Wettunternehmergesetz	

14. Entwicklung und Durchführung von Präventionsangeboten im Bereich Glücksspiel und Gaming

Hintergrund: *kontakt+co* hat 2016 begonnen, eine spezifische Expertise zu Glücksspiel und Sportwetten aufzubauen und im Rahmen der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* die Betreuung dieser Thematik übernommen. Ein Ergebnis des Aufbaus der Expertise ist die Erkenntnis, dass zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen nach dem Multiplikatorenmodell sinnvoll sind.

Empfohlene Aktivitäten: Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts für Präventionsangebote im Bereich Glücksspiel und Gaming nach dem Multiplikatorenmodell mit dem Fokus auf bekannte Risikogruppen für pathologisches Glücksspiel, Wetten und Gaming (z. B. für Sportvereine, Berufsschule, Bundesheer)

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es gibt ein Multiplikatorenmodell (inkl. Schulungen, Materialien) zur Erreichung relevanter Zielgruppen, und die entsprechenden Angebote werden genutzt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	Glücksspielgesetz; „Spielerschutz“ über das BMF	
Land	Tiroler Wettunternehmergesetz	

15. Optimierung des Beratungsangebots und Kooperation der Systempartner

Hintergrund: In den Bereichen Spielerschutz und Spielsuchthilfe gibt es zum Teil bereits lange das Beratungsangebot beim Verein *Suchthilfe Tirol* (vormals: *sucht.hilfe BIN*) inklusive der Contra-Gambling-Nachsorge-Gruppe, das spezifische Angebot der *ambulanten Suchtprävention* (ASP) im Kontext exzessives Gaming, punktuelle Kontrolleinsätze (durch Exekutive, Finanzpolizei und Bezirkshauptmannschaften), Schuldnerberatung, Spielerschutzmaßnahmen der Anbieter und ein auf einige einfache Materialien beschränktes Informationsangebot von *kontakt+co*. All diese Maßnahmen können noch besser aufeinander abgestimmt werden.

Empfohlene Aktivitäten: Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur laufenden Optimierung des Beratungsangebots, um jeweils aktuell „state of the art“ zu arbeiten und Strukturen für ein gut geregeltes Zusammenwirken der Anbieter:innen und Akteurinnen/Akteure (*Suchthilfe Tirol*, *ASP*, *Schuldnerberatung*, *Selbsthilfe*) zu schaffen. Auch eine engere Verknüpfung der Spielerschutzmaßnahmen der Glücksspielanbieter mit dem Hilfesystem soll Teil des Konzepts sein.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es gibt ein konkretes Modell der Zusammenarbeit der obengenannten Akteurinnen/Akteure mit wechselseitigen Zuweisungen und eine Dokumentation der Tätigkeiten. Die Zusammenarbeit von Glücksspielanbietern und Suchtberatung findet ihren Niederschlag in einer Zunahme der Zahl der auf diesem Weg in Beratung gelangten Personen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	Glücksspielgesetz; „Spielerschutz“ über das BMF	
Land	Tiroler Wettunternehmergesetz	

16. Lobbying für ein Modell von „Therapie statt Strafe“ für Personen mit Glücksspielsucht

Hintergrund: Begeht eine Person, die von illegalen Drogen abhängig ist, eine Straftat (z. B. Eigentumsdelikte zur Finanzierung des Drogenkonsums), so kann sie sich entweder bereits vor einer Verurteilung oder auch nach einer solchen einer sogenannten gesundheitsbezogenen Maßnahme unterziehen. Wird diese erfolgreich abgeschlossen, wird entweder die Anzeige zurückgelegt oder die Strafe in eine bedingte Strafe verwandelt. Wie im Detail vorzugehen ist, regelt das Suchtmittelgesetz. Entsprechende Regelungen für von Spielsucht betroffene Personen gibt es nicht.

Empfohlene Aktivitäten: Eine entsprechende Diskussion wird auf unterschiedlichem Wege an das Justizministerium herangetragen – z. B. über das Bundesdrogenforum. Die konkrete Gesetzesmaterie, in der dieses Prinzip verankert werden soll, muss noch definiert werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es existiert eine Regelung im Sinne von „Therapie statt Strafe“ auch für von Spielsucht betroffene Personen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	SMG, StPO, Glücksspielgesetz	

6.2.4 Spezifische Zielgruppen

6.2.4.1 Kinder und Jugendliche

17. Optimierung des stationären und spitalsambulanten Angebots der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Zur Optimierung des stationären und spitalsambulanten Angebots im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden im Jahr 2017 im Landeskrankenhaus Hall auf der neu errichteten Kinder- und Jugendpsychiatrie sechs stationäre Betten für Suchtklientinnen/-klienten in Betrieb genommen. Die geschaffenen Betten zur Suchtbehandlung reichen jedoch quantitativ nicht aus. Es gibt dafür z. T. monatelange Wartezeiten. Differenzierte, nichtabstinenzorientierte Angebote sowie Angebote zur substitutionsgestützten Behandlung (ambulant wie stationär) fehlen noch. Zudem gibt es Bedarf für ein spezifisches psychiatrisches Angebot für junge Erwachsene (18 bis 21), die aufgrund ihres Suchtmittelkonsums während ihres Jugendalters Entwicklungsverzögerungen aufweisen.

Empfohlene Aktivitäten:

- » Erhöhung der Behandlungsplätze um vier Betten auf der Suchtstation
- » Erweiterung des suchtmmedizinischen Angebots um die Substitutionsbehandlung
- » bei Bedarf Ermöglichung von Angeboten für die Altersgruppe 18 bis 21 Jahre im Rahmen der KJP und nicht im Erwachsenenbereich und jedenfalls gemeinsame Bedarfsabklärung und engere Kooperation

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es stehen vier zusätzliche Behandlungsplätze zur Verfügung, um die Wartezeit in Bezug auf eine Behandlung in dringenden Fällen auf wenige Tage zu reduzieren. Es wird nicht nur abstinenzorientierte Behandlung, sondern auch Teilentzug und ambulante sowie stationäre Substitutionsbehandlung angeboten. Es gibt auch ein entsprechendes Angebot für die Altersgruppe 18 bis 21.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission im Rahmen der Psychiatrieplanung	ÖSG

18. Schaffung einer bedarfsgerechten, regional ausgewogenen niedergelassenen Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie durch den Ausbau von „Kassenstellen“

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Im Fachgebiet Kinder- und Jugendpsychiatrie gibt es aktuell fünf genehmigte Kassenstellen, davon sind vier Stellen besetzt: zwei in Innsbruck, eine im Tiroler Oberland (Mieming), eine im Unterland (Kufstein); eine Stelle im Bezirk Lienz ist unbesetzt. Im Bezirkskrankenhaus Reutte wird die Versorgung zusätzlich über die Unterstützungsmaßnahme „konsiliarärztlicher Dienst“ abgedeckt. Laut dem Österreichischen Strukturplan Gesundheit (ÖSG) 2017 ist die ambulante Versorgungsdichte im Fachgebiet Psychiatrie mit einer Kassenstelle je 250.000 Einwohner:innen definiert. Die Vorgaben des Regionalen Strukturplans Gesundheit Tirol decken den Bedarf jedoch nicht ab. Es bestehen nach wie vor große Versorgungslücken. Ziel ist ein zeit- und wohnortnahes Behandlungsangebot durch ausgebildete Kinder- und Jugendpsychiater:innen, die sich auch intensiv mit der Suchthematik auseinandergesetzt haben und ihr Wissen in der Praxis anwenden.

Empfohlene Aktivitäten:

- » Es sollen Maßnahmen überlegt werden, um das Behandlungsangebot zu verdichten,
 - » z. B. durch Erhöhung der Zahl der Kassenstellen) sowie
 - » durch den Ausbau von Planstellen in den Krankenanstalten, um in ausreichendem Maß Fachärztinnen/-ärzte ausbilden zu können.
- » Insbesondere gilt es die in Tirol ausgebildeten Fachärztinnen/-ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie auch mit einer spezifischen Kompetenz im Suchtbereich durch geeignete Angebote in der Versorgungslandschaft zu „halten“, indem attraktive Rahmenbedingungen (Entgelt, fixe Berufspraxis nach der Ausbildung) geschaffen werden.
- » Offene Stellen müssen so bald wie möglich besetzt werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Die Anzahl der Kassenstellen im ÖSG und RSG wurde erhöht, und alle Stellen sind mit Fachärztinnen und -ärzten mit entsprechender Suchtausbildung besetzt. Im Bedarfsfall ist eine Behandlung zeitnah und wohnortnah möglich.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission	
Sozialversicherung		
Ärztchammer		

19. Verbesserung des Angebots von Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit einer Suchterkrankung

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Bisher gelang es bei Bedarf einer Psychotherapie nur selten, suchtmittelkonsumierende Jugendliche bzw. junge Erwachsene von den Beratungseinrichtungen erfolgreich in eine ambulante Psychotherapie zu vermitteln. Mögliche Hinderungsgründe sind zum einen die Hochschwelligkeit der Therapieangebote (fixe Termine, Kosten, Weg zur Praxis, Kontinuität) und lange Wartezeiten und zum anderen die teilweise fehlende Suchtexpertise der Therapeutinnen und Therapeuten.

Empfohlene Aktivitäten:

- » Ausbau niederschwellig zugänglicher und kostenloser Angebote für Psychotherapie
- » Zudem soll Psychotherapie direkt in Einrichtungen, die mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen arbeiten, erprobt und etabliert werden – mit dem Ziel, die betroffenen Personen (anfangs) an einem ihnen schon vertrauten Ort zu behandeln und damit Hemmschwellen abzubauen.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Durch den Ausbau niederschwellig zugänglicher und kostenloser Angebote für Psychotherapie ist es mehr Jugendlichen möglich, über einen längeren Zeitraum ein psychotherapeutisches Angebot anzunehmen.

Psychotherapie in den Jugend(drogen)beratungseinrichtungen wurde im Rahmen einer Pilotphase erprobt, und es wurde, basierend auf den daraus entstandenen Erkenntnissen, ein dauerhaftes Angebot geschaffen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Sozialversicherung		

20. Ausbau erlebnispädagogischer Angebote im Regelbetrieb der Sucht- und Drogenberatung von Jugendlichen

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Adaptierung der Empfehlung „Verbesserung der Angebote für Jugendliche: *„Erlebnispädagogik, Peer-Gruppen, pädagogische Ansätze“*“. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Erlebnispädagogische Angebote werden als wichtiges ergänzendes Instrument in der Suchthilfe gesehen und gut angenommen. Die intensive, maßgeschneiderte und individuelle Betreuung und Begleitung ermöglichen etwa die Bearbeitung des Substanzkonsums, das Aufzeigen von Konsumalternativen und den Abbau von Hemmschwellen zur Inanspruchnahme eines längerfristigen Beratungsprozesses. Derzeit beschränkt sich das Angebot auf den Großraum Innsbruck. In den anderen Regionen besteht kein erlebnispädagogisches Angebot für Klientinnen/Klienten der Suchthilfe. Die *Drogenarbeit Z6* erweiterte 2020 das erlebnispädagogische (Gruppen-)Angebot konzeptuell um intensive Einzelmaßnahmen. Dies ermöglicht das Erreichen jener Jugendlichen, die aus unterschiedlichen Gründen keine Gruppenangebote annehmen können oder wollen. Zusätzlich wurden vor Beginn der Pandemie (2019) zwei Vernetzungstreffen mit Erlebnispädagoginnen/-pädagogen organisiert, um sich über bestehende Angebote in Tirol auszutauschen.

Empfohlene Aktivitäten: Erlebnispädagogische Angebote werden ausgebaut, und in allen Tiroler Bezirken können Inhalte wie Drogenkonsum, Sucht, Risikobereitschaft, Gruppendynamik, Selbstwert und -reflexion, Erkennen individueller Grenzen etc. altersgerecht bearbeitet werden und den Zielen der universellen, selektiven und indizierten Prävention situationsgerecht angepasst werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: In ganz Tirol besteht die Möglichkeit, erlebnispädagogische Angebote in Anspruch zu nehmen. Mit der Erweiterung dieses Angebots im Sinne der universellen, selektiven und indizierten Prävention werden Jugendliche auf suchtspezifische Themen hin sensibilisiert und die Inhalte altersentsprechend aufbereitet.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	Förderbereich	

21. Schaffung permanenter kinder- und jugendpsychiatrischer Krisenplätze

Hintergrund: Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie am LKH Hall hat im Regelfall für ganz Tirol vier Behandlungsplätze zur offenen psychiatrischen Krisenintervention zur Verfügung. Diese vier Plätze entfallen allerdings, sobald in der geschlossenen Station ein fünfter Platz benötigt wird, weil dann die räumlichen Kapazitäten nicht mehr zur Verfügung stehen. Eine offene psychiatrische Krisenstation mit vier Plätzen ist notwendig, um kinder- und jugendpsychiatrische Krisenintervention in Tirol sicherzustellen.

Empfohlene Aktivitäten: Schaffung einer offenen kinder- und jugendpsychiatrischen Krisenstation, die permanent als solche zur Verfügung steht

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es besteht eine permanente offene kinder- und jugendpsychiatrische Krisenstation mit mindestens vier Plätzen in Tirol

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung	Landeszielsteuerungskommission im Rahmen der Psychiatrieplanung	ÖSG

22. Optimierung der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen in Sucht- und Drogenberatungsstellen

Hintergrund: Eine kinder- und jugendpsychiatrische Abklärung findet derzeit nur bei einem sehr kleinen Teil jener drogenkonsumierenden Jugendlichen statt, die bereits in einer Sucht- und Drogenberatungsstelle für Jugendliche Hilfe in Anspruch nehmen. Diesem Umstand liegt die Hochschwelligkeit der derzeitigen kinder- und jugendpsychiatrischen Angebote zugrunde.

Empfohlene Aktivitäten: Einführung regelmäßiger Sprechstunden in Sucht- und Drogenberatungsstellen für Jugendliche durch Kinder- und Jugendpsychiater:innen, um einen möglichst niederschwelligen Zugang zur psychiatrischen Versorgung für Kinder- und Jugendliche sicherzustellen

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: In Sucht- und Drogenberatungsstellen für Jugendliche gibt es mindestens zweimal pro Woche für zwei Stunden eine kinder- und jugendpsychiatrische Sprechstunde.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung		

6.2.4.2 Frauen/Männer

23. Förderung gendersensibler Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Adaptierung der Empfehlung „*Förderung bedarfsgerechter Angebote für alkoholabhängige Frauen*“. Die neue Empfehlung wurde in Richtung gendersensibler Angebote breiter gefasst. Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: In der Betrachtung spezifischer Zielgruppen der Suchtarbeit ist die Unterscheidung nach Geschlecht bedeutsam. Dies ist auch eine Folge der nach den Geschlechtern unterschiedlichen Betroffenheit von verschiedenen Suchtformen aufseiten von Frauen und von Männern. Während bei Personen mit Alkoholabhängigkeit, Drogensucht, Spielsucht und beim täglichen Rauchen Männer überrepräsentiert sind, sind das im Falle der Medikamentenabhängigkeit Frauen. Insgesamt zeigt sich über den längeren Zeitverlauf in einigen Bereichen wie z. B. beim Zigarettenrauchen eine Verringerung dieser Geschlechtsunterschiede. In den Suchthilfeeinrichtungen müssen Angebote und Strukturen hinsichtlich einer möglichen Optimierung sowie der Chancengleichheit betrachtet werden. Dabei sollte auch der Transgenderaspekt Beachtung finden.

Empfohlene Aktivitäten: Die Einrichtungen der Tiroler Suchtlandschaft erstellen adäquate Konzepte bezüglich gendersensibler Bedürfnisse und Angebote, die auch den Transgenderaspekt berücksichtigen. Die Suchtkoordination organisiert einen Austausch zur gegenseitigen Vorstellung von Best-Practice-Modellen.

Indikatoren für eine vollständige Umsetzung: Von allen suchtspezifischen Einrichtungen liegen Konzepte bezüglich bedarfsgerechter gendersensibler Angebote inklusive des Transgenderaspekts vor.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen: Die Einrichtungen der Tiroler Suchthilfe bemühen sich, gendersensible Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen zu entwickeln.

6.2.4.3 Ältere Menschen

24. Verbesserung der spezifischen Wohnsituation „älterer“ drogenkonsumierender Personen

Hintergrund: Drogenkonsumierende Personen werden u. a. aufgrund der Verbesserung der medizinischen Behandlungen und des kontinuierlichen Ausbaus von Angeboten der niederschweligen und akzeptanzorientierten Drogenarbeit älter als noch vor einigen Jahrzehnten. Beispielsweise zählte 2019 bereits ein Fünftel der Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung zur Gruppe 50+ und etwa die Hälfte zur Gruppe 40+. Mit dieser erfreulichen Entwicklung geht einher, dass die Wohnsituation im „Alter“ für viele Menschen noch unzureichend geklärt ist, vor allem wenn es beim „Älterwerden“ pflegerischer Versorgung bedarf. Dabei geht es nicht nur um rein physische Belange, sondern auch stark um psychische Faktoren wie z. B. Vereinsamung im Alter. Bestehende Alten- und Pflegeheime sind aufgrund der derzeitigen Strukturen und Zielgruppen nicht der richtige Ort für Menschen mit (jahrelangem) problematischem Drogenkonsum. Wichtig ist hier, zu beachten, dass drogenkonsumierende Personen schon weitaus früher (zum Teil im Alter von rund 50 Jahren) einen bestimmten Bedarf entwickeln bzw. Angebote brauchen, die sonst erst später im Leben auftreten.

Empfohlene Aktivitäten:

- » Schaffung gesicherter Wohnplätze innerhalb einer Wohngemeinschaft (betreutes Wohnen) für die Zielgruppe der „älteren“ drogenkonsumierenden Personen mit persönlichen Rückzugsräumen und einem niederschweligen Pflegekonzept (keine stationäre Pflege im engeren Sinne)
- » Etablierung pflegerischer und medizinischer Angebote in bereits bestehenden Wohneinrichtungen (Mentlvilla und auch andere Notschlafstellen) für Menschen mit problematischem Drogenkonsum im Rahmen der einrichtungsspezifischen Möglichkeiten
- » Errichtung einer weiteren Pflegeeinrichtung in Anlehnung an die „Pflegestation Hunoldstraße“ speziell für drogenkonsumierende Personen

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: „Ältere“, einkommensschwache drogenkonsumierende Personen haben bei einer Verschlechterung ihres Gesundheitszustands die Möglichkeit, vorübergehend eine Unterkunft in einer stationären Pflegeeinrichtung zu bekommen. Auf langfristige Sicht haben älter werdende Menschen mit jahrelangem Substanzkonsum die Möglichkeit, ihren Lebensabend in den eigenen vier Wänden oder im Rahmen betreuten Wohnens mit dem Angebot pflegerischer und medizinischer Unterstützung zu verbringen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	Pflege	

6.2.5 Wohnstrukturen für suchtkranke Menschen

25. Schaffung von Übergangswohnmöglichkeiten für Personen mit einer Suchterkrankung

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Adaptierung und Erweiterung der Empfehlung „Verbesserung der spezifischen Wohnsituation von Suchtklientinnen und Suchtklienten mit multiplem Substanzgebrauch nach 1) stationärer Entzugsbehandlung, 2) nach Haftentlassung“. Der Umsetzungsstand wird für den Bereich Haftentlassung als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Menschen mit problematischem Drogenkonsum sind, wenn sie nach einem Aufenthalt in einer Notschlafstelle in eine eigene Wohnung ziehen, mit der Situation häufig überfordert. Sie laufen in weiterer Folge Gefahr, diese Wohnung schnell wieder zu verlieren. Auch nach Konsumstabilisierung oder Entzug ist eine Rückkehr in Notschlafstellen oder Obdachlosigkeit zu vermeiden. Stabile Suchtklientinnen und -klienten benötigen Unterstützung bei der Klärung ihrer Wohnsituation. Erfolgt sie nicht, steigt das Risiko deutlich, dass die alten Konsummuster wieder aktiviert werden. Suchtklientinnen/-klienten mit multiplem Substanzgebrauch steht nach der Haftentlassung derzeit die *Mentlvilla* der Caritas der Diözese Innsbruck zur Verfügung. Für Haftentlassene hat *NEUSTART* (Verein für Bewährungshilfe und soziale Arbeit) mit dem Verein

DOWAS (Verein für Wohnungs- und Arbeitsuchende) eine Kooperationsvereinbarung. In diesem Rahmen werden Klientinnen und Klienten ein gewisses Kontingent an Wohn- bzw. Schlafplätzen der unterschiedlichen Einrichtungen (betreutes Wohnen, Übergangswohnheim, Chill-out) zur Verfügung stellt. Ein weiteres Wohnangebot bietet der Verein *Brücke* Haftentlassenen für maximal drei Monate an. Beide Angebote sind auf die Zielgruppe Haftentlassene ausgerichtet. Wohnungslose Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung sind häufig von Gewalt und damit auch vom Risiko, psychisch zu erkranken, betroffen. Frauennotschlafplätze und Krisenplätze für diese Zielgruppe sind notwendig, da ein optimaler Schutz dieser besonders vulnerablen Gruppe nur in einer Fraueneinrichtung gewährleistet werden kann.

Empfohlene Aktivitäten:

- » Ausbau betreuter Übergangswohnmöglichkeiten (BeWo)
 - » nach Stabilisierung und Entzug,
 - » nach Haftentlassung,
 - » nach einem Aufenthalt in Angeboten der Wohnungslosenhilfe und
 - » für suchtkranke Frauen in Krisensituationen

Für die Menschen mit den obengenannten Problemlagen darf ein problematischer Drogenkonsum kein Ausschlussgrund sein.

Dazu muss zuerst abgeklärt werden, ob Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe oder der Existenzsicherung, die beispielsweise in der ARGE BeWo zusammengeschlossen sind, ihre Angebote ausbauen können. Neben den räumlichen Fragen sind solche des inhaltlichen Konzepts zu berücksichtigen, in dem es vor allem um ein Mehr an speziell geschultem Personal geht.

Der Fokus ist dabei auf eine langfristige Stabilisierung der persönlichen Lebenssituation und das Erlernen von Sozial- und Wohnkompetenzen gerichtet.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung:

BeWo-Plätze

- » Für Menschen mit problematischem Drogenkonsum stehen acht bis zehn Plätze für eine Wohndauer von bis zu drei Jahren zur Verfügung.
- » Für Menschen nach Entzugs- bzw. Entwöhnungsbehandlungen stehen vier Plätze zur Verfügung.
- » Suchtklientinnen/-klienten mit multiplem Substanzgebrauch, die aus der Haft entlassen werden, steht ein Platz zur Verfügung.
- » Für Frauen stehen zwei Plätze zur Verfügung.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	Haftentlassenen- und Bewährungshilfe	
Land	Förderbereich	

26. Verbesserung der Wohnsituation für Suchtklientinnen und -klienten mit multiplem Substanzgebrauch, die psychiatrische Mehrfachdiagnosen aufweisen

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Für Personen mit multiplem Substanzgebrauch und psychiatrischen Mehrfachdiagnosen stellt einerseits die *Ment/villa*, eine Einrichtung der Caritas, ein auf sechs Monate begrenztes Wohnangebot zur Verfügung. Darüber hinaus stehen derzeit im Rahmen des „betreuten Wohnens“ beim Verein für Obdachlose, beim Verein *DOWAS*, bei *DOWAS für Frauen* sowie der *Aidshilfe Tirol* weitere Wohnmöglichkeiten (in der Regel dislozierte Wohnungen im Stadtgebiet Innsbruck) auf längere Zeit zur Verfügung. Im Bereich „betreutes Wohnen“ wurden die Zahl der Wohnplätze kontinuierlich erhöht. Betreute Wohnplätze für abstinenzorientierte Klientinnen und Klienten stehen gegenwärtig vereinzelt in den sozialpsychiatrischen Einrichtungen von *pro mente Tirol*, *IWO* und beim *Psychosozialen Pflegedienst Tirol (PSP)* zur Verfügung. Personen mit einer akuten Suchterkrankung können hingegen nicht aufgenommen bzw. betreut werden.

Empfohlene Aktivitäten: Fortführung der obengenannten bestehenden Angebote in den Suchteinrichtungen für Klientinnen/Klienten mit multiplem Substanzgebrauch und psychiatrischen Mehrfachdiagnosen und in sozialpsychiatrischen Einrichtungen für Personen, die abstinenter leben wollen. Klärung, ob – und falls ja, welche – Einrichtungen langfristig betreute Wohnmöglichkeiten als Angebot für diese Zielgruppe schaffen können.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Suchtklientinnen/-klienten mit psychiatrischen Mehrfachdiagnosen stehen entsprechende Wohnangebote zur Verfügung.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	TTHG	

27. Verbesserung der Wohnsituation für Eltern in Substitutionsbehandlung mit ihren Kindern

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und folgendermaßen adaptiert: die Zielgruppe „Frauen (mit Kindern) in Substitutionsbehandlung“ wurde zu „Eltern oder Elternteil (mit Kindern) in Substitutionsbehandlung“ geändert. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Bis 2018 gab es nur außerhalb Tirols Betreuungsmöglichkeiten (Sonderkrankenhaus Marienhof Niederösterreich) für Frauen/Paare (mit Kindern) in Substitutionsbehandlung. Der Bedarf für Tirol wurde im Besonderen immer wieder von der Drogenambulanz Innsbruck mit der Abteilung Kinder- und Jugendhilfe thematisiert. Im *Eltern-Kind-Wohnen (EKIWO)* von *SOS-Kinderdorf* wurden 2018 auch in Tirol Betreuungsmöglichkeiten für Frauen bzw. Paare (mit Kindern) in Substitutionsbehandlung geschaffen.

Empfohlene Aktivitäten: Fortführung und Evaluation des bestehenden Angebots. Aufbauend auf der Evaluierung wird das Projekt bedarfsgerecht ausgebaut.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Das Eltern-Kind-Wohnangebot für Suchtklientinnen und -klienten in Substitutionsbehandlung wurde bedarfsgerecht ausgebaut.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	TKJHG	

28. Verbesserung der Wohnsituation für Jugendliche mit multiplem Substanzgebrauch

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Die Verbesserung der spezifischen Wohnsituation Jugendlicher mit problematischem Konsumverhalten wurde durch die Schaffung zweier Plätze für betreutes Wohnen im *SOS-Kinderdorf* teilweise umgesetzt. Das derzeitige Angebot für betreutes Wohnen im *SOS-Kinderdorf* weist einen hohen Betreuungsschlüssel inklusive Nachtdienst auf. Zudem besteht eine konsiliarpsychiatrische, psychosoziale und suchtberaterische Begleitung, die weiterhin ausgebaut werden soll. Weitere Plätze in den Bezirken werden angestrebt. Auf die Zielgruppe der jungen Erwachsenen (18 bis 21 Jahre) ist besonders Bedacht zu nehmen, und die Möglichkeiten des TKJHG sind dahingehend zu nutzen, dass auch junge Erwachsene betreut werden. Bei dieser Zielgruppe ist eine Verlängerung der Betreuung jedenfalls immer zu befürworten.

Empfohlene Aktivitäten: Es werden in den drei Regionen Oberland, Unterland und Zentralraum weitere „intensiv BEWO plus“-Plätze für Jugendliche geschaffen. In diesen Einrichtungen ist der Konsum illegaler Substanzen kein Ausschlussgrund. Das Ziel ist in erster Linie ein nicht mehr riskantes Konsumverhalten. Die Entwicklung von Perspektiven und Handlungsmöglichkeiten abseits des Drogenkonsums steht dabei im Fokus. Zudem soll eine Änderung des § 5 (2) TKJHG dahingehend geprüft werden, dass Erziehungshilfen für junge Erwachsene auch dann gewährt werden können, wenn diese nicht schon vor der Volljährigkeit begonnen wurden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Jugendliche mit problematischem Konsumverhalten können bei Bedarf ein solches Wohnangebot nutzen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	TKJHG	

29. Optimierung der sozialpsychiatrischen Einzelbegleitung und des Wohnens für junge Erwachsene mit einer Suchterkrankung

Hintergrund: Junge Erwachsene mit Suchterkrankung und Wohnbedarf im Alter zwischen 18 und 25 Jahren werden von KJH-Maßnahmen nicht mehr ausreichend erfasst und in den Erwachsenenstrukturen häufig nicht gut versorgt. Aufgrund des frühen Einstiegs in den Suchtmittelkonsum und einer damit verbundenen Entwicklungsverzögerung wäre für diese Zielgruppe häufig eine höhere Betreuungsfrequenz nötig als im Erwachsenenbereich.

Empfohlene Aktivitäten: Abklärung eines Optimierungspotenzials der Leistungen „Sozialpsychiatrische Einzelbegleitung / Case-Management“ und „begleitetes Wohnen in einer Wohngemeinschaft“ des TTHG dahingehend, die Zielgruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren, die eine Suchterkrankung aufweisen, noch besser zu versorgen.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es bestehen verbesserte Angebote für „Sozialpsychiatrische Einzelbegleitung / Case-Management“ und „begleitetes Wohnen in einer Wohngemeinschaft für junge Erwachsene mit einer Suchterkrankung“. Die Konzeptionen dieser Angebote entsprechen den speziellen und komplexen Situationen junger Erwachsener mit einer Suchterkrankung.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	TTHG	

6.2.6 Tagesstruktur, Beschäftigung, Arbeit

30. Schaffung von bedarfs- und zielgruppenorientierter Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen und ist eine Umformulierung der Empfehlung „*Konzipierung von bedarfs- und zielgruppenorientierten Arbeitsprojekten*“. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Arbeit und sinnvolle Beschäftigung sind zentrale Parameter für die Integration und Rehabilitation. Entsprechend der sehr unterschiedlichen Lebens- und Krankheitssituation von Personen mit einer Suchterkrankung bedarf es gezielter arbeitsmarktinTEGRATIVER bzw. rehabilitativer und auch tagesstrukturierender Angebote.

Eine im Jahr 2014 vom Land Tirol und vom AMS in Auftrag gegebene Studie zur *Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol*²¹ machte unter anderem deutlich, dass in den Bereichen Arbeitsmaßnahmen, Beschäftigung und Tagesstruktur bei der Heranführung an den ersten Arbeitsmarkt, den „erweiterten Arbeitsmarkt“ (zweiten Arbeitsmarkt) bzw. an das Ziel einer allgemeinen Stabilisierung, die Zugänge sehr niederschwellig angelegt und stufenweise fortgeführt werden sollten.

Empfohlene Aktivitäten:

Die Studie zur *Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol* wird zusammengefasst und die konkrete Umsetzbarkeit für alle Maßnahmen geprüft.

Bestehende Angebote in den Suchthilfeeinrichtungen sollen verbessert und ausgebaut werden. Bestehende (sozialpsychiatrische) Angebote sollen vermehrt auch für suchtkranke Personen geöffnet bzw. erweitert werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung:

- » Die Empfehlungen der Studie zur *Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol* wurden zusammengefasst und die konkrete Umsetzbarkeit für alle Maßnahmen geprüft.
- » Die bestehenden arbeitsmarktinTEGRATIVEN bzw. rehabilitativen Arbeits- und Beschäftigungsstrukturen wurden fortgeführt.
- » Der Ausbau und die Erweiterung rehabilitativer Beschäftigungsstrukturen sowie die Umsetzung neuer diesbezüglicher Projekte in den Suchthilfeeinrichtungen wurden bedarfsgerecht umgesetzt.
- » Bestehende (sozialpsychiatrische) Angebote wurden auch für suchtkranke Personen geöffnet bzw. erweitert.

²¹ SOFFI – Soziales Förderungs- und Forschungsinstitut, Innsbruck

- » Für die Zielgruppe suchtkranker Menschen, bei denen eine berufliche Integration ohne medizinische oder berufliche Rehabilitation oder andere arbeitsmarktpolitische Interventionen aufgrund ihrer gesundheitlichen Vermittlungseinschränkungen nicht oder nicht in absehbarer Zeit möglich ist, wurden auf dem „erweiterter Arbeitsmarkt“ (zweiten Arbeitsmarkt) Ansätze einer stufenweisen Reintegration in sozialökonomische Betriebe (SÖB) und gemeinnützige Beschäftigungsprojekte (GBP) auf ihre Umsetzbarkeit geprüft, bzw. wurden suchtkranke Menschen in diese Strukturen integriert.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Je nach individuellem Bedarf stehen arbeitsmarkt-integrative bzw. rehabilitative Arbeits- bzw. Beschäftigungsangebote für Menschen mit einer Suchterkrankung in ausreichender Zahl zur Verfügung.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	AMS* Sozialministeriumservice und seine Landesstellen (SMS)	
Sozialversicherungsträger	PVA, SVS, BVAEB	

*Durch das Sozialrechtsänderungsgesetz (SRÄG), das 2014 in Kraft trat, hat auch das AMS die Förderung und Wiedereingliederung gesundheitlich beeinträchtigter Menschen als Aufgabe erhalten – im Rahmen der beruflichen Rehabilitation.

6.2.7 Schadensminimierung

31. Ausweitung und Optimierung der Angebote einer flächendeckenden Spritzenabgabe

Diese Empfehlung stellt eine Erweiterung der Empfehlung von 2012 „*Schaffung eines unkomplizierten, leicht erreichbaren und kostengünstigen Zugangs zu sterilem Injektionsbesteck mittels Spritzenautomaten*“ dar. Der Umsetzungsstand wird als **teilweise umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Flächendeckender Spritzentausch bzw. das Zurverfügungstellen steriler Spritzen für Personen, die intravenös Drogen konsumieren, stellen eine wichtige international anerkannte Säule der Schadensminimierung dar und dienen insbesondere zur Prophylaxe von Infektionen mit drogenassoziierten Infektionskrankheiten wie HIV und Hepatitis (ECDC&EMCDDA 2011). Dies ist insbesondere wegen der hohen HCV-Infektionsraten von bis zu über 80 Prozent in der Gruppe mit intravenösem Drogengebrauch wichtig.

Der kostenlose 1:1-Spritzentausch wird derzeit nur in Innsbruck durchgeführt. Außerhalb der Stadt Innsbruck können Angebote zur Abgabe sterilen Spritzbestecks von Personen mit intravenösem

Drogenkonsum nicht flächendeckend in Anspruch genommen werden. Eine niederschwellige psychosoziale und pflegerische Beratungseinrichtung für vorwiegend intravenös konsumierende Personen mit Aufenthaltsmöglichkeit in Kombination mit Spritzentausch ist ebenfalls nur in Innsbruck zu finden. Spritzenautomaten gibt es derzeit in den Bezirken Innsbruck-Stadt, Innsbruck-Land, Imst und Kufstein.

Um die Situation zu verbessern, stehen im Wesentlichen drei Maßnahmen zur Verfügung:

1. tageweises Angebot eines mobilen Spritzentauschs mit psychosozialem und pflegerischem Beratungsangebot
2. Spritzenautomaten in Bezirken, in denen es ein solches Angebot noch nicht gibt (Landeck, Schwaz, Kitzbühel, Lienz, Reutte)
3. Spritzentausch in Apotheken

Empfohlene Aktivitäten: Umsetzung eines flächendeckenden und bedarfsgerechten Spritzentauschs in ganz Tirol durch Kombination der drei genannten Ansätze.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es existiert in allen Tiroler Bezirken ein bedarfsgerechter niederschwelliger Zugang zu sterilen Spritzen für Personen mit intravenösem Drogengebrauch.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Sozialversicherung		
Land	Förderbereich	

32. Maßnahmen zur Schadensminimierung und Verhinderung drogenbezogener Todesfälle – Gesundheitsraum und (Peer-)Naloxonprogramme

Hintergrund: Vor dem Hintergrund der in Tirol im Vergleich zu anderen Bundesländern hohen Raten drogenbezogener Todesfälle (vgl. Abschnitt 5.3.4) kommt Maßnahmen zur Reduktion der Mortalität aufgrund von Überdosierungen großer Stellenwert zu. Dabei ist auch die Lebenssituation von Personen, die Gefahr laufen, an einer Überdosierung zu versterben, zu berücksichtigen. Hier zeigt sich, dass insbesondere bei älteren drogenabhängigen Personen (mit bereits angegriffenem Gesundheitszustand) die tödlich verlaufenden Überdosierungen ansteigen. Auch Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung betrifft diese Problematik, z. B. bei einem Rückfall in den intravenösen Drogenkonsum. Zur Prophylaxe drogenbezogener Todesfälle stehen zwei wissenschaftlich evaluierte Maßnahmen zur Verfügung:

1. Gesundheitsräume, in denen unter geschützten Bedingungen Drogen konsumiert werden können (EBDD 2010). Zusätzliche Aspekte dieser Maßnahme sind die Verringerung des Drogenkonsums im öffentlichen Raum und die Integration besonders gefährdeter Klientinnen und Klienten in das Hilfsnetz der Drogenhilfe.
2. Die WHO und die EMCDA betonen die Wirksamkeit der Abgabe von Naloxon an drogenkonsumierende Personen als Maßnahme zur Prävention von Überdosierungen (WHO 2014). Naloxon hebt die atemdepressive Wirkung von Opioiden kurzfristig auf, was Zeit für weitere lebensrettende Maßnahmen wie das Verständigen der Rettung gewährt. In Verbindung mit Drogennotfallschulungen erfolgt die Abgabe von Naloxon oft in sogenannten Peer-Naloxon-Programmen. Damit ist die Verabreichung von Naloxon-Nasenspray durch geschulte Personen (Nichtmediziner:innen) gemeint. Entsprechende Projekte gibt es bereits in Graz und Wien.

Empfohlene Aktivitäten: Erarbeitung eines Konzeptes zur Reduktion der drogenbezogenen Todesfälle in Tirol durch Kombination der zwei genannten Ansätze unter Beachtung der gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Ein Gesundheitsraum und Naloxonprogramme sind implementiert und führen zu einem Rückgang der drogenbezogenen Todesfälle in Tirol.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Sozialversicherung		
Land	Förderbereich	

33. Hepatitis-C-Behandlungsprogramm für Personen mit intravenösem Drogengebrauch

Hintergrund: Intravenöser Drogengebrauch ist derzeit der häufigste Ansteckungsweg bezüglich Hepatitis C (HCV). Die chronische HCV-Infektion ist bei intravenös drogenkonsumierenden Personen weitverbreitet. Auch für Tirol ist davon auszugehen, dass bis zu 80 Prozent der intravenös drogenkonsumierenden Personen Kontakt mit Hepatitis C hatten (vgl. Abschnitt 5.3.3). Seit kurzer Zeit stehen nun effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, was die WHO veranlasst hat, ein Programm zur HCV-Elimination bis 2030 auszurufen, dessen Ziel es ist, möglichst alle potenziell davon betroffenen Risikogruppen (drogenkonsumierende, wohnungslose Personen, MSM²²) zum Screening und für eine Behandlung zu erreichen (WHO 2017). Um dies erreichen zu können, müssen in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Personen mit intravenösem Drogenkonsum auf Hepa-

²² men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben

titis C gescreent und behandelt werden, damit sich bereits behandelte Personen nicht erneut infizieren (BMASGK 2019). In Wien wurde in diesem Zusammenhang das Projekt *Let's End Hepatitis C* ins Leben gerufen, bei dem allen Personen in Opioidsubstitutionsbehandlung bei der amtsärztlichen Rezeptvidierung ein HCV-Screening angeboten wird. Auch die Abgabe und Einnahme der HCV-Medikamente zusammen mit den Substitutionsmitteln hat sich bewährt.

Empfohlene Aktivitäten: Erstellung und Umsetzung eines Konzepts für Tirol zur HCV-Behandlung von Personen mit intravenösem Drogengebrauch unter Einbindung von Suchtkoordination, hepatologischen Fachabteilungen in den Krankenanstalten, der niedergelassenen Ärzteschaft, Drogenhilfe, Wohnungslosenhilfe und AIDS-Hilfe zur besseren Erreichbarkeit der Menschen mit hohem Risiko und geringer Anbindung an das Gesundheitssystem.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es gibt ein differenziertes Angebot zum Testen und für die Behandlung von Hepatitis C, wodurch auch Personen mit geringer Anbindung an das Gesundheitssystem erreicht werden. Die Zahl der Hepatitis-C-Neuinfektionen in den betroffenen Risikogruppen konnte reduziert werden.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung		Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis

34. Ausweitung des Drug-Checking-Angebots auf synthetische Substanzen und Cannabis

Hintergrund: Seit 2014 bietet die *Drogenarbeit Z6* in Kooperation mit dem Institut für Gerichtliche Medizin Innsbruck Drug-Checking an. Proben synthetischer Substanzen können von konsumierenden Personen abgegeben und mittels chemisch-toxikologischer Analyse auf ihre Zusammensetzung überprüft werden. So werden insbesondere Konsumierende erreicht, die sonst kein Angebot der Suchtprävention und -hilfe in Anspruch nehmen. Neben Schadensminimierung durch Information über Inhaltsstoffe und Gesundheitsgefahren leistet Drug-Checking auch einen wichtigen Beitrag zur Beschreibung der Situation hinsichtlich Drogenkonsum und zum österreichischen bzw. europaweiten *Frühwarnsystem psychoaktive Substanzen*. Seit einigen Jahren gibt es bei Cannabis den europaweiten Trend in Richtung hoher THC- bzw. geringer CBD-Werte, wodurch sich die psychoaktiven Wirkungen verstärken. Auch die Beimengung synthetischer Cannabinoide, die große Gesundheitsgefahren mit sich bringen, wird beobachtet. Das Gesundheitsrisiko bei Cannabiskonsum hat sich somit wesentlich erhöht. Es besteht derzeit allerdings keine Möglichkeit des Drug Checkings für Cannabisprodukte.

Empfohlene Aktivitäten: dauerhafte Absicherung des Drug-Checkings für synthetische Substanzen und Erweiterung um die Möglichkeit des Cannabis-Drug-Checkings

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es besteht ein dauerhaftes Drug-Checking-Angebot für synthetische Substanzen und für Cannabis.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	Förderbereich	

6.2.8 Selbsthilfe und Partizipation

35. Stärkung bzw. Aufbau von Strukturen der Selbsthilfe

Hintergrund: Selbsthilfegruppen sind insbesondere in der Nachsorge ein wichtiger Baustein eines diversifizierten Suchthilfesystems. Oft ergeben sich basierend auf Selbsthilfegruppen auch Möglichkeiten der Interessenvertretung in relevanten Gremien und im Zuge von Projektentwicklungen im Sinne der Partizipation.

Es gibt in Tirol bis dato drei Selbsthilfegruppen im Bereich Alkohol (AA, Al-Anon, Blaues Kreuz). AA und Al-Anon sind derzeit in mehreren Tiroler Bezirken mit Gruppentreffen vertreten, das Blaue Kreuz nur in Jenbach. Die Bildung einer Selbsthilfegruppe von Konsumierenden illegaler Drogen ist in Planung. Für pathologisches Spielen und Wetten bzw. Medikamentenabhängigkeit gibt es derzeit keine Pläne für Selbsthilfeinitiativen. Schritte in Richtung Unterstützung der Etablierung einer aktiven Selbsthilfeszene könnten eventuell vonseiten jener Einrichtungen gesetzt werden, die derzeit bereits Nachsorgeangebote in Zusammenarbeit mit der Selbsthilfe Tirol betreiben.

Empfohlene Aktivitäten: Motivation zur aktiven Selbsthilfe und deren Förderung. Beteiligung der Selbsthilfe in relevanten Gremien und bei der Entwicklung von Maßnahmen. Als gutes Beispiel kann hier die trialogische Beratungsstelle *Tipsi*²³ genannt werden, die eine niederschwellige, kostenfreie und anonyme Anlaufstelle für Menschen in psychosozialer Problemlage und deren Angehörige darstellt.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Im Bereich Alkohol gibt es in jedem Bezirk eine Selbsthilfegruppe für Betroffene und Angehörige. Für die Bereiche illegale Substanzen sowie pathologisches Spielen/Wetten gibt es zumindest je eine Selbsthilfegruppe in Tirol. Es finden regelmäßige und ausreichend besuchte Gruppentreffen statt. Die Selbsthilfe beteiligt sich an relevanten Gremien (z. B. ARGE Sucht, Qualitätszirkel Glücksspiel) und wird bei der Entwicklung von Maßnahmen eingebunden.

²³ <https://www.tipsi.at> (Zugriff am 12. 8. 2021)

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/ Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	Förderbereich	

36. Mitwirkung ehemals suchtkranker Personen an Suchthilfemaßnahmen

Hintergrund: Ehemals Suchtkranke wissen gut über die Problemlagen Suchtkranker Bescheid. Deswegen ist ihre Partizipation an Suchthilfemaßnahmen sinnvoll. In Tirol existiert z. B. im klinischen Bereich im Krankenhaus St. Vinzenz in Zams ein diesbezügliches Projekt (EX-IN).

Empfohlene Aktivitäten: Einbindung ehemals suchtkranker Personen als Mitarbeiter:innen bei Suchthilfemaßnahmen

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Der EX-IN-Ansatz funktioniert und wird praktiziert.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen: Die Einrichtungen der Tiroler Suchthilfe bemühen sich, auch ehemals suchtkranke Menschen in ihre multidisziplinären Teams miteinzubeziehen.

6.2.9 Digitalisierung

37. Entwicklung eines Konzepts zum Einsatz von E-Health-Interventionen im Rahmen der Suchthilfe

Hintergrund: Im Rahmen der Coronakrise erfolgte in vielen Einrichtungen der Suchthilfe ein teilweiser Umstieg auf Onlinekommunikation und Onlinetherapie. Eine vom GÖG-Kompetenzzentrum Sucht 2020 durchgeführte Umfrage unter den neun Drogen- und Suchtkoordinationen ergab, dass E-Health-Interventionen, mit denen gute Erfahrungen gemacht wurden, auch nach Beendigung der Krise das Angebotsspektrum der Suchthilfe erweitern sollen. Sie dürfen aber keinesfalls als vollwertiger Ersatz für persönliche Kontakte angesehen werden. Die Eignung von E-Health-Interventionen ist nicht zuletzt von der vorliegenden Problematik abhängig, z. B. kann Videotelefonie bei sozialen Phobien eine für Klientinnen und Klienten angenehme Alternative sein. (Strizek 2021). Nutzen und Grenzen von E-Health-Interventionen müssen klar erkannt werden.

Empfohlene Aktivitäten: Erweiterung des Angebots der Suchthilfe in Tirol um E-Health-Interventionen

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: E-Health-Interventionen in der Suchthilfe wurden entwickelt und umgesetzt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen: Die Einrichtungen der Tiroler Suchthilfe bemühen sich, E-Health-Interventionen anzubieten.

6.3 Interventionsfeld Sicherheit

„Reduzierung des Drogenangebots (Supply-Reduction) – Verbesserung der Sicherheit“ stellt eine zentrale Säule der EU-Drogenstrategie 2021–2025 dar (EU 2020). Supply-Reduction fokussiert auf die Verringerung des Angebots an Drogen durch Verfolgung des organisierten und gewerbsmäßigen Drogenhandels. Auch Gewaltprävention in Zusammenhang mit illegalen Drogen ist ein prioritärer Bereich. Im Prinzip sind die Aspekte Supply-Reduction und Sicherheit aber nicht nur für den Bereich illegale Drogen, sondern auch für andere Suchtformen relevant. Daher ist das Interventionsfeld Sicherheit neben Prävention und Suchthilfe auch die dritte Säule der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie (BMG 2015). Dieses Interventionsfeld umfasst folgende Themenbereiche und Prinzipien:

- » Jugendschutzbestimmungen bezüglich Alkohol, Tabak und Glücksspiel bedürfen als wichtiger Bereich der Suchtpolitik einer zeitgemäßen und effektiven Umsetzung und Kontrolle.
- » Nach dem Prinzip „Therapie statt Strafe“ haben Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe bei suchtbedingter Kriminalität Vorrang vor der strafrechtlichen Verfolgung. Strafrechtliche Verfolgung soll in erster Linie auf den illegalen Suchtmittelhandel fokussieren und stellt ein wichtiges Mittel zur Angebotsverringerung dar.
- » Die Problemfelder alkoholassoziierte Gewalt innerhalb und außerhalb der Familie sowie Alkoholkonsum im Straßenverkehr bedürfen einer gut abgestimmten, ressortübergreifenden Lösungsstrategie.
- » Repressive Maßnahmen müssen derart ausgewogen erfolgen, dass sie nicht durch Marginalisierung und Ausweichverhalten der Betroffenen in die Illegalität ein erhöhtes Gesundheitsrisiko zur Folge haben.
- » Die subjektive und objektive Sicherheit für die Bevölkerung ist zu gewährleisten.
- » Neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Suchtmittelproblems werden sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen eingesetzt.
- » Eine wichtige Rolle im öffentlichen Raum kommt der aufsuchenden sozialen Arbeit und der Polizei zu, die bei Interessenkonflikten zwischen unterschiedlichen Gruppen vermitteln und durch Präsenz und angemessene Interventionen Irritationen und Ängste in der Bevölkerung abbauen können.

Das Interventionsfeld Sicherheit umfasst somit eine breite Palette unterschiedlicher Themen und Maßnahmen mit vielen Überschneidungsbereichen zu den Interventionsfeldern Suchthilfe und Prävention. Zum Teil bestehen auch Konfliktfelder. Ein klassisches Beispiel sind Gesundheitsräume, wo in geschütztem Rahmen Drogen konsumiert werden können. Internationale Erfahrungen zeigen, dass diese evidenzbasierte Maßnahme zur Verringerung der drogenbezogenen Mortalität durch

Überdosierungen nur bei entsprechendem Rechtsrahmen und in enger Kooperation zwischen Suchthilfe und Exekutive umsetzbar ist. Daher ist Vernetzung, Kommunikation und Abstimmung zwischen den Interventionsfeldern Prävention, Suchthilfe und Sicherheit von zentraler Wichtigkeit.

38. Kontinuierliche Kooperation zwischen Sicherheit, Suchtprävention und Suchthilfe

Hintergrund: Eine optimale Umgangsweise mit der Suchtproblematik kann nur in Kooperation zwischen Angebotsreduktion (Jugendschutz und Vorgehen gegenüber illegalem Glücksspiel sowie Drogenhandel) und Nachfragereduktion (Suchthilfe) erfolgen. Dass hinsichtlich der Kooperation dieser Bereiche auch international Verbesserungsbedarf besteht, betont auch die EU-Drogenstrategie 2021–2025 (EU 2020). Das Ziel ist hier, illegale Aktivitäten, die zu einer Verschärfung der Suchtproblematik beitragen, einzudämmen und Suchtproblematiken durch ein konstruktives Zusammenwirken mit dem Hilfesystem und die Mitwirkung an Präventionsmaßnahmen zu verringern. Das Prinzip „Hilfe statt Strafe“ sollte unterstützt, Maßnahmen der Suchthilfe und Schadensminderung sollten aber nicht konterkariert werden.

Empfohlene Aktivitäten: regelmäßige und institutionalisierte Kommunikation zwischen Exekutive, Justiz, Suchthilfe und Prävention, um wechselseitige Informationsmängel, Vorbehalte, Missverständnisse und etwaige Konflikte ausräumen zu können

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es existiert eine institutionalisierte Kommunikation zwischen Exekutive, Justiz, Suchthilfe und Prävention. Polizei und Justiz beteiligen sich regelmäßig an relevanten Gremien (z. B. ARGE Sucht) und an koordinierten Präventionsmaßnahmen (z. B. schulische Suchtinformation durch externe Expertinnen/Experten).

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	SMG, Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, Glücksspielgesetz, StVO	
Land	Tiroler Jugendgesetz, Tiroler Wettunternehmergesetz	

39. Fortführung der Kontroll- und Vollzugsmaßnahmen zur Eindämmung des illegalen Glücksspiels und zur Kontrolle der Gewährleistung des Spielerschutzes auf ausreichendem Niveau

Hintergrund: Neben legalen Glücksspielanbietern gibt es auch illegale Anbieter, die illegal aufgestellte Glücksspielautomaten, Dual-Use-Geräte (getarnte Geräte) oder hybride Formen webbasierter Dienste nutzen. Da hier die Gefahr besteht, dass gesetzlich vorgeschriebene Spielerschutzmaßnahmen nicht eingehalten werden, muss dieser Bereich möglichst klein gehalten werden. Zudem bedarf es einer wirksamen Kontrolle von Spielerschutzstandards bei den legalen Anbietern

von Glücksspiel. Die Problematik tangiert mehrere unterschiedliche politische Ressorts (Gesundheit, Soziales, Gemeinden, Finanzen sowie Wetten- und Buchmacherwesen, Veranstaltungswesen und LPG) und war bislang strukturell in der Gemeindeabteilung verortet.

Empfohlene Aktivitäten: Eine übergeordnete Koordinationsstelle wird festgelegt wie idealerweise die Abteilung Gemeinden. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur Verbesserung der Möglichkeiten wirkungsvoller Kontroll- bzw. Vollzugsmaßnahmen im Rahmen des neuen GSpG. Sicherstellung eines guten Schulungsstands der in diesem Bereich tätigen Personen (insbesondere an den BH). Regelmäßige Durchführung und Dokumentation von Kontrolleinsätzen in allen Bezirken

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es finden das ganze Jahr über und alternierend in den einzelnen Bezirken Kontrolleinsätze statt, und die darin involvierten Behörden kooperieren gut. Weiters gibt es wiederholte Schulungsupdates durch Expertinnen/Experten von Referenzbezirken, in denen der Vollzug gut funktioniert bzw. ein bezirksübergreifendes Coaching-System zwischen erfahrenen und neu mit der Materie befassten Kolleginnen/Kollegen der BH, der Polizei und der Finanzpolizei.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	Glücksspielgesetz	
Land	Tiroler Jugendgesetz, Tiroler Wettunternehmergesetz	

6.4 Unterstützungsprozess: Suchtforschung, Evaluation und Dokumentation

40. Initiierung und Unterstützung suchtspezifischer Forschungs- und Evaluationsprojekte

Diese Empfehlung baut auf den bereits im Suchtkonzept 2012 festgestellten Forschungsbedarfen „Bedürfnisse von Personen mit Leitdroge Cannabis im System der Suchthilfe“, „Hintergründe der hohen Hepatitis-Infektionsraten bei Opioidkonsumierenden“, „Bedarfsanalyse zur Substitutionsbehandlung“, „Pflegebedarf von älteren drogenabhängigen Personen“ und „geschlechtsspezifische Aspekte der Suchterkrankung und des Betreuungsbedarfs insbesondere unter der Berücksichtigung von Psychopharmaka“ auf. Bis auf Forschung zum Thema „Pflegebedarf von älteren drogenabhängigen Personen“, wo es eine erste Erhebung gab, wird der Umsetzungsstand als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Aus der praktischen Suchtarbeit und bei der Beschreibung der Suchtsituation ergeben sich auch Forschungsbedarfe. Folgende exemplarische Themen und Forschungsfragestellungen wurden von der Expertisegruppe aufgeworfen:

1. Bedarfsanalyse zur Substitutionsbehandlung
2. Bedürfnisse von Personen mit Leitdroge Cannabis im System der Suchthilfe
3. Hintergründe der hohen Hepatitis-Infektionsraten bei Opioidkonsumierenden (Seroprävalenzstudie)
4. geschlechtsspezifische Aspekte der Suchterkrankung und des Betreuungsbedarfs insbesondere unter der Berücksichtigung von Psychopharmaka
5. Pflegebedarf älterer drogenabhängiger Personen
6. Nutzen und Grenzen von E-Health-Interventionen
7. Möglichkeiten zur Unterstützung des Rauchausstiegs
8. Sucht und Suizid

Zum Thema „*Pflegebedarf älterer drogenabhängiger Personen*“ gab es in Tirol bereits eine erste Erhebung.

Während 3. bis 8. am besten auf nationaler Ebene abgedeckt werden sollten, wäre eine Realisierung für 1. und 2. auf Landesebene wünschenswert. Während 1. unbedingt auf die regionalen Gegebenheiten in Tirol fokussieren muss, ist 2. für Tirol aufgrund des im Vergleich zu anderen Bundesländern hohen Anteils von Personen mit Cannabis als Leitdroge im Behandlungsbereich besonders relevant. Bei diesem Thema könnte auch eine Kooperation mit *checkit!* im Bereich des Drug-Checkings sinnvoll sein.

Empfohlene Aktivitäten: Die Forschungsfragestellungen 3. bis 8. werden auf der Bundesebene (z. B. im Bundesdrogenforum) eingebracht und bei einer Realisierung unterstützt. Zu 1. und 2. werden Forschungsprojekte in Tirol initiiert und umgesetzt.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Für 3. bis 8. wurde Lobbyarbeit auf Bundesebene geleistet. Für 1. und 2. wurden Studien in Tirol initiiert und durchgeführt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund		

41. Erweiterung des Behandlungsdokumentationssystems DOKLI um die Bereiche Alkohol, Medikamente und Spielsucht

Hintergrund: Seit 2006 gibt es im Drogenbereich ein nationales mit internationalen Standards der EBDD kompatibles einheitliches Behandlungsdokumentationssystem. Etwas Vergleichbares fehlt in anderen Suchtbereichen. Dieses Fehlen stellt ein großes Defizit hinsichtlich Beschreibung und Einschätzungsmöglichkeiten der Suchtsituation dar, was auch zur Folge hat, dass Suchtbereiche wie Spielsucht oder Medikamentenabhängigkeit in der Öffentlichkeit weniger wahrgenommen werden. Derzeit wird auf nationaler Ebene an einer Erweiterung von DOKLI um Alkohol, Medikamente und Spielsucht gearbeitet. Die Teilnahme an diesem System soll auf freiwilliger Basis erfolgen.

Empfohlene Aktivitäten: Die Bestrebungen auf Bundesebene zur DOKLI-Erweiterung werden unterstützt und die Tiroler Einrichtungen der Suchthilfe dazu ermuntert, daran teilzunehmen, um ein einheitliches Dokumentationssystem zu haben, das anonyme Auswertungen zulässt.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es existiert ein funktionierendes Klientendokumentationssystem über alle Suchtbereiche hinweg.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund	BMSGPK	

6.5 Unterstützungsprozess: Planung, Strukturentwicklung und Koordination

42. Integrierte Versorgung im Alkoholbereich

Diese Empfehlung stellt eine Erweiterung der Empfehlung „Die Schaffung einer Alkoholambulanz im Großraum Innsbruck erscheint wünschenswert. Insgesamt wird eine regional ausgewogene, bedarfsgerechte Versorgung empfohlen. Das Angebot sollte mit entsprechender Fachkompetenz ausgestattet sein.“ dar. Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Im Bereich integrierte Versorgung alkoholabhängiger Personen gibt es in Wien das Modellprojekt „Alkohol.leben können“, das bereits 2015, damals noch als „Alkohol 2020“, in Tirol präsentiert wurde. Kernelement ist die Trennung von Diagnose („multidimensionaler Diagnostik“) und Behandlung anhand eines individuellen Maßnahmenplans. Ein analoges Vorgehen ist auch im Rahmen der Psychotherapie-Clearingstellen angedacht. Bisher konnte die ÖGK nicht als Partnerin für das Projekt gewonnen werden, und daher erfolgte bisher

keine Umsetzung. Ein Konzept „Alkoholambulanz“ (welche die Funktion eines regionalen Kompetenzzentrums übernehmen könnte) an der Universitätsklinik wurde der ARGE Sucht vorgestellt und als umzusetzendes Projekt dem Psychosozialen Beirat des Landes Tirol vorgestellt. Die Idee der Alkoholambulanz wurde neu gedacht, und die Form des Alkohol-Netzwerks Tirol wurde ins Auge gefasst. Bestehende ambulante Strukturen im Alkoholbereich sollen die Aufgaben einer Ambulanz übernehmen.

Empfohlene Aktivitäten: Es wird entweder auf Bundesebene oder auf Landesebene ein Konzept für integrierte Versorgung im Alkoholbereich erarbeitet und umgesetzt. Dabei werden die regionalen und strukturellen Gegebenheiten in Tirol berücksichtigt. Für die bestmögliche Nutzung der bestehenden ambulanten Strukturen wird die Errichtung bzw. Benennung einer zuständigen zentralen Netzwerkkoordinationsstelle (in Form eines regionalen Kompetenzzentrums) empfohlen. Diese zentrale Stelle im Netzwerk übernimmt neben der Vernetzungsarbeit auch eine Drehscheibenfunktion für das Alkohol-Netzwerk Tirol. Diese Drehscheibenfunktion soll Betroffene sowie Betreuer:innen dabei unterstützen, ein bedarfsgerechtes, zeitgerechtes und durch kurze Wege gekennzeichnetes Angebot in Anspruch nehmen zu können.

Indikator für eine erfolgreiche Umsetzung: Die Netzwerkkoordinationsstelle ist konzipiert, bekannt, etabliert und in die bestehenden Strukturen integriert.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung		

43. Schaffung von Möglichkeiten für eine integrierte Versorgung betroffener Jugendlicher

Diese Empfehlung wurde aus dem Tiroler Suchtkonzept 2012 übernommen. Der Umsetzungsstand wird als **noch nicht umgesetzt** beurteilt.

Hintergrund und bisherige Aktivitäten: Das Competence Center Integrierte Versorgung der österreichischen Sozialversicherung definiert integrierte Versorgung als patientenorientierte, kontinuierliche, sektorenübergreifende und/oder interdisziplinäre sowie nach standardisierten Behandlungskonzepten ausgerichtete Versorgung. Bisher sind im Kinder- und Jugendbereich in Tirol viele verschiedene Anbieter:innen aus unterschiedlichen Feldern aktiv, und eine lose Zusammenarbeit ist vorhanden, aber es gibt keine integrierte Versorgung. Durch die Vielzahl von Einrichtungen und Professionen aus dem Gesundheitswesen, dem Sozialwesen, der Kinder- und Jugendhilfe sowie dem Bildungswesen ergeben sich die Herausforderungen der gemeinsamen Planung und der Vernetzung. In der Versorgung konsumierender Jugendlicher muss eine strukturierte Vernetzung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, allgemeiner Jugendhilfe und Suchthilfe forciert werden, um eine bedarfsorientierte Versorgung gewährleisten zu können. Ebenso bedarf es eines Wissenstransfers zwischen Jugend-, Sucht- und Präventionsarbeit.

Empfohlene Aktivitäten: Abklärung, wie ein Modell der integrierten Versorgung Jugendlicher professionell aussehen kann. Die Expertise der bestehenden Vernetzungsstrukturen soll genutzt werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Ein Konzept für integrierte Versorgung im Jugendbereich liegt vor und wurde umgesetzt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen: Die Erarbeitung erfordert ein gemeinsames Vorgehen der Tiroler Suchthilfeeinrichtungen und all ihrer finanzierenden Stellen.

44. Integrierte Versorgung im Suchtbereich

Hintergrund: Im Rahmen der Umsetzung der Empfehlungen zur integrierten Versorgung für betroffene Jugendliche und zur integrierten Versorgung im Alkoholbereich werden Erfahrungen gesammelt. Im Prinzip ist integrierte Versorgung im Sinne einer suchtübergreifenden Sichtweise für den gesamten Suchtbereich (Alkohol, illegale Drogen, Nikotin, Medikamente, stoffungebundene Süchte) sinnvoll.

Empfohlene Aktivitäten: Basierend auf den gesammelten Erfahrungen wird ein Konzept für integrierte Versorgung im gesamten Suchtbereich erarbeitet und umgesetzt.

Indikator für eine erfolgreiche Umsetzung: Ein Konzept für integrierte Versorgung im gesamten Suchtbereich wurde erarbeitet und umgesetzt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund/Länder/Sozialversicherung		

45. Weiterentwicklung der Sucht- und Psychiatriekoordination

Hintergrund: Mit Regierungsbeschluss vom 27. November 2017 wurde ein Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol eingerichtet. Die Psychiatrie- und Suchtkoordination ist für die Vernetzung und Koordination der ambulanten, stationären und rehabilitativen psychosozialen Einrichtungen unter Einbindung der Prävention und der Selbsthilfegruppen zuständig. Das Ziel ist hier, dass Betroffene die adäquaten Beratungs- und Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen können. Eine wesentliche Aufgabe der Suchtkoordination ist auch das Monitoring der Umsetzung des vorliegenden Suchtkonzepts. All diese Zielsetzungen bedürfen ausreichender personeller Ressourcen.

Empfohlene Aktivitäten: Generierung weiterer personeller Ressourcen, um den weitreichenden Aufgabenbereichen beider Koordinationsstellen gerecht zu werden.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Eine entsprechende personelle Aufstockung wurde durchgeführt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/ Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land		

6.6 Unterstützungsprozess: Aus- und Weiterbildung

46. Ausbildung/Lehrgänge zur Suchtarbeit und Durchführung der Tiroler Suchttagung

Hintergrund: Aus- und Weiterbildung ist eine zentrale Voraussetzung in der qualitätsvollen Suchtarbeit und muss den jeweiligen Entwicklungen angepasst werden. Die Tiroler Suchttagung, die erstmals im Jahr 2005 stattfand, ist eine Veranstaltung, die sich vor allem an Expertinnen/Experten richtet, die beruflich im Suchtbereich tätig sind. Konsumformen und Abhängigkeitserkrankungen und deren Prävention bzw. Behandlung sind eine sich stetig entwickelnde Materie. Die Vernetzung der traditionellen Suchthilfe mit Systempartner:innen ist daher ein wichtiges Element für eine funktionierende Zusammenarbeit. Die Tagungen bieten nicht nur die Gelegenheit der Weiterbildung, sondern auch eine Möglichkeit, Kontakte zu knüpfen und die Zusammenarbeit der verschiedenen Systempartner:innen zu verbessern.

Empfohlene Aktivitäten: Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts durch die ARGE Sucht für Aus- und Weiterbildung im Suchtbereich in Tirol sowie weiterhin die Veranstaltung der Tiroler Suchttagung alle zwei Jahre alternierend zum Plattformtreffen des Beirats für psychosoziale Versorgung.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Ein Konzept für Aus- und Weiterbildung im Suchtbereich ist erarbeitet und umgesetzt, die Tiroler Suchttagung findet alle zwei Jahre statt.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen: Die Erarbeitung erfordert ein gemeinsames Vorgehen der Tiroler Suchthilfeeinrichtungen und all ihrer finanzierenden Stellen.

6.7 Unterstützungsprozess: Öffentlichkeitsarbeit

47. Intensivierung von Öffentlichkeitsarbeit durch das Suchthilfesystem

Hintergrund: Suchtprobleme sind immer noch tabuisiert und trotz aller Bemühungen von Prävention und Suchthilfe ist die Erkenntnis, dass es sich dabei um eine Erkrankung handelt, weiterhin nicht überall durchgedrungen. Dies hemmt die Nutzung von Hilfeangeboten und erschwert die Integration Betroffener. Die Ziele einer intensivierten Öffentlichkeitsarbeit sind die Entstigmatisierung von Suchterkrankungen, die Förderung eines veränderten Suchtverständnisses sowie die Motivation Betroffener und Angehöriger, das Hilfesystem mehr als bisher zu nutzen und Inklusionsmaßnahmen zu fördern. Die gesteckten Ziele können nur langfristig durch kontinuierlich stattfindende Medienarbeit erreicht werden, und dies ist im Wesentlichen eine Aufgabenstellung für die Facheinrichtungen. Folgende Maßnahmen werden als sinnvoll erachtet:

1. Beibehaltung und Ausbau bereits bestehender Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit (Newsletter „Sucht+Prävention“, Dialogwoche Alkohol)
2. Durchführung gemeinsamer Jahresplanungen für Medienarbeit im Rahmen bestehender Fachgremien (ARGE Sucht, Drogenarbeitskreis, Alkoholplattform) und anderer Systempartner, um bewusst thematische Schwerpunktsetzungen vorzunehmen (z. B. Glücksspielproblematik)
3. Dokumentation der Medienarbeit bzw. von deren Output, um die intensivierte Öffentlichkeitsarbeit zu überprüfen
4. Durchführung einer größer angelegten, anlassbezogenen medialen Kampagne zur Entstigmatisierung Suchtkranker. Eine solche Kampagne wäre auf Bundesebene am sinnvollsten. Hierbei ist jedoch zu klären, ob eine solche Maßnahme nicht besser als große österreichweite Kampagne durchzuführen wäre. In diesem Fall ginge es darum, entsprechend initiativ zu werden (beispielsweise über die Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren der Länder im Bundesdrogenforum).

Empfohlene Aktivitäten: Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts der abgestimmten Medienarbeit basierend auf 1. bis 3. Zu 4.: Lobbying auf Bundesebene, z. B. über das Bundesdrogenforum. Sollte eine bundesweite Antistigmakampagne zur Entstigmatisierung von Suchterkrankungen in Österreich nicht möglich sein, ist die Durchführung einer solchen auf Landesebene geboten.

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Die Zahl der Medienberichte zu Suchtthemen erhöht sich. Es wurde eine (Tiroler) Antistigmakampagne durchgeführt. Im Newsletter von *kontakt+co* („Sucht+Prävention“) wird mindestens zweimal im Jahr über eine Thematik oder eine Einrichtung aus dem Feld der Tiroler Suchtarbeit berichtet. Die Dialogwoche Alkohol findet alle zwei Jahre wie bisher unter Beteiligung mehrerer Systempartner aus der Suchtarbeit statt. Besondere Anlässe wie die Tiroler Suchttagung oder der Weltdrogentag werden jeweils genutzt, um bestimmte Themen in die Öffentlichkeit zu tragen. Im Rahmen der Gremienarbeit führt ein zumindest einmal im Jahr stattfindender Informationsaustausch bezüglich Maßnahmen zur Öffentlichkeitsarbeit zu einer verdichteten und gut über das gesamte Jahr verteilten Berichterstattung zum Thema Sucht.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Bund, Land		

48. Einrichtung einer Website rund um die psychosoziale Versorgungslandschaft in Tirol

Hintergrund: Eine Website, die alle Hilfeangebote rund um die psychosoziale Versorgungslandschaft in Tirol abbildet, wo Betroffene, deren Angehörige, Interessierte und Professionistinnen/Professionisten einfach zu Informationen und weiterführenden Hilfeleistungen kommen, fehlt bis dato. Die Website soll das gesamte psychosoziale Angebot in Tirol umfassen und durch einen besonders niederschweligen Ansatz vor allem für Betroffene und deren Angehörige die Hürde, Hilfe zu suchen, reduzieren. Inhaltlich und technisch innovative Konzepte sollen gewährleisten, dass durch einfache und bedienerfreundliche Funktionen eine hohe Treffsicherheit für das passende Angebot erreicht wird.

Empfohlene Aktivitäten: Konzepterstellung, Umsetzung und kontinuierliche Evaluation einer multifunktionalen und multimedialen Website für Betroffene, deren Angehörige und Professionistinnen/Professionisten rund um die psychosoziale Versorgungslandschaft in Tirol

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Das Projekt zur Einrichtung einer Website wurde umgesetzt, und diese steht Betroffenen, deren Angehörigen und Expertinnen/Experten als Informationsquelle zur Verfügung und wird kontinuierlich evaluiert.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen:

Gebietskörperschaft (Bund/Länder/Gemeinden) bzw. Selbstverwaltung (Sozialversicherungsträger)	Gesetz, Verordnung, Richtlinie bzw. Förderbereich/Ermessensbereich	strategisches Planungsinstrument
Land	Förderbereich	

6.8 Unterstützungsprozess: Inter(nationale) Zusammenarbeit

49. Mitwirkung an überregionalen Netzwerken und Arbeitsgemeinschaften

Hintergrund: Relevante Netzwerke und Arbeitsgemeinschaften werden für die fachliche Weiterentwicklung und im Sinne von Synergieeffekten genutzt. Beispiele für erfolgreiche überregionale Vernetzungen von Tiroler Einrichtungen sind nachfolgend angeführt:

- » Mitgliedschaft von *kontakt+co* in der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* und im Fachzirkel der „Transalpinen Prävention“ mit Bayern und Südtirol)
- » *Drogenarbeit Z6* ist Mitglied von *Newnet* und *TEDI*, beide sind europaweite Netzwerke von Partywork- bzw. Drug-Checking-Einrichtungen. Darüber hinaus nimmt die *Drogenarbeit Z6* regelmäßig an Vernetzungen mit Partywork-Einrichtungen aus dem gesamten deutschsprachigen Raum teil.

Diese Vernetzungsarbeit liefert für die Tiroler Suchthilfe wertvolle Updates und ermöglicht innovative Arbeit auf – im internationalen Vergleich – hohem wissenschaftlichem Niveau. Ziel ist es, diese Bestrebungen fortzuführen und weiter auszubauen.

Empfohlene Aktivitäten: Ausbau und Förderung internationaler und nationaler Vernetzungsmöglichkeiten, um die Tiroler Suchthilfe weiterzuentwickeln

Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung: Es bestehen in sämtlichen Bereichen der Tiroler Suchthilfe (inter)nationale Vernetzungen bzw. Kooperationen.

Zuständigkeit und gesetzliche Grundlagen: Die Umsetzung erfordert ein gemeinsames Vorgehen der Tiroler Suchthilfeeinrichtungen und all ihrer finanzierenden Stellen.

6.9 Priorisierung der Empfehlungen

Folgende Priorisierungsebenen wurden von den Mitgliedern der Expertisegruppe vorgeschlagen:

- » **Prioritätsebene 1:** Empfehlungen mit höchster Priorität und Systemrelevanz und höchst unterschiedlichen Zuständigkeitsebenen, Kostenausmaßen, Planungs- und Umsetzungshorizonten.
- » **Prioritätsebene 2:** Empfehlungen, die durch zeitnahe und relativ leichte Umsetzbarkeit mit vergleichsweise geringem finanziellem Aufwand gekennzeichnet sind.
- » **Prioritätsebene 3:** Empfehlungen, die einen längeren Abstimmungs- und Planungshorizont voraussetzen und damit schwieriger und längerfristig umsetzbar sind.
- » **Prioritätsebene 4:** Empfehlungen, die aus Sicht der Expert:innen als vergleichsweise weniger wichtig erachtet werden und auch in der Umsetzung nachrangig behandelt werden können.

Priorität 1 haben nach Einschätzung der Expertisegruppe folgende Empfehlungen:

4. Hausärztliche Frühintervention mit Fokus Alkohol und Tabak und verbesserte Einbindung der Hausärzteschaft im Rahmen der Versorgung von Menschen, die einen problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum aufweisen
8. Flächendeckender Ausbau von Angeboten zur Substitutionsbehandlung
19. Verbesserung des Angebots von Psychotherapie für Kinder und Jugendliche mit einer Suchterkrankung
30. Schaffung von bedarfs- und zielgruppenorientierter Arbeit, Beschäftigung, Tagesstruktur
31. Ausweitung und Optimierung der Angebote einer flächendeckenden Spritzenabgabe
33. Hepatitis-C-Behandlungsprogramm für Personen mit intravenösem Drogengebrauch
42. Integrierte Versorgung im Alkoholbereich
45. Weiterentwicklung der Sucht- und Psychiatriekoordination

Priorität 2 haben nach Einschätzung der Expertisegruppe folgende Empfehlungen:

1. Weiterentwicklung der Suchtprävention nach den Prinzipien Komplettierung, Optimierung, Maximierung und Orientierung
2. Optimierung präventiver Unterstützungsangebote für Kinder und Jugendliche suchtkranker Eltern
3. Dauerhafte Absicherung von Präventionsangeboten im Party- und Freizeitsetting im Sinne der selektiven Prävention
9. Beibehaltung der während der COVID-19-Pandemie vereinfachten Vidierung von Rezepten im Rahmen der Substitutionsbehandlung
13. Verankerung des Qualitätszirkels Glücksspiel Sportwetten in der Landesstruktur und überregionale fachliche Vernetzung
20. Ausbau erlebnispädagogischer Angebote im Regelbetrieb der Sucht- und Drogenberatung von Jugendlichen
32. Teil 1 Maßnahmen zur Schadensminderung und Verhinderung drogenbezogener Todesfälle – (Peer-)Naloxonprogramme

34. Ausweitung des Drug-Checking-Angebots auf synthetische Substanzen und Cannabis
46. Ausbildung/Lehrgänge zur Suchtarbeit und Durchführung der Tiroler Suchttagung

Priorität 3 haben nach Einschätzung der Expertisegruppe folgende Empfehlungen:

5. Etablierung einer eigenen spezialisierten Akutstation bzw. tagesklinischer Strukturen
6. Erarbeitung und Umsetzung eines Konzepts zur Unterstützung beim Rauchausstieg
7. Schaffung einer speziellen Akutstation für Personen mit problematischem Drogenkonsum in Krisensituationen
10. Sicherstellung eines niederschweligen Zugangs zu somatischer und psychiatrischer medizinischer sowie zu pflegerischer Versorgung
11. Schaffung eines diversifizierten stationären Therapieangebots
12. Verbesserung der medizinischen Versorgung in Haft und beim Übergang in die und aus der Haft
14. Entwicklung und Durchführung von Präventionsangeboten im Bereich Glücksspiel und Gaming
17. Optimierung des stationären und spitalsambulanten Angebotes der Kinder- und Jugendpsychiatrie
18. Schaffung einer bedarfsgerechten, regional ausgewogenen niedergelassenen Versorgung im Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie durch den Ausbau von „Kassenstellen“
21. Schaffung permanenter kinder- und jugendpsychiatrischer Krisenplätze
22. Optimierung der psychiatrischen Versorgung von Jugendlichen in Sucht- und Drogenberatungsstellen
24. Verbesserung der spezifischen Wohnsituation „älterer“ drogenkonsumierender Personen
25. Schaffung von Übergangswohnmöglichkeiten für Personen mit einer Suchterkrankung
26. Verbesserung der Wohnsituation für Suchtklientinnen und -klienten mit multiplem Substanzgebrauch, die psychiatrische Mehrfachdiagnosen aufweisen
27. Verbesserung der Wohnsituation für Eltern in Substitutionsbehandlung mit ihren Kindern
28. Verbesserung der Wohnsituation für Jugendliche mit multiplem Substanzgebrauch
29. Optimierung der sozialpsychiatrischen Einzelbegleitung und des Wohnens für junge Erwachsene mit einer Suchterkrankung
32. Teil 2: Maßnahmen zur Schadensminderung und Verhinderung drogenbezogener Todesfälle – Gesundheitsraum
35. Stärkung bzw. Aufbau von Strukturen der Selbsthilfe
36. Mitwirkung ehemals suchtkranker Personen an Suchthilfemaßnahmen
39. Fortführung der Kontroll- und Vollzugsmaßnahmen zur Eindämmung des illegalen Glücksspiels und zur Kontrolle der Gewährleistung des Spielerschutzes auf ausreichendem Niveau
41. Erweiterung des Behandlungsdokumentationssystems DOKLI um die Bereiche Alkohol, Medikamente und Spielsucht
43. Schaffung von Möglichkeiten für eine integrierte Versorgung betroffener Jugendlicher
44. Integrierte Versorgung im Suchtbereich

Priorität 4 haben nach Einschätzung der Expertisegruppe folgende Empfehlungen:

15. Optimierung des Beratungsangebots und Kooperation der Systempartner (Glücksspiel/Sportwetten)
16. Lobbying für ein Modell von „Therapie statt Strafe“ für Personen mit Glücksspielsucht

- 23. Förderung gendersensibler Angebote für Menschen mit Suchterkrankungen
- 37. Entwicklung eines Konzepts zum Einsatz von E-Health-Interventionen im Rahmen der Suchthilfe
- 38. Kontinuierliche Kooperation zwischen Sicherheit, Suchtprävention und Suchthilfe
- 40. Initiierung und Unterstützung suchtspezifischer Forschungs- und Evaluationsprojekte
- 47. Intensivierung von Öffentlichkeitsarbeit durch das Suchthilfesystem
- 48. Einrichtung einer Website rund um die psychosoziale Versorgungslandschaft in Tirol
- 49. Mitwirkung an überregionalen Netzwerken und Arbeitsgemeinschaften

7 Tiroler Suchthilfeeinrichtungen im Überblick

Dieses Kapitel bietet eine Übersicht über die ambulanten und stationären Tiroler Suchteinrichtungen sowie Informationen zu den in Tirol angesiedelten Selbsthilfeorganisationen.

7.1 Ambulante Einrichtungen

Landeskrankenhaus Innsbruck – Sprechstunde für Abhängigkeitserkrankungen (Drogenambulanz)

Träger	Tirol Kliniken
Angebot	Beratung und Unterstützung bei der Organisation von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, Vermittlung zu anderen Betreuungseinrichtungen; Reduktions- und Überbrückungsprogramme; neben der Substitutionsbehandlung auch psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen, sozialarbeiterische Unterstützung, Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 SMG. Kostenlose Hepatitis-B-Impfungen, HIV-Testungen, Begleitung bis zu einer stationären Aufnahme und Nachbetreuung
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtungen gemäß § 15 SMG, verwiesen wird zudem auf die Standards des ÖSG
Kontakt	Innsbruck, Innrain 66a Tel.: +43(0)50 504 24750; E-Mail: lki.ps.drogenambulanz@tirol-kliniken.at; www.psychiatrie.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=psychiatrie-i/patientenbetreuung1/sprechstunde-fuer-abhaengigkeitserkrankungen

Drogen- und Substitutionsambulanz Wörgl, Ambulanz der Abteilung für Psychiatrie des a. ö. Bezirkskrankenhauses Kufstein

Träger	Gemeindeverband BKH Kufstein
Angebot	Beratung und Unterstützung bei der Organisation von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, Vermittlung zu anderen Betreuungseinrichtungen; Reduktions- und Überbrückungsprogramme; neben der Substitutionsbehandlung auch psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen, sozialarbeiterische Unterstützung, Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 SMG. Kostenlose Hepatitis-B-Impfungen, HIV-Testungen, ambulante Beratung Angehöriger
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtungen gemäß § 15 SMG, verwiesen wird zudem auf die Standards des ÖSG
Kontakt	Wörgl, Steinbacherstraße 1 Tel.: +435332 70200; E-Mail: psychiatrie@bkh-kufstein.at ; www.bkh-kufstein.at/de/psychiatrie-ambulanzen.html

Psychiatrische Ambulanz des a. ö. KH St. Vinzenz Zams

Träger	a. ö. Krankenhaus St. Vinzenz Betriebs GmbH
Angebot	Beratung und Unterstützung bei der Organisation von Entzugs- und Entwöhnungsbehandlungen, Vermittlung zu anderen Betreuungseinrichtungen; Reduktions- und Überbrückungsprogramme; neben der Substitutionsbehandlung auch psychiatrische und psychotherapeutische Interventionen, sozialarbeiterische Unterstützung, Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 SMG. Kostenlose Hepatitis-B-Impfungen, HIV-Testungen, ambulante Beratung Angehöriger
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtungen gemäß § 15 SMG, verwiesen wird zudem auf die Standards des ÖSG
Kontakt	Zams, Sanatoriumstraße 43 Tel.: +43 5442 600 917710; E-Mail: psychiatrie@krankenhaus-zams.at ; https://khzams.at/de/

Ambulante Suchtprävention (ASP)

Träger	Innsbrucker Soziale Dienste GmbH
Angebot	Psychotherapeutische Behandlung, psychiatrisch-medizinische Begleitung und Beratung bei Suchtgefährdung und Suchterkrankung zu den Themen illegale Drogen, Alkohol, Arzneimittel, Glücksspielsucht, PC/Internetsucht, Co-Abhängigkeit und Beratung Angehöriger, Vorbereitung für stationäre Therapien, Nachsorge, Gesundheitsbezogene Maßnahmen nach § 12 SMG
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtung gemäß § 15 SMG
Kontakt	Innsbruck Liebeneggstr 2; +43 512 5331-7440; E-Mail: asp@isd.or.at ; www.isd.or.at

Psychosozialer Pflegedienst Tirol (PSP)

Träger	Psychosozialer Pflegedienst Tirol (PSP) – gemeinnütziger Verein
Angebot	Sozialpsychiatrische Einzelbegleitung – Fachbereich Alkohol: Information, Beratung und Begleitung durch den Aufsuchenden Dienst bei Doppeldiagnosen: psychische Erkrankung und Alkoholabhängigkeit. Vorbereitung stationärer Therapien und Nachbetreuung.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Anichstraße 4; 0512/572750-8013; E-Mail: kontakt@psptirol.org

Verein Suchthilfe Tirol

Träger	Verein Suchthilfe Tirol
Angebot	Information, Beratung und Behandlung bei Suchtgefährdung und Suchterkrankung zu den Themen Alkohol, Nikotin, Medikamente, Drogen, PC/Internet, Glücksspiel; Beratung Angehöriger, Vorbereitung für stationäre Therapien, Nachsorge (Einzel/Gruppe), Raucherentwöhnung und Psychotherapie. Prävention in Schulen und Betrieben
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtung gemäß § 15 SMG
Kontakt	Zentrale Suchthilfe Tirol – Hall in Tirol, Innsbrucker Straße 85; +43 512 580080; E-Mail: vermittlung@suchthilfe.tirol ; https://www.suchthilfe.tirol

Drogenarbeit Z6

Träger	Verein Z6
Angebot	Information, Beratung und Begleitung Jugendlicher, junger Erwachsener sowie Angehöriger zum Thema Drogenkonsum und Suchtproblematiken; Durchführung gesundheitsbezogener Maßnahmen gem. § 11 SMG; Beratung von Schülerinnen/Schülern gemäß § 13 SMG; Betreuung von Justizklientinnen/-Klienten gem. § 35 und 37 SMG; Vermittlung zu Therapieeinrichtungen, Drug-Checking, erlebnispädagogische Angebote etc. Anonyme, vertrauliche und kostenlose Beratung von (jugendlichen) Drogenkonsumentinnen/Drogenkonsumenten im Rahmen von Events, Partys und auf öffentlichen Plätzen. Neben online Beratungen werden zusätzlich telefonische als auch persönliche Kontakte in der Zentrale angeboten.
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtung gemäß § 15 SMG
Kontakt	Innsbruck, Dreiheiligenstrasse 9; E-Mail zentrale@drogenarbeitz6.at; https://www.drogenarbeitz6.at

Komfüdrol/Anlaufstelle

Träger	Caritas der Diözese Innsbruck
Angebot	Das <i>Mentvilla</i> -Tageszentrum ist eine niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle für Personen mit Suchterkrankung. Seine zentralen Aufgaben sind Gesundheitsprävention, psychosoziale Beratung, Spritzentausch und Informationen über Infektionskrankheiten.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Heiliggeiststraße 16; Tel.: +43 512 561403; E-Mail: caritas.ibk@dibk.at; www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/suchterkrankungen/mentvilla-tageszentrum/

Abrakadabra/Tagesstruktur

Träger	Caritas der Diözese Innsbruck
Angebot	Das Abrakadabra ist ein niederschwelliges Angebot mit akzeptierendem Ansatz für drogenkonsumierende Personen und verfolgt die Bereitstellung und Sicherung von Arbeitsplätzen, die sowohl kompetenzorientierte als auch sinnstiftende Tätigkeiten und Aktivitäten für Personen mit Suchterkrankung gewährleisten.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Kaiser-Josef-Straße 9; Tel.: +43512 588547 E-Mail: abrakadabra.caritas@dibk.at ; www.abrakadabra.caritas-tirol.at

LAMA und Kleidung im Bogen / Tagesstruktur

Träger	Verein für Obdachlose
Angebot	Das Projekt LAMA des Vereins für Obdachlose ist ein niederschwelliges und akzeptierendes Beschäftigungsprojekt für alkoholabhängige Personen. Weitere Angebote sind Beratung und persönliche Gespräche für Unterstützung bei Existenzsicherung, Wohnungs- oder Arbeitssuche. Das Projekt Kleidung im Bogen ist ein Beschäftigungsprojekt (Tagesstruktur) für Personen mit Suchterkrankungen mit psychosozialer Begleitung. Weitere Leistungen sind Beratung und Vermittlung an entsprechende Sozialeinrichtungen, kostenlose Kleiderausgabe von Second-handkleidung nach Verfügbarkeit, Notdusche
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Kapuzinergasse 43; Tel.: +43 650 577 36 67; E-Mail: lama@obdachlose.at; www.obdachlose.at/lama/ Innsbruck, Viaduktbogen 35; Tel.: +43 512 56 06 23; E-Mail: kleiderausgabe@obdachlose.at; www.obdachlose.at/kleidung/

NIKADO – Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle für alkoholranke Menschen

Träger	Tiroler Soziale Dienste (TSD)
Angebot	Das NIKADO befindet sich in Innsbruck, bietet Platz für circa 30 Personen und ist im Normalfall täglich von 12:30 bis 18:30 geöffnet. Ziel ist, alkoholkranken Menschen einen menschenwürdigen und konsumakzeptierenden Aufenthaltsbereich zu gewähren. NIKADO hat den Status eines Pilotprojektes, da bisher in Tirol kein vergleichbares Angebot besteht. Das Betreuungsteam der TSD setzt sich aus erfahrener Fachpersonal zusammen, welches von freiwillig Mitarbeitenden unterstützt wird.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Matthias-Schmid-Straße 10; Tel.: +43 699 16 340 130 E-Mail: nikado@tsd.gv.at; www.tsd.gv.at/nikado.html

Emmaus/Tagestruktur

Träger	Verein Emmaus
Angebot	Das Angebot richtet sich an Menschen mit einer Alkohol- oder Medikamentenabhängigkeit nach einer abgeschlossenen Entzugs- oder Entwöhnungstherapie. Betreuung, Erlernen von Selbstständigkeit, individuelle Schulungen, Kurse und Unterstützung in puncto konkreter Berufsperspektiven, Weitervermittlung an andere suchtspezifische Einrichtungen
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Stadlweg 17; Tel.: +43 512 26 17 67; E-Mail: office@emmaus-innsbruck.at; www.emmaus-innsbruck.at

Kompetenzzentrum Talentebörse Innsbruck / Tagesstruktur

Träger	Psychosozialer Pflegedienst Tirol (PSP) – gemeinnütziger Verein
Angebot	Diese Arbeitsinitiative richtet sich an Menschen mit Doppeldiagnosen, d. h. mit psychischer Erkrankung und Alkoholerkrankung, die abstinentenorientiert und veränderungsmotiviert sind. Zielsetzung: Im Vordergrund stehen die individuelle Förderung der Interessen- und Motivationslage sowie der erforderlichen Handlungskompetenz und körperlichen Leistungsfähigkeit, die soziale Kontaktförderung in der Arbeits- und Aufgabengestaltung und das erlebte Tätigsein mit einer einhergehenden Außenorientierung.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Hall in Tirol, Innsbrucker Straße 83-85; Tel.: +43 5223 / 54911; E-Mail: kontakt@psptirol.org; https://www.psptirol.org/kompetenzzentrum-talenteboerse-innsbruck.html

Zentrum für systemische Beratung und Betreuung (ZSB)

Träger	Verein Zentrum für systemisch orientierte Beratung
Angebot	ambulantes und mobiles Nachsorgeangebot für Jugendliche und Erwachsene nach erfolgreicher Entzugs- und Entwöhnungstherapie; Krisenintervention und psychosoziale Beratung
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Mariahilfpark 4; Tel.: +43 650 28 35 868; E-Mail: zsb@gmx.at

Caravan – abstinentenorientierte berufliche Integration

Träger	Verein promente Tirol
Angebot	Caravan bietet eine abstinentenorientierte berufliche Integrationsmaßnahme für Personen mit Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit. Angeboten werden: Information und Vorbereitung für eine Entwöhnungsbehandlung; nach erfolgter Entwöhnungsbehandlung Stabilisierung durch Tagesstruktur, Berufstraining – Berufsorientierung – Praktikum; Vermittlung – Einstieg ins Berufsleben – Nachbetreuung
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Kaufmannstraße 17; Tel.: +43 51257 37 40; E-Mail: caravan@promente-tirol.at; www.promente-tirol.at/de/caravan.html

kontakt+co Suchtprävention

Träger	Rotes Kreuz – Landesverband Tirol/Jugendrotkreuz
Angebot	Präventionsmanagement: Planung, Entwicklung, Koordination und Qualitätssicherung suchtpräventiver Maßnahmen; Informationsservice: Broschüren, Flyer, Bibliothek, Newsletter, Website etc.; Bildungsarbeit: für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus unterschiedlichen Settings (Familie, Schule, Jugendarbeit, Arbeitswelt, Gemeinde, Gesundheitswesen ...); Programme und Projekte: für unterschiedliche Zielgruppen, z. B. Schüler:innen und Lehrkräfte, Projektberatung und Projektentwicklung, z. B. Suchtinformation und Prävention an Schulen, Elternarbeit, Training und Coaching von Multiplikatorinnen/Multiplikatoren; Öffentlichkeitsarbeit
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Bürgerstrasse 18 4; Tel.: +43 512 585730; E-Mail: office@kontaktco.at ; www.kontaktco.at

7.2 Stationäre Einrichtungen

Landeskrankenhaus Innsbruck, Department Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Univ.-Klinik Psychiatrie I, Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters, Psychiatrie I – Fachabteilung für Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit

Träger	Tirol Kliniken GmbH
Angebot	Die Univ.-Klinik für Psychiatrie I bietet ein individuelles Angebot zum Nutzen und Schutz von Menschen mit psychischen Belastungen und Störungen mit den Schwerpunkten affektive und schizophrene Störungen, Demenz- und Suchterkrankungen. Forschung und Lehre sind integrierte Bestandteile dieser Bemühungen. Zum Erreichen unserer Ziele fühlen wir uns naturwissenschaftlichen Grundlagen unter Einbeziehung geistes-, kultur- und sozialwissenschaftlicher Inhalte verpflichtet. Unsere Arbeit orientiert sich an höchsten nationalen und internationalen Standards. Das Therapie- und Gesundheitszentrum Mutters (TGM) ist eine Spezialabteilung der Universitätsklinik für Biologische Psychiatrie Innsbruck, Department für Psychiatrie und Psychotherapie. Der therapeutische Rahmen umfasst ambulante und stationäre Behandlung.
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Innsbruck; Anichstraße 35; Tel.: +43(0) 050 504-0; https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-innsbruck/kliniken/departement-psychiatrie-psychotherapie-und-psychosomatik/univ-klinik-fuer-psychiatrie-i Mutters, Nockhofweg 23; Tel.: +43 (0)050 504 – 49 013 (Ambulanzanmeldung); E-Mail: tgm.info@tirol-kliniken.at

Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie A, A2 – Allgemeinpsychiatrische Aufnahmestation

Träger	Tirol Kliniken GmbH
Angebot	Schwerpunkt der Station ist die Diagnostik, Therapieplanung und Therapie bei Depressionen, Belastungs- und Anpassungsstörungen, Angststörungen und somatoformen Störungen sowie Alkohol- und anderen Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen. Als Grundlage für die Therapieplanung dient eine ausführliche psychiatrische Untersuchung, in deren Mittelpunkt eine eingehende Anamnese durch die Ärztin / den Arzt steht. Während des stationären Aufenthalts erarbeiten wir gemeinsam Strategien zur Lösung der aktuellen Problematik. Ziel ist eine anhaltende Verbesserung der Lebensqualität und eine Förderung der Autonomie insbesondere durch Nutzung und Steigerung eigener Ressourcen. Weitere Ziele sind die Verbesserung der sozialen Kompetenz und die Planung der weiterführenden fachärztlich-psychiatrischen, psychotherapeutischen und sozialpsychiatrischen Betreuung.
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Hall in Tirol; Milser Straße 10; Tel.: +43(0) 050 504-88020; E-Mail: hall.pa.a2-leitstelle@tirol-kliniken.at; www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall/medizinisches-angebot/psychiatrie-und-psychotherapie-a/allgemeinpsychiatrie

Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie A, Tagesklinik

Träger	Tirol Kliniken GmbH
Angebot	In der Tagesklinik werden Patientinnen/Patienten mit depressiven und maniformen Störungen, Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis nach Abklingen der akuten Symptomatik, Alkohol- und andere Abhängigkeitserkrankungen nach Abklingen der akuten körperlichen Entzugssymptomatik, Anpassungsstörungen und Persönlichkeitsstörungen behandelt. Unser Bestreben ist es, die kurz- bis mittelfristige soziale und berufliche Rehabilitation akut und chronisch kranker Personen zu erreichen. Die Aufnahme erfolgt nach Terminvereinbarung und einem ärztlichem Vorgespräch.
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Hall in Tirol; Milser Straße 10; Tel.: +43(0) 050 504-88050; E-Mail: hall.pa.a5-leitstelle@tirol-kliniken.at; www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall/medizinisches-angebot/psychiatrie-und-psychotherapie-a/tagesklinik

Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie B, B4 – Alkohol- und Medikamentenentwöhnung

Träger	Tirol Kliniken GmbH
Angebot	Die Station B4 der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B bietet eine abstinentenorientierte stationäre Entwöhnungsbehandlung für alkohol- und medikamentenabhängige Frauen und Männer. Therapieziele sind Symptomverbesserung in allen Funktionsbereichen, Wiederkehr von Lebensqualität, Lebensfreude und Lebenslust sowie Selbstbestimmung und Eigenverantwortung. Ganz wesentlich geht es um die Erreichung eines stabilen Selbstwerts, Wertschätzung und die Fähigkeit, mit Konflikten umzugehen. Dies bedeutet letztlich eine Weiterentwicklung der sogenannten Resilienz (d. h. der psychischen Belastbarkeit bzw. seelischen Immunität), was ein wichtiger Schutzfaktor ist. Betroffene Menschen sollen mit professioneller Unterstützung in der Lage sein, ihr Leben ohne Suchtmittel sinnerfüllt zu gestalten. Die Anmeldung zu einem Vorgespräch (jeweils Mittwoch ab 9.00 Uhr) erfolgt über die Suchthotline (+43 50 504-88140).
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Hall in Tirol; Milser Straße 10; Tel.: +43(0) 050 504-88140; E-Mail: hall.pb.b4-leitstelle@tirol-kliniken.at; https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall/medizinisches-angebot/psychiatrie-und-psychotherapie-b/alkohol-und-medikamenten-entwöhnung-

Landeskrankenhaus Hall, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie B, Station für Drogentherapie B3

Träger	Tirol Kliniken GmbH
Angebot	Die B3-Fachstation mit angeschlossener ambulanter Sprechstunde bietet ein spezialisiertes Angebot für drogenkonsumierende Personen, die Probleme mit ihrem Konsumverhalten haben, unter Begleiterkrankungen (negativen Auswirkungen ihres Drogenkonsums) leiden und eine Veränderung anstreben. Der Behandlungsansatz umfasst sowohl die Stabilisierung (des Konsumverhaltens, psychischen Zustands) unter Substitutionsbehandlung als auch eine Hilfestellung zum Erreichen einer abstinenter Lebensgestaltung, wobei dafür einige Voraussetzungen gegeben sein müssen. Bei fortgesetztem Drogenkonsum steht die Schadensminimierung im Vordergrund.
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtungen gemäß § 15 SMG, zudem Standards des ÖSG
Kontakt	Hall in Tirol; Milser Straße 10; Tel.: +43(0) 050 504-88130; E-Mail: hall.pb.b3-leitstelle@tirol-kliniken.at; www.psychiatrie.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=psychiatrie-i/patientenbetreuung1/sprechstunde-fuer-abhaengigkeitserkrankungen

Landeskrankenhaus Hall, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik

Träger	Tirol Kliniken GmbH
Angebot	Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik bietet mit 6 Stationen, einer Tagesklinik und einer Ambulanz in Hall sowie einer Tagesklinik und einem Konsiliar- und Liaisondienst in Innsbruck eine altersspezifische Diagnostik und Behandlung für Kinder- und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr bei sämtlichen psychischen, psychosomatischen, psychosozialen sowie Entwicklungsstörungen an. Die Station für Abhängigkeitserkrankungen bietet hierfür 6 Betten für Jugendliche im Alter zwischen 12 und 18 Jahren an. Unser Leistungsangebot umfasst Krisenintervention, diagnostische Aufenthalte und qualifizierte Entzugsbehandlung jugendlicher Suchtmittelkonsumentinnen/-konsumenten sowie auch längerfristige psychotherapeutische Behandlungen entsprechend dem Störungsbild und den Komorbiditäten. Wir arbeiten nach einem multimodalen Behandlungskonzept unter Einbezug wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren entsprechend den internationalen Leitlinien für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie.
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Hall in Tirol; Milser Straße 10; Tel.: +43(0) 050 504-33833; E-Mail: hall.kjp.stationa@tirol-kliniken.at; https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall/mehrzweckangebot/kinder-und-jugendpsychiatrie/patientenbetreuung/-station-a

A. ö. Bezirkskrankenhaus Kufstein, Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin

Träger	Gemeindeverband Bezirkskrankenhaus Kufstein
Angebot	Die Abteilung für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin im BKH Kufstein ermöglicht Menschen mit psychiatrischen Problemen und Erkrankungen aus dem Bezirk Kufstein eine gemeindenahe Behandlung, sowohl stationär als auch teilstationär. Die Therapiegestaltung erfolgt individuell nach international anerkannten Standards mithilfe eines multiprofessionellen Teams. Dieses setzt sich auf der Station und in der Tagesklinik aus FÄ für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Assistenzärztinnen/-ärzten in Ausbildung dazu, psychiatrischen Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Psychologinnen/Psychologen mit Psychotherapieausbildung, Ergo-, Physiotherapeutinnen/-therapeuten und Sozialarbeiterinnen/-arbeitern zusammen. Die Psychiatrie Kufstein betreibt auch eine Drogensubstitutionsambulanz in Wörgl.
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Kufstein, Endach 27; E-Mail: direktion@bkh-kufstein.at ; Tel.: +43 5372 6966-0; http://www.bkh-kufstein.at/de/willkommen-im-bkh-kufstein.html

A. ö. Bezirkskrankenhaus Lienz, Abteilung für Psychiatrie

Träger	Gemeindeverband Bezirkskrankenhaus Lienz
Angebot	Die psychiatrische Versorgung findet im Allgemeinkrankenhaus statt. Sämtliche medizinischen Fachrichtungen – auch die Psychiatrie und Psychotherapie – sind im gleichen Haus vertreten und können rund um die Uhr Patientinnen und Patienten ambulant, teilstationär oder stationär behandeln. Das heißt auch, dass integrierte, interdisziplinäre Behandlungsformen unter einem Dach möglich sind.
Qualitätsstandards	Standards des ÖSG
Kontakt	Lienz, Emanuel-von-Hibler-Straße 5; E-Mail: verwaltung@kh-lienz.at ; Tel.: +43 4852/606-0; http://www.onet.at/kh-lienz/angebot/medizinisch/psychiatrie/station.php?navid=54&navid=54

Haus am Seespitz

Träger	Therapienetz GmbH
Angebot	Das Haus am Seespitz ist eine stationäre Therapieeinrichtung für Personen mit stoffgebundenen Abhängigkeiten. Angeboten werden Einzel-, Paar- und Gruppentherapien, Angehörigenberatung und Angehörigengruppen, geschlechtsspezifische Gruppenangebote, Familiengespräche, Psychoedukation, klinisch-psychologische Diagnostik, medizinische und psychiatrische Behandlung und Beratung, Sozialarbeit, Arbeitstherapie, Sport und Erlebnispädagogik, zukunftsorientierte Kursangebote
Qualitätsstandards	anerkannte Einrichtungen gemäß § 15 SMG
Kontakt	Maurach am Achensee, Pertisauer Straße 32; Tel.: +43 5243 4340; E-Mail: office@hausamseespitz.at ; http://www.hausamseespitz.at

Betreutes Wohnprojekt für alkoholranke Männer

Träger	Verein Psychosozialer Pflegedienst Tirol
Angebot	Wohnen in einem betreuten Wohnprojekt oder einer Wohngemeinschaft ist häufig die erste mögliche Wohnform außerhalb des Krankenhauses oder Familienverbandes und mögliches Sprungbrett zur eigenen Wohnung. Betreutes Wohnen fördert die Selbstständigkeit, schafft verbesserten Realitätsbezug, wirkt Isolation und Rückzugstendenzen entgegen und verbessert letztendlich auch die Lebensqualität. Die Aufnahmedauer in WGs ist für alkoholranke Männer sinnvollerweise begrenzt, da sich die Klienten zum Zeitpunkt der Aufnahme in die WG bereits in einem großteils stabilisierten Zustand befinden und daher auch in der Lage sind, selbstständig handelnd die nähere Zukunft zu gestalten. Die Wohnform bietet einen abstinenzorientierten Sicherheitsrahmen.
Qualitätsstandards	
Kontakt	6020 Innsbruck, Anichstraße 4; Tel.: 0512/572750-8013 oder 0676 83553-8906; E-Mail: kontakt@psptirol.org; https://www.psptirol.org/betreute-wohnprojekte-und-wohngemeinschaften.html

Wendepunkt Wohnprojekt – Mobile Begleitung

Träger	pro mente tirol
Angebot	Im Rahmen des Wohnprojektes bietet Wendepunkt eine Kombination aus begleiteter Wohnsituation, betreuter interner Tagesstruktur, sozialtherapeutischer Gruppenarbeit und intensiver Einzelbetreuung. Ziel des Wohnangebotes und der mobilen Begleitung von Wendepunkt ist die Förderung der psychischen Gesundheit, der Autonomie und der sozialen und gesellschaftlichen Teilhabe Betroffener. Das Angebot ist langfristig, individuell und verantwortungsbewusst angelegt und bietet sozialpsychiatrische Unterstützung nach aktuellen fachlichen Qualitätsstandards – entlang der Prinzipien der modernen Sozialpsychiatrie.
Qualitätsstandards	
Kontakt	6020 Innsbruck, Karl-Schönherr-Straße 3; Tel.: 0512/ 58 51 29, E-Mail: office@promente-tirol.at; https://promente-tirol.at/de/wendepunkt-wohnprojekt.html

Alexihaus

Träger	Innsbrucker Soziale Dienste GmbH
Angebot	Das Alexihaus ist eine Einrichtung für wohnungslose Männer. Für Bewohner, die unter keinem Alkoholproblem leiden, die gerade nichts trinken oder eine Therapie versuchen, aber auch für Berufstätige oder Einzelfälle mit besonderem Hintergrund, besteht eine separate Wohneinheit im Haus.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Dreieiligenstraße 9; Tel.: +43512 5331-7620; E-Mail: alexihaus@isd.or.at; www.isd.or.at/de/wohnungslosenhilfe/einrichtungen/alexihaus/

Lumpazivagabundus – Teilbetreute Wohngemeinschaft

Träger	Innsbrucker Soziale Dienste GmbH
Angebot	Ziel der teilbetreuten Wohngemeinschaft ist es, die Bewohner:innen zu befähigen, in einem normalen sozialen Kontext mit Gleichgesinnten zusammenzuleben und mit ihrem Alkoholproblem umgehen bzw. wohnen zu lernen.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Haydnplatz 5; Tel.: +43512 5331-7650; E-Mail: sozialkontakt.haydnplatz@isd.or.at; www.isd.or.at/de/wohnungsloshilfe/einrichtungen/wohngemeinschaft/

Pflegestation Herberge

Träger	Innsbrucker Soziale Dienste GmbH
Angebot	Die Pflegestation Herberge ist ein Angebot an pflegebedürftige wohnungslose Frauen und Männer, das den altersgemäßen, pflegerischen und medizinischen Bedürfnissen angepasst ist. Das Angebot beinhaltet Übergangspflege und bei Verbesserung des Gesundheitszustandes Unterstützung bei Weitervermittlung bzw. Rückübersiedlung in eine geeignete Wohnform, 24h Pflege und Betreuung, medizinische Betreuung durch Ärzt:innen, Sozialarbeit, Unterstützung für kontrollierten Alkoholkonsum, Freizeitbeschäftigung, u.v.m.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Hunoldstraße 22; Tel.: +43512 5331-7841; E-Mail: herberge@isd.or.at; www.isd.or.at/de/wohnungsloshilfe/einrichtungen/pflegestation-herberge/

Mentlvilla/Notschlafstelle

Träger	Caritas der Diözese Innsbruck
Angebot	In der Notschlafstelle der <i>Mentlvilla</i> finden bis zu 17 Personen mit Suchterkrankung ab 18 Jahren eine Notunterkunft. Die Einrichtung bietet ihren Bewohnerinnen/Bewohnern sowohl Schutz vor der Dealerszene als auch vor gesellschaftlicher Diskriminierung.
Qualitätsstandards	
Kontakt	Innsbruck, Heiliggeiststraße 16; E-Mail: caritas.ibk@dibk.at; Tel.: +43512 564351 www.caritas-tirol.at/hilfe-angebote/suchterkrankungen/mentlvilla-notschlafstelle/

7.3 Selbsthilfe

Anonyme Alkoholiker (AA)

Angebot	Anonyme Alkoholiker (AA) sind eine weltweite Gemeinschaft von Männern und Frauen, die miteinander ihre Erfahrungen teilen, um ihr gemeinsames Problem zu lösen und sich und anderen zur Genesung vom Alkoholismus zu verhelfen. Die einzige Voraussetzung für die Zugehörigkeit ist der Wunsch, mit dem Trinken aufzuhören. Die AA unterstützen sich gegenseitig bei regelmäßigen Treffen. Das Angebot ist für alkoholabhängige Personen, Angehörige und Interessierte offen.
Kontakt	Postanschrift: AA, Spingesser Straße 14, Neu-Arzt, 6020 Innsbruck; Tel.: + 43 664/516 58 80 täglich von 19–22 Uhr E-Mail: tirol@anonyme-alkoholiker.at; https://www.anonyme-alkoholiker.at/tirol-nordtirol

Al-Anon und Alateen

Angebot	Selbsthilfegruppe für Angehörige und Freunde von Alkoholikerinnen/Alkoholikern. Die Selbsthilfegruppen finden regelmäßig in einer Vielzahl lokaler Gruppen an verschiedenen Orten statt.
Kontakt	Al-Anon Familiengruppen, Al-Anon Erwachsene Planseestraße 6/2; A-6600 Reutte/Tirol; Tel.: +43 (0) 664/73 21 72 40; E-mail: info@al-anon.at ; https://www.al-anon.at/

Blaues Kreuz

Angebot	Selbsthilfegruppe/Begegnungsgruppen für alkoholabhängige Personen und deren Angehörige
Kontakt	Blaues Kreuz Tratzbergsiedlung 1 / A-6200 Jenbach jeden 1. + 3. Samstag um 10.00 Uhr; Tel.: +43 (0)699/18259007; E-Mail: joh.r.zauer@gmail.com ; http://www.blaueskreuz.at/de/selbsthilfegruppen/tirol

Lichtblick

Angebot	Selbsthilfegruppe „Lichtblick“ für Alkoholabhängigkeit und Medikamentenabhängigkeit in Kufstein
Kontakt	Altenwohnheim Zell, Lindenallee 2, 6330 Kufstein jeder erste Montag im Monat 19.00–20.30 Uhr; Tel.: +43 677/62 20 64 43; http://www.bkh-kufstein.at/de/lichtblick.html

8 Literatur

Allgemeines Sozialversicherungsgesetz, ASVG: Bundesgesetz vom 9. September 1955 über die Allgemeine Sozialversicherung (Allgemeines Sozialversicherungsgesetz– ASVG), BGBl. Nr. 189/1955, in der geltenden Fassung.

Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2020): Epidemiologiebericht Sucht 2020. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich, Wien

Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Klein, Charlotte; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja; Strizek, Julian (2021): Epidemiologiebericht Sucht 2021. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich. Unveröffentlicht

ARGE Suchtvorbeugung (2016): Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich – Positionspapier der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung

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

ARGE Suchtvorbeugung (2020): Positionspapier Glücksspiel–Sportwetten. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung, Wien

Arnaud, Nicolas; Thomasius, Rainer (2020): Störungen durch Substanzgebrauch und abhängige Verhaltensweisen in der ICD–11. In: Zeitschrift für Kinder– und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie:1–8

Bachmayer, Sonja; Hojnik, Markus; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): Handbuch Alkohol – Österreich: Band 1 – Statistiken und Berechnungsgrundlagen. Aufl. 8. Aufl. Gesundheit Österreich GmbH, Wien

Beubler, Eckhard; Haltmayer, Hans; Springer, Alfred (Hg.) (2007): Opiatabhängigkeit: interdisziplinäre Aspekte für die Praxis. Springer–Verlag, Berlin – Wien – New York

BfArM (2020): ICD–10–GM Version 2021, Systematisches Verzeichnis, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, Stand: 18. September 2020. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) unter Beteiligung der Arbeitsgruppe ICD des Kuratoriums für Fragen der Klassifikation im Gesundheitswesen (KKG), Köln

BMASGK (2019): HIV/AIDS, Hepatitis B und C in Österreich, Wien

BMF (2021): Spielerschutz und Hilfsangebote [Online].
<https://www.bmf.gv.at/themen/gluecksspiel-spielerschutz/spielerschutz-hilfsangebote.html> [Zugriff am 13.09.2021]

- BMG (2012): Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden. BMG,
- BMG (2015): Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit, Wien
- BMSGPK (2021a): Einrichtungen gemäß § 15 Suchtmittelgesetz [Online].
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/Einrichtungen-gem%C3%A4%C3%9F-%C2%A7-15-Suchtmittelgesetz.html> [Zugriff am 13.09.2021]
- BMSGPK (2021b): Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit) [Online].
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) [Zugriff am 13.09.2021]
- BMSGPK (2021c): Information zu Neuen Psychoaktiven Substanzen [Online].
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Neue-Psychoaktive-Substanzen--Information-zu-Konsumrisiken,-Behandlung-und-Pr%C3%A4vention/Information-zu-Pr%C3%A4vention,-Behandlung-und-Umgang-mit--Research-Chemicals-.html> [Zugriff am 13.09.2021]
- BMSGPK (2021d): Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) [Online].
[https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-\(OEGD\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Oeffentlicher-Gesundheitsdienst-(OEGD).html) [Zugriff am 13.09.2021]
- BMSGPK (2021e): Pathologisches Glücksspiel [Online].
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Verhaltenss%C3%BCchte/Spielsucht/Pathologisches-Gl%C3%BCcksspiel.html> [Zugriff am 13.09.2021]
- BMSGPK (2021f): Rechtliche Informationen und Rechtstexte [Online].
<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Rechtliche-Informationen.html> [Zugriff am 13.09.2021]
- BoJA (2021): Was ist Offene Jugendarbeit? [Online]. <https://www.boja.at/was-ist-offene-jugendarbeit> [Zugriff am 13.09.2021]
- Bründl, Susanne; Fuss, Johannes (2021): Impulskontrollstörungen in der ICD-11. In: Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie 15/1:20-29
- Brunt, T. (2017): Drug checking as a harm reduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide. EMCDDA, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
- Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien

- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Kellner, Klaus; Kerschbaum, Hans; Wirl, Charlotte (2013a): Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH
- Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Weigl, Marion; Wirl, Charlotte (2013b): Report on the current state of play of the 2003 Council Recommendation on the prevention and reduction of health-related harm, associated with drug dependence, in the EU and candidate countries. Final Report. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH, Wien
- Caritas Deutschland (2021a): Notschlafstelle [Online]. <https://www.caritas.de/glossare/notschlafstelle> [Zugriff am 15.09.2021]
- Caritas Deutschland (2021b): Safer Use [Online]. <https://www.caritas.de/glossare/safer-use> [Zugriff am 13.09.2021]
- Charité Arbeitsgruppe Spielsucht (2021): Problematisches und pathologisches Spielen [Online]. https://ag-spielsucht.charite.de/gluecksspiel/problematisches_und_pathologisches_spielen/ [Zugriff am 13.09.2021]
- Die Österreichische Justiz (2021): Bewährungshilfe [Online]. <https://www.justiz.gv.at/home/strafvollzug/bewaehrungshilfe~37e.de.html> [Zugriff am 13.09.2021]
- Drogenarbeit Z6 (2020): Tätigkeitsbericht 2019. Verein Z6 – zur Förderung von Jugendsozial-, Jugendkultur- und Jugendfreizeitarbeit, Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2021a): MDA Basecamp. Mobile Drogenarbeit [Online]. <https://www.drogenarbeitz6.at/mda-basecamp-info/mda-basecamp.html> [Zugriff am 13.09.2021]
- Drogenarbeit Z6 (2021b): Tätigkeitsbericht 2020. Verein Z6 – zur Förderung von Jugendsozial-, Jugendkultur- und Jugendfreizeitarbeit, Innsbruck
- Duden online (2021): Multiplikator [Online]. <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Multiplikator> [Zugriff am 14.09.2021]
- DZIF (2021): Seroprävalenz [Online]. <https://www.dzif.de/de/glossar/seropraevalenz> [Zugriff am 13.09.2021]
- EBDD (2010): Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monographs. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD), Lisbon
- ECDC&EMCDDA (2011): ECDC and EMCDDA guidance. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. ECDC, Stockholm
- EMCDDA (2010): Harm reduction: evidence, impacts and challenges. EMCDDA Monograph. EMCDDA European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

- ESPAD Group (2020): ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. EMCDDA Joint Publications. Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EU (2020): EU Drugs Strategy 2021–2025. European Commission, Brussels
- EU (2021): Europas Plan gegen den Krebs. Mitteilung der Kommission an das Europäische Parlament und den Rat. Europäische Kommission, Brüssel
- gesundheit.gv.at (2021a): Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/finanzierung>
 [Zugriff am 15.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021b): Gemeinsame österreichische Suchtpräventionsstrategie [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/aktuelles/archiv-2016/sucht-strategie> [Zugriff am 13.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021c): Gesundheitsschäden durch Passivrauchen [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/leben/gesundheitsvorsorge/nichtrauchen/gesundheitssschaeden> [Zugriff am 13.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021d): Hepatitis B: Übertragung & Vorbeugung [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/leber/hepatitis-b> [Zugriff am 13.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021e): Hepatitis C: Übertragung & Vorbeugung [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/leber/hepatitis-c> [Zugriff am 13.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021f): HIV & AIDS [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/immunsystem/hiv-aids/inhalt> [Zugriff am 13.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021g): Koinfektion [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/lexikon/k/lexikon-koinfektion> [Zugriff am 13.09.2021]
- gesundheit.gv.at (2021h): Schmerzmittel (Mischanalgetika, Opiate & Opioide) [Online].
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/sucht/medikamentensucht/schmerzmittel-mischanalgetika-opiate-opioide> [Zugriff am 13.09.2021]
- Glücksspielgesetz, GSpG: 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. Nr. 620/1989, in der geltenden Fassung.
- GÖG (2021a): Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe (DOKLI) [Online]. <https://goeg.at/Drogeneinrichtungen> [Zugriff am 13.09.2021]
- GÖG (2021b): REITOX Focal Point [Online]. <https://goeg.at/REITOX> [Zugriff am 13.09.2021]

- Heinz, Andreas; Gül Halil, Melissa; Gutwinski, Stefan; Beck, Anne; Liu, Shuyan (2021): ICD-11: Änderungen der diagnostischen Kriterien der Substanzabhängigkeit. In: Der Nervenarzt 2021/published online: :<https://doi.org/10.1007/s00115-00021-01071-00117>
- Hojni, Markus; Delcour, Jennifer; Strizek, Julian; Uhl, Alfred (2019): ESPAD Österreich. Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2020): Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich, Wien
- Kalke, J.; Wurst, F.M. (2015): Glücksspielverhalten und Glücksspielproblem in Österreich. Ergebnisse der Repräsentativerhebung 2015. Institut für interdisziplinäre Sucht- und Drogenforschung, Hamburg
- Klimont, Jeanette (2020): Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. STATISTIK AUSTRIA, Wien
- kontakt+co (2021): 6. Tiroler Suchttagung. Handout zur Postersession. Nachlese [Online]. <https://www.kontaktco.at/suchttagung/wp-content/uploads/2013/01/Einrichtungen-der-Tiroler-Suchtarbeit.pdf> [Zugriff am 15.09.2021]
- kontakt+co Newsletter (2019): Österreichische Dialogwoche Alkohol. Wie viel ist zuviel?, https://www.kontaktco.at/newsletter_archiv/nl_2019_2.pdf
- LAG; JAW; KVJS (2005): Was leistet Mobile Jugendarbeit? Ein Portrait Mobiler Jugendarbeit in Baden-Württemberg. Landesarbeitsgemeinschaft Mobile Jugendarbeit/Streetwork Baden-Württemberg e.V; Landesarbeitskreis Mobile Jugendarbeit in der Landesarbeitsgemeinschaft Jugendsozialarbeit; Kommunalverband für Jugend und Soziales Baden-Württemberg, Landesjugendamt, Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg, Stuttgart
- Land Tirol (2012): RSG Tirol – ambulantes Modul, https://www.tirol.gv.at/fileadmin/_migrated/content_uploads/RSG_tirol_ambulantes_modul.pdf
- Land Tirol (2021): Suchtkoordination [Online]. <https://www.tirol.gv.at/gesellschaft-soziales/soziales/suchtkoordination/> [Zugriff am 13.09.2021]
- Michl, Werner (2015): Erlebnispädagogik 3., aktualisierte Auflage Aufl., utb, München: Rein
- NET, NEW (2021): European network of community-based NGOs, professionals, local and regional authorities and agencies in the field of health promotion and nightlife [Online]. https://drogues.gencat.cat/en/professionals/projectes_internacionals/newnet/ [Zugriff am 13.09.2021]
- Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz – NPSG: Bundesgesetz über den Schutz vor Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Neuen Psychoaktiven Substanzen (Neue-

Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, NPSG), BGBl. I Nr. 146/2011, in der geltenden Fassung.

Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung – NPSV: Verordnung des Bundesministers für Gesundheit über Neue Psychoaktive Substanzen (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung– NPSV), BGBl. II Nr. 468/2011, in der geltenden Fassung.

Newcomb, P. A.; Carbone, P. P. (1992): The health consequences of smoking. In: Cancer. Med.Clin.North.Am., 76, 305–331, zitiert in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (Hrsg.) (2013): Tabak-Abhängigkeit. Suchtmedizinische Reihe, Band 2

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

österreich.gv.at (2021a): Abstinenzorientierte Therapie (Entwöhnungsbehandlung) [Online]. https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/sucht/2/2/Seite.1520540.html#abstth [Zugriff am 13.09.2021]

österreich.gv.at (2021b): Ziele der Therapie [Online]. https://www.oesterreich.gv.at/themen/gesundheit_und_notfaelle/sucht/2/2/Seite.1520520.html [Zugriff am 13.09.2021]

Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2020): Positionspapier Glücksspiel-Sportwetten, Wien

Priebe, B.; Busch, M. (2021): Sucht und COVID-19 – Trendspotter März 2021
Österreichergergebnisse 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

Pschyrembel (2020): Klinisches Wörterbuch. 268. Aufl., Walter de Gruyter, Berlin

pschyrembel online (2021a): E-Zigarette [Online]. <https://www.pschyrembel.de/E-Zigarette/A0U9C/doc/> [Zugriff am 15.09.2021]

pschyrembel online (2021b): intravenös (i. v.) [Online]. <https://www.pschyrembel.de/intraven%C3%B6s/K0B1R> [Zugriff am 15.09.2021]

pschyrembel online (2021c): Konsiliararzt [Online]. <https://www.pschyrembel.de/Konsiliararzt/K0C2T/doc/> [Zugriff am 15.09.2021]

pschyrembel online (2021d): Lebenszeitprävalenz [Online]. <https://www.pschyrembel.de/Lebenszeitpr%C3%A4valenz/P03UN/doc/> [Zugriff am 16.09.2021]

pschyrembel online (2021e): Naloxon [Online]. <https://www.duden.de/suchen/dudenonline/Multiplikator> [Zugriff am 15.09.2021]

- pschyrembel online (2021f): Prävalenz [Online].
<https://www.pschyrembel.de/Pr%C3%A4valenz/K0HLC>
- pschyrembel online (2021g): Psychopharmaka [Online].
<https://www.pschyrembel.de/Psychopharmaka/K0J2I> [Zugriff am 15.09.2021]
- pschyrembel online (2021h): Suchtmittel [Online].
<https://www.pschyrembel.de/Suchtmittel/H11R3> [Zugriff am 15.09.2021]
- pschyrembel online (2021i): Vertragsarzt [Online].
<https://www.pschyrembel.de/Kassenarzt/K0NQQ/doc/> [Zugriff am 15.09.2021]
- Psychotropenverordnung – PV: Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales über den Verkehr und die Gebahrung mit psychotropen Stoffen (Psychotropenverordnung – PV), in der geltenden Fassung.
- Rast, Nikolaus (2013): »Therapie statt Strafe« – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht Frühling 2013/85:6
- Rat der Europäischen Union (2021): EU-Drogenstrategie 2021–2025. (2021/C 102 I/01), Amtsblatt der Europäischen Union
- Reinstadler, V.; Ausweger, V.; Grabher, A. L.; Kreidl, M.; Huber, S.; Grander, J.; Haslacher, S.; Singer, K.; Schlapp-Hackl, M.; Sorg, M.; Erber, H.; Oberacher, H. (2021): Monitoring drug consumption in Innsbruck during coronavirus disease 2019 (COVID-19) lockdown by wastewater analysis. In: Sci Total Environ 757/:144006
- Singer, Manfred V.; Batra, Anil; Mann, Karl (2011): Alkohol und Tabak. Grundlagen und Folgeerkrankungen. Thieme Verlag, Stuttgart
- soziales-wissen (2021): Niederschwelligkeit [Online]. <https://soziales-wissen.de/tl/Niederschwelligkeit.htm> [Zugriff am 13.09.2021]
- Stiftung SPI (2021): Betreutes Einzelwohnen für Suchtkranke [Online]. <https://www.stiftung-spi.de/geschaeftsbereiche/gesundheit-wohnen-beschaeftigung/betreutes-wohnen-fuer-suchtkranke/> [Zugriff am 13.09.2021]
- Strizek, Julian ; Busch, Martin ; Schwarz, Tanja; Puhm, Alexandra (2020): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Anzenberger, Judith; Kadlik, Andrea; Schmutterer, Irene; Uhl, Alfred (2016): ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Strizek, Julian; Busch, Martin; Priebe, Birgit; Puhm, Alexandra; Uhl, Alfred (2021): Sucht(behandlung)in der Krise. Erster Kurzbericht. Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH, Wien

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

Suchtmittelgesetz – SMG: Bundesgesetz über Suchtgifte, psychotrope Stoffe und Drogenausgangsstoffe (Vorheriger Suchbegriff Suchtmittelgesetz Nächster Suchbegriff – SMG), BGBl. I Nr. 112/1997 in der geltenden Fassung.

Suchtvorbeugung (2021): Österreichische ARGE Suchtvorbeugung [Online].
<https://www.suchtvorbeugung.net/> [Zugriff am 13.09.2021]

Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz-TNRSG: Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRSG), BGBl. Nr. 431/1995 in der geltenden Fassung.

thieme Psychiatrie, Psychologie und Psychosomatik (2021): Potenziale und Herausforderungen von E-Mental-Health-Interventionen in der Versorgung psychischer Störungen [Online].
<https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/e-mental-health-interventionen-141647.htm> [Zugriff am 13.09.2021]

Tirol, Qualitätszirkel Glücksspiel Sportwetten (2020): Jahresbericht 2019

Tiroler Mindestsicherungsgesetz – TMSG: Gesetz vom 17. November 2010, mit dem die Mindestsicherung in Tirol geregelt wird (Tiroler Mindestsicherungsgesetz – TMSG), LGBl.Nr. 99/2010 in der geltenden Fassung.

Tiroler Teilhabegesetz – TTHG: Gesetz vom 13. Dezember 2017 über die Unterstützung zur Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am gesellschaftlichen Leben (Tiroler Teilhabegesetz – TTHG), LGBl.Nr. 32/2018, in der geltenden Fassung.

Uhl, A.; Strizek, J.; Hojni, M. (2020): Handbuch Alkohol Österreich. Band 3: Ausgewählte Themen. Gesundheit Österreich, Wien

Uhl, Alfred; Bachmayer, Sonja; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian (2020): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen. Gesundheit Österreich, Wien

Ullrich, Jens (2016): Sucht, Abhängigkeit und schädlicher Gebrauch. In: Handbuch Psychoaktive Substanzen. Hg. v. von Heyden, Maximilian; Jungaberle, Henrik; Majić, Tomislav. Springer, Berlin, Heidelberg. S. 1–S. 11

UNODC (2011a): Ensuring availability of controlled medications for the relief of pain and preventing diversion and abuse: Striking the right balance to achieve the optimal public health outcome. Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC), Wien

- UNODC (2011b): The non-medical use of prescription drugs. Policy Direction Issues (Discussion Paper). Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC), Wien
- UNODC (2018): Technical Guidance on Increasing Access to, and Availability of Controlled Drugs for Medical Purposes: Key Areas of Focus. Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung (United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC), Wien
- WHO (2008): WHO Framework Convention on Tobacco Control. In: 56th World Health Assembly, Geneva, 19–34 May 2003. World Health Organization, Geneva
- WHO (2012): Europäischer Aktionsplan zur Verringerung des schädlichen Alkoholkonsums 2012–2020. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- WHO (2014): Community management of opioid overdose. World Health Organization, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/137462>
- WHO (2017): Aktionsplan für Maßnahmen des Gesundheitswesens gegen Virushepatitis in der Europäischen Region der WHO. 66 Tagung des Regionalkomitees für Europa: Kopenhagen, 12–15 September 2016. WHO-Regionalbüro für Europa, Kopenhagen
- WHO (2021a): International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) [Online]. <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> [Zugriff am 13.09.2021]
- WHO (2021b): Tobacco Free Initiative (TFI) [Online]. https://apps.who.int/tobacco/publications/prod_regulation/heated-tobacco-products/en/index.html [Zugriff am 13.09.2021]
- Zuccato, Ettore; Chiabrando, Chiara; Castiglioni, Sara; Bagnati, Renzo; Fanelli, Roberto (2008): Estimating community drug abuse by wastewater analysis. In: Environmental health perspectives 116/8:1027–1032

Wichtige Definitionen / Glossar

15a-B-VG-Vereinbarung

Eine Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG ist in Österreich eine vom Bund mit den Ländern oder von den Ländern untereinander geschlossene Vereinbarung. Art. 15a Abs. 1 B-VG sieht vor, dass Bund und Länder Vereinbarungen über Angelegenheiten ihres jeweiligen Wirkungsbereichs schließen können. Durch die Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG *Zielsteuerung-Gesundheit* (siehe ebendort) wird die Ausrichtung der Gesundheitsversorgung an den zukünftigen Erfordernissen (demografische Entwicklung, technischer Fortschritt u. a. m.) und dadurch auch die nachhaltige Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitssystems sichergestellt (BMSGPK 2021b).

abstinenzorientierte Behandlung

Therapieform, welche die Freiheit von psychoaktiven Substanzen zum Ziel hat und in spezialisierten Einrichtungen sowohl ambulant als auch stationär angeboten wird (österreich.gv.at 2021a)

abwasserepidemiologische Studien

Überwachung von Echtzeitdaten zu geografischen und zeitlichen Entwicklungen im Bereich des illegalen Drogenkonsums. Die Methode beinhaltet die Entnahme einer Abwasserprobe, z. B. am Zulauf einer Kläranlage. Dies ermöglicht es Wissenschaftlerinnen/Wissenschaftlern, die Menge der in einer Gemeinschaft konsumierten Drogen durch die Messung der Konzentrationen illegaler Drogen und ihrer Metaboliten im ausgeschiedenen Urin zu schätzen (Zuccato et al. 2008).

Alkoholplattform Tirol

informeller Zusammenschluss von Einrichtungen im Bereich der Suchtarbeit, die sich unter anderem bzw. spezialisiert mit dem Thema Alkohol beschäftigen. Die Bandbreite der Maßnahmen reicht von der Prävention über Beratung und Therapie bis hin zur Nachsorge und zu Arbeitsprojekten im Sinne der Wiedereingliederung (kontakt+co Newsletter 2019).

Alternativen zur Bestrafung

siehe *Therapie statt Strafe*

Amtsärztin/Amtsarzt	Ärztin/Arzt, die/der im Dienst der öffentlichen Gesundheit steht. Amtsärztinnen/-ärzte erfüllen im Zuge des amtsärztlichen Dienstes ihre hoheitlichen Aufgaben stets im Auftrag von Arbeitgebern, Behörden, Gerichten sowie auf Anordnung öffentlich-rechtlicher Institutionen (BMSGPK 2021d).
anerkannte Einrichtungen gemäß § 15 SMG	Einrichtungen, die für gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Suchtgiftmissbrauch zur Verfügung stehen. Alle Betreuungseinrichtungen nach § 15, die im Bundesgesetzblatt aufscheinen, erfüllen die §§ 11, 12, 35, 37 und 39 Suchtmittelgesetz. Die Einrichtungen unterstehen einer absoluten Verschwiegenheitspflicht und berücksichtigen regionale Erfordernisse (BMSGPK 2021a).
betreutes Wohnen (BeWo) im Suchtbereich	Wohnform für u. a. ältere und/oder suchtkranke Personen, bei der Abstinenz und Abstinenzabsichten Betreuungsziele, jedoch keine Aufnahmebedingungen sind. Zielgruppe des BeWo sind chronisch abhängigkeitskranke erwachsene Menschen, deren Abstinenzfähigkeit oft eingeschränkt ist und die häufig unter erheblichen Folgeerkrankungen leiden. Ziel des BeWo ist es, durch eine individuelle und gemeinsame Betreuungsgestaltung zu einer Verbesserung ihrer Lebenssituation beizutragen (Stiftung SPI 2021).
Bewährungshilfe	Betreuungsform, die statt einer Haftstrafe oder bei einer bedingten Haftentlassung angeordnet wird und deren Aufgabe es ist, verurteilten Straftäterinnen/Straftätern zu einer Lebensführung und Einstellung zu verhelfen, die sie von der Begehung neuerlicher strafbarer Handlungen abhalten kann (Die Österreichische Justiz 2021)
Bundesdrogenforum	Das österreichische Bundesdrogenforum dient dem dynamischen Abstimmen drogenpolitischer Fragen und Agenden zwischen Bund und Ländern, aber auch zwischen verschiedenen Sektoren und tritt mindestens zweimal jährlich zusammen (gesundheit.gv.at 2021b).

DOKLI	ein bundesweit einheitliches System zur Dokumentation von Klientinnen/Klienten in Drogeneinrichtungen, wie es u. a. auf EU-Ebene als Schlüsselindikator Behandlungsbedarf verlangt wird (GÖG 2021a)
Drogenarbeitskreis	Fachgremium und Systempartner mit Relevanz für das Tiroler Suchthilfesystem, Vernetzungstreffen von Einrichtungen (kontakt+co 2021)
drogenassoziierte Infektionskrankheiten	Infektionskrankheiten, die auch durch das gemeinsame Verwenden von Konsumutensilien (z. B. Benutzen der gleichen Spritze) übertragen werden. In Österreich sind das (wie in der EU) in erster Linie Hepatitis B, C und HIV.
Drug-Checking	integrierter Ansatz, der die chemische Analyse von Substanzen mit Beratung verknüpft. Potenzielle Konsumentinnen/Konsumenten können dadurch vor besonders gesundheitsschädlichen Präparaten gewarnt werden, womit die Gefahren, die beim Konsum von Substanzen mit einer nicht bekannten Zusammensetzung entstehen können, vermindert werden können (Brunt 2017).
E-Health-Interventionen	Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in gesundheitsrelevanten Feldern. Dabei hat Electronic Health zum Ziel, die Versorgung zu verbessern und somit die Gesundheit des Individuums und der Gesellschaft zu fördern (thieme Psychiatrie 2021).
Erlebnispädagogik	handlungsorientierte Methode, die durch exemplarische Lernprozesse, in denen junge Menschen vor physische, psychische und soziale Herausforderungen gestellt werden, diese jungen Menschen in ihrer Persönlichkeitsentwicklung fördern und sie dazu befähigen will, ihre Lebenswelt verantwortlich zu gestalten (Michl 2015)
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 (Behördenportalverbund) vom BMSGPK geschaffen. Im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister stehen die Daten für epidemiologische Zwecke zur Verfügung. 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 (Busch et al. 2021).
extramurale Versorgung	Gesundheitsleistungen außerhalb eines Krankenhauses, etwa in einer Arztpraxis (gesundheit.gv.at 2021a)
E-Zigaretten	elektrisch beheizte Geräte zur Verdampfung einer aromatisierten Flüssigkeit. Das entstehende Aerosol wird von Konsumentinnen/Konsumenten inhaliert. Im Unterschied zur Zigarette findet kein Verbrennungsprozess statt (pschyrembel online 2021a).
Gambling	Glücksspiele (engl. Gambling) sind Spiele, bei denen gegen Einsatz eines Vermögenswerts (Geld oder Ähnliches) ein Gewinn in Aussicht gestellt wird (ARGE Suchtverbeugung 2020).
Gaming	Spielen von Computerspielen (ARGE Suchtverbeugung 2020)
Gesundheitsraum	Räume, in denen unter geschützten Bedingungen Drogen konsumiert werden können. Zusätzliche Aspekte dieser Maßnahme sind die Verringerung des

	Drogenkonsums im öffentlichen Raum und die Integration besonders gefährdeter Klientinnen/Klienten in das Hilfsnetz der Drogenhilfe (EMCDDA 2010).
heated tobacco product	erhitztes nikotinhaltiges Tabakprodukt, das den Tabak auf eine niedrigere Temperatur als herkömmliche Zigaretten erhitzt. Die entstehenden Aerosole werden durch den Mund inhaliert (WHO 2021b).
Hepatitis B	meldepflichtige infektiöse Viruserkrankung der Leber. Eine akute Infektion kann in eine chronische Verlaufsform übergehen. Die Viren werden vor allem über ungeschützten Geschlechtsverkehr bzw. Blut übertragen; siehe <i>Hepatitis C</i> (gesundheit.gv.at 2021d) und auch <i>drogenassoziierte Infektionskrankheiten</i> .
Hepatitis C	meldepflichtige infektiöse Viruserkrankung der Leber. Der häufigste Übertragungsweg in Österreich ist der sogenannte intravenöse (i. v.) Drogenkonsum. Es werden dabei Suchtmittel (z. B. Heroin) mit Spritzen in den Blutkreislauf injiziert. Spritzen werden dabei häufig von mehreren Personen benutzt, und HCV-Viren können auf diesem Weg auch von einer infizierten Person auf andere Personen übertragen werden (gesundheit.gv.at 2021e); siehe auch <i>drogenassoziierte Infektionskrankheiten</i> .
HIV	menschliches Immunschwäche-Virus (engl. „human immunodeficiency virus“), das die körpereigenen Abwehrkräfte schädigt. Es kann über Sexualkontakt, Blut-zu-Blut-Kontakt (z. B. durch i. v. Drogenkonsum), Schleimhautkontakt mit bestimmten Körperflüssigkeiten oder auch während der Schwangerschaft von der Mutter auf das Kind übertragen werden (gesundheit.gv.at 2021f); siehe auch <i>drogenassoziierte Infektionskrankheiten</i>
hochschwellig	„hoch angesetzt“; die Maßnahme erfordert Vorbedingungen wie z. B. einen geregelten Tagesablauf, eine Abstinenzmotivation (siehe auch <i>niederschwellig</i>)
ICD-10/11	weltweit anerkanntes Klassifikationssystem für medizinische Diagnosen. Es wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegeben und dient

	der weltweit einheitlichen Zuordnung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Die Nummer 10 bzw. 11 bezeichnet dabei die derzeit gültige Revision (WHO 2021a).
intramurale Versorgung	Gesundheitsleistungen im Krankenhaus (gesundheit.gv.at 2021a)
intravenöser (i. v.) Drogenkonsum	Injizieren von Suchtmitteln (z. B. Heroin) in die Vene bzw. den Blutkreislauf mittels Spritzen (pschyrembel online 2021b)
Kassenstelle	Die Verträge zwischen Kassenärztinnen/-ärzten und Krankenkassen sind Einzelverträge im Rahmen eines Gesamtvertrags der jeweiligen Landesärztekammer mit dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Für die Vergabe von Kassenverträgen gibt es Punktesysteme, nach denen interessierte Ärztinnen/Ärzte für eine Kassenpraxis gereiht und bewertet werden. Die Verrechnung der Leistungen erfolgt direkt zwischen Kassenärztin/-arzt und dem gesetzlichen Sozialversicherungsträger. Die Patientin / Der Patient „bezahlt“ mit der e-Card (pschyrembel online 2021i).
kleines Glücksspiel	siehe <i>Landesausspielungen</i>
Koinfektionsrate	Infektion mit mindestens zwei unterschiedlichen Krankheitserregern, wobei die erste Infektion keine Voraussetzung für die zweite ist. Ein Beispiel dafür wäre eine HIV-Infektion mit einer Hepatitis-C-Koinfektion (gesundheit.gv.at 2021g).
konsiliarärztlicher Dienst / Konsiliardienst	Konsiliarärztinnen/-ärzte sind externe Fachärztinnen/-ärzte, die aufgrund ihrer Spezialqualifikationen von einer behandelnden Ärztin bzw. einem behandelnden Arzt für spezielle Fragestellungen außerhalb ihres/seines Fachgebiets hinzugezogen werden. Diese Beratungen (Konsile) dienen der optimalen Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten (pschyrembel online 2021c).

Landesausspielungen	(ehemals kleines Glücksspiel) nennt man den Betrieb von Glücksspielautomaten außerhalb von Kasinos. Jedes Bundesland entscheidet, ob es Landesausspielungen erlaubt, und vergibt die Lizenzen dafür. In Tirol sind Landesausspielungen verboten (ARGE Suchtvorbeugung 2020).
Lebenszeitprävalenz	Häufigkeit einer Erkrankung (hier: eines Konsumverhaltens) in einer Bevölkerung auf die gesamte bisherige Lebenszeit bezogen, z. B.: jemals Cannabis konsumiert (pschyrembel online 2021d).
Leitdroge	jene Droge, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale sowie gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat (Anzenberger et al. 2021).
Lootboxen	wichtige Bestandteile vieler digitaler Spiele wie z. B. virtuelle Schatzkisten, die verschiedene Gegenstände wie Spielfiguren, Autos, Waffen oder Ausrüstungsgegenstände beinhalten. Diese Gegenstände werden zufällig ausgewählt, sind den Spielerinnen und Spielern vor dem Öffnen der Lootbox nicht bekannt und haben entweder Einfluss auf den Spielverlauf wie etwa im Falle von Rennspielen ein stärkeres Auto oder verändern nur das Aussehen von Spielitems wie z. B. eine andere Autolackierung (Strizek et al. 2020).
MDA basecamp	sekundärpräventive Einrichtung des Vereins Drogenarbeit Z6, die mit ihrem Informations- und Beratungsstand in Clubs, auf Musikevents und Festivals vor allem im elektronischen Musikbereich in Innsbruck und ganz Tirol anzutreffen ist. Die Besucher:innen der Veranstaltungen haben beim Informations- und Beratungsstand die Möglichkeit, sich bei den MDA-Mitarbeiterinnen/-Mitarbeitern über Konsum, Wirkung, Risiken und rechtliche Belange legaler und illegaler Substanzen zu informieren und erhalten im Sinne der Schadens- und Risikoreduktion Informationsmaterial, Wasser, Obst, Gehörschutz

	sowie verschiedene Safer-Use-Artikel kostenlos angeboten (Drogenarbeit Z6 2021a).
mobile Jugendarbeit	Lebenswelt- und adressatenorientiertes Arbeitsfeld der Jugendhilfe, das unterschiedliche Handlungsansätze und -prinzipien der Sozialarbeit in einem sozialpädagogischen Handlungskonzept vereint (z. B. Streetwork). Ziel der mobilen Jugendarbeit ist es, niederschwellig, direkt vor Ort, jederzeit für Jugendliche wie auch Eltern und andere Akteure im Sozialraum ansprechbar zu sein (LAG et al. 2005).
Monatsprävalenz	Häufigkeit einer Erkrankung (hier: eines Konsumverhaltens) in einer Bevölkerung in einem bestimmten Monat (pschyrembel online 2021f)
Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	Personen oder Einrichtungen, die Wissen oder Information weitergeben und zu deren Verbreitung, Vielfältigung beitragen (Duden online 2021)
Naloxon	Notfallmedikament, das bei einer akuten Vergiftung mit Opioiden eingesetzt wird und die Wirkung von Opioiden (z. B. Atemdepression, Koma, Überdosis, Vergiftung) kurzfristig aufhebt (pschyrembel online 2021e)
Needle-Sharing	gemeinsames Benutzen von Spritzen beim intravenösen (i. v.) Drogenkonsum (Busch et al. 2021)
neue psychoaktive Substanzen	auch bekannt als Research-Chemicals, Legal Highs oder Designerdrogen; es handelt es sich bei vielen dieser Substanzen um Forschungschemikalien, oftmals um Abfallprodukte aus der Arzneimittelforschung (BMSGPK 2021c)
NEW Net	NEW Net (Nightlight Empowerment & Well-being Network) ist ein europäisches Netzwerk gemeinnütziger Organisationen, die in den Bereichen Gesundheitsförderung und Nachtleben tätig sind, sowie von Fachleuten aus dem Nachtleben, lokalen und regionalen Behörden und Agenturen, Fachleuten aus dem Bereich der Behandlung und wissenschaftlichen Forschung (NET 2021).

niederschwellig

Die Anforderungen zur Aufnahme, zur Teilnahme oder zum Verbleib in einer sozialen Einrichtung sind niedrig angesetzt und erfordern für die Inanspruchnahme des Angebots einen nur geringen Aufwand von den Nutzenden, z. B. preisgünstige oder kostenlose Angebote, Möglichkeit der Standortwahl, Toleranz gegenüber verschiedenen Wohn- und Lebensformen etc. (soziales-wissen 2021).

Notschlafstelle

Orte, an denen Obdachlose nächtigen können. Die Notschlafstelle ist ein Angebot, das man ohne Anmeldung und Formalitäten nutzen kann. Neben dem Schlafplatz gibt es meist Duschen, Waschmaschinen, teilweise medizinische Betreuung und Gesprächsangebote (Caritas Deutschland 2021a).

offene Jugendarbeit

Handlungsfeld der Sozialen Arbeit mit einem sozialräumlichen Bezug und einem politischen, pädagogischen und soziokulturellen Auftrag. Der niederschwellige und freiwillige Zugang zu Angeboten der offenen Jugendarbeit begünstigt den Erwerb von Bildungsinhalten, die für alltägliche Handlungs- und Sozialkompetenzen wichtig sind (BoJA 2021).

Opiate

psychoaktive Substanzen, die aus dem Milchsaft des Schlafmohns gewonnen werden und damit Opium oder dessen Alkaloide enthalten. Zu den bedeutenden psychoaktiven Substanzen gehören Morphin und Codein, die beide in der Medizin einen hohen Stellenwert haben, vor allem als Schmerzmittel (gesundheit.gv.at 2021h). In Österreich werden die Begriffe Opiate und Opioide oft synonym verwendet.

Opioide

teilsynthetische oder synthetische Substanzen, die eine morphinähnliche Wirkung besitzen. Die Substanzen sind unterschiedlich stark wirksam, verschreibungspflichtig und unterliegen dem Suchtmittelgesetz (teils Suchtgiftrezept). Das bekannteste halbsynthetische Opioid ist Heroin, das durch einen chemischen Prozess (Acetylierung) aus Morphin hergestellt wird (gesundheit.gv.at 2021h). In Österreich werden die Begriffe Opiate und Opioide oft synonym verwendet.

Opioidsubstitutionsbehandlung	Substitutionsbehandlung (Drogenersatztherapie, Erhaltungstherapie) opioidabhängiger Personen durch legalisierte (also geregelte und kontrollierte) ärztliche Verordnung von Opioiden (retardierten Morphinen, Buprenorphin, Methadon), deren Ziel eine Stabilisierung in körperlicher, psychischer und sozialer Hinsicht ist und die dauerhaft im Sinne einer Schadensminimierung erfolgen kann und/oder das Ziel haben kann, zukünftig eine dauerhafte Abstinenz zu erreichen (Beubler et al. 2007; Busch et al. 2021)
Österreichische ARGE Suchtvorbeugung	bundesweites Netzwerk, in dem sich die Fachstellen für Suchtprävention aller neun Bundesländer in einem Verein konstituiert haben. Südtirol und Liechtenstein sind mit ihren Fachstellen außerordentliche Mitglieder. Übergeordnetes Ziel der ARGE Suchtvorbeugung ist die Schaffung fachlich hoher und einheitlicher Qualitätsstandards in Hinblick auf Projekte, Materialien und Veranstaltungen in der österreichischen Suchtprävention auf Basis einer österreichweiten institutionalisierten Vernetzung (Suchtvorbeugung 2021).
Partywork	Gesundheitsförderungsangebot im Nachtleben, das bei Veranstaltungen vor Ort Kurzberatungen zu den Themen (Misch-)Konsum, Wirkung, Risiken und rechtliche Belange legaler und illegaler Substanzen durchführt. Im Sinne der Schadens- und Risikoreduktion werden dabei meist Informationsmaterial, Wasser, Obst, Gehörschutz sowie verschiedene Safer-Use-Artikel kostenlos angeboten; siehe auch <i>MDA basecamp</i> (Drogenarbeit Z6 2021a).
Passivrauch	Beim Passivrauchen wird Tabakrauch aus der Umgebungsluft aufgenommen. Dieser Rauch enthält ebenso giftige und krebserregende Substanzen wie der beim Rauchen unmittelbar inhalierte Rauch (gesundheit.gv.at 2021c).
pathologisches Spielverhalten	häufiges und wiederholtes episodenhaftes Glücksspiel, das die Lebensführung der betroffenen Person beherrscht und zum Verfall ihrer sozialen, beruflichen, materiellen und familiären Werte und Verpflichtungen führt. Im Gegensatz zu anderen Verhaltenssüchten ist das pathologische, zwanghafte

	Glücksspiel als eigenständige psychische Erkrankung im internationalen Krankheitsklassifikationssystem der WHO (ICD-10) anerkannt (BMSGPK 2021e).
problematisches Spielverhalten	Ein problematisches Spielverhalten gilt als Vorstufe der Glücksspielsucht. Dabei ist das Betreiben von Glücksspiel zwar bereits mit negativen Konsequenzen verbunden, jedoch kann der:die Spieler:in sein:ihr Spielverhalten noch kontrollieren (Einsätze, Zeitaufwand). Setzt der Verlust der Kontrolle über das Spielverhalten ein, spricht man von einer Glücksspielsucht oder auch <i>pathologischem Glücksspiel</i> (siehe ebendort) (Charité Arbeitsgruppe Spielsucht 2021).
Psychopharmaka	Medikamente, die als Hauptwirkung einen Effekt auf das Gehirn ausüben und die daher zur Behandlung psychischer Erkrankungen eingesetzt werden. Die Substanzen, die im Medikament enthalten sind, wirken entweder direkt oder indirekt über ihre Stoffwechselprodukte im Körper (pschyrembel online 2021g).
psychotrope Stoffe	Psychotrope Stoffe sind psychoaktive Substanzen. Sie sind in der Psychotropenverordnung aufgelistet und unterliegen auf Basis einschlägiger internationaler Klassifizierung bestimmten Beschränkungen in Bezug auf ihre Verwendung. Zu den psychotropen Stoffen gehört insbesondere die Gruppe der Benzodiazepine, die wegen ihrer angstlösenden, beruhigenden, schlafanstoßenden und muskelentspannenden Wirkung in der Medizin breite Anwendung finden (BMSGPK 2021f).
Qualitätszirkel Glücksspiel	institutionalisierte Vernetzungsstruktur zwischen Bund und Ländern zur Optimierung von Prävention und Spielerschutz, Gesetzgebung und Vollzug, Beratung und Behandlung (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2020)
Regionaler Strukturplan Gesundheit Tirol	Ziel des RSG Tirol ist die Festlegung mit dem Land Tirol / Tiroler Gesundheitsfonds und den sozialen Krankenversicherungsträgern abgestimmter Planungsempfehlungen als Voraussetzung für eine

	qualitätsvolle, gleichmäßige und bestmöglich erreichbare, medizinisch adäquate sowie bedarfs- und patientenorientierte, aber auch gesamtwirtschaftlich effiziente Gesundheitsversorgung der Tiroler Bevölkerung. Der Österreichische Strukturplan Gesundheit (ÖSG) bildet dabei die verbindliche Rahmenplanung für den RSG Tirol (Land Tirol 2012).
REITOX Focal Point	Der österreichische Focal Point im REITOX-Netzwerk der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht erfüllt eine Reihe vertraglich definierter Kernaufgaben, erbringt allgemeine Serviceleistungen und betreibt Netzwerkarbeit mit Fachleuten des Drogenbereichs in Österreich (GÖG 2021 b).
Safer Use	zusammenfassender Begriff für Strategien oder Materialien, welche vermeidbare Schäden beim Drogenkonsum verringern, wie zum Beispiel die einmalige Verwendung sterilen Spritzbestecks zur Vermeidung von Infektionskrankheiten oder der Gebrauch von Alkoholtupfern zur Desinfektion; siehe <i>Schadensminimierung, Spritzentausch</i> (Caritas Deutschland 2021 b)
Schadensminimierung	niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung (hochrisiko)konsumierender Personen, die zum Ziel hat, Sekundärschäden zu verringern. Auch die Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden; siehe <i>Opioidsubstitutionsbehandlung, Safer Use, Spritzentausch</i> (Busch et al. 2021).
Seroprävalenzstudie	Untersuchung eines repräsentativen Teils einer definierten Personengruppe auf spezifische Antikörper gegen Virusinfektionen, die auf eine bestehende oder durchgemachte Infektionskrankheit (erworbene Immunität) hinweisen. Die Seroprävalenz ist vor allem bei chronischen Virusinfektionen von Interesse, beispielsweise bei HIV, Hepatitis C oder COVID-19 (DZIF 2021).
Spielerschutz	Zum Spielerschutz gehören Bereiche wie Konsumentenschutz, Jugendschutz, Suchtprävention und Existenzsicherung. Ziel des Spielerschutzes ist es,

	informierten Konsumentinnen/Konsumenten die Teilnahme am Glücksspiel als reines Freizeitvergnügen fern von Spielproblemen zu ermöglichen (BMF 2021).
Spritzenautomat	Automat, der Personen mit intravenösem Substanzkonsum jederzeit, anonym und kostengünstig öffentlich Zugang zu sterilem Injektionsmaterial ermöglicht; siehe <i>Spritzentausch</i> (Busch et al. 2021)
Spritzentausch	schadensminimierende Maßnahme für Personen mit intravenösem Substanzkonsum, bei der drogenkonsumierenden Personen die Möglichkeit geboten wird, gebrauchte Spritzen gegen neue, saubere Spritzen umzutauschen. Der Spritzentausch bewirkt, dass die Verbreitung von Infektionskrankheiten über unsteriles Spritzbesteck gering gehalten wird. Meist haben drogenkonsumierende Personen dabei auch die Möglichkeit, weitere Safer-Use-Materialien zu erwerben und Safer-Use-Beratungen durch Sozialarbeiter:innen in Anspruch zu nehmen; siehe <i>Safer Use</i> (Busch et al. 2021).
Substitution	siehe <i>Opioidsubstitutionsbehandlung</i>
Sucht- und Drogenkoordination Tirol	Die Suchtkoordination ist für die Vernetzung und Koordination der ambulanten und stationären Suchteinrichtungen in Tirol unter Einbindung der Prävention zuständig. Ihr Ziel ist es, dass die Betroffenen die adäquaten Beratungs- und Therapiemöglichkeiten in Anspruch nehmen können (Land Tirol 2021).
suchtassoziierte Krankheiten	Sucht ist häufig mit zahlreichen somatischen Krankheiten assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Psychiatrische Komorbidität von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen bezieht sich in erster Linie auf Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen (Busch et al. 2021).
suchtbegleitend	Eine Suchttherapie hat unterschiedliche Ziele, die unmittelbar mit dem Suchtstadium der Patientin / des Patienten zusammenhängen. Neben dem Ziel der

	Abstinenz (siehe <i>abstinenzorientiert</i>) gibt es sucht- begleitende Maßnahmen, die das Überleben sichern und mögliche weitere Schädigungen minimieren sollen; siehe <i>Schadensminimierung, Opioidsubsti- tutionsbehandlung</i> (österreich.gv.at 2021b).
Suchtgifte	Suchtgifte sind die in der Suchtgiftverordnung auf- gelisteten Stoffe (einschließlich Zubereitungen), die aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung und dem da- mit verbundenen Missbrauchs- und Gesundheitsri- siko auf Basis internationaler Klassifizierung den strengsten Kontrollmaßnahmen unterliegen. Zu die- ser Gruppe zählen unter anderem Cannabisprodukte (Marihuana, Haschisch, Tetrahydrocannabinol etc.), Rohopium und Opiate (Opium, Heroin, Morphin, Co- dein, Methadon etc.), Kokablätter und Kokain, Am- phetamin, Designerdrogen wie z. B. Ecstasy oder di- verse Halluzinogene (BMSGPK 2021f).
Suchtmittel	Substanzen, die bei wiederholter (regelmäßiger) An- wendung zu adaptiven Veränderungen im Zentral- nervensystem führen und so eine Abhängigkeit vom Dauergebrauch der Substanz (d. h. eine Sucht) be- wirken, z. B. Alkohol, Nikotin, Medikamente, Opiate) (pschyrembel online 2021h)
synthetische Cannabinoide	chemisch hergestellte Cannabinoide, die im Vergleich zu THC um ein Vielfaches potenter sind. Akute und schwerwiegende Vergiftungen sind bei synthetischen Cannabinoiden wahrscheinlicher als bei pflanzli- chen. So kann der Konsum hochpotenter syntheti- scher Cannabinoide u. a. zu rascher Ohnmacht, Herzinfarkt, Herzrasen, Bluthochdruck, Krampfan- fällen, Übelkeit mit Erbrechen, akuten Psychosen so- wie aggressivem und gewaltsamem Verhalten füh- ren (Drogenarbeit Z6 2021b).
TEDI	europaweite Netzwerke von Partywork- bzw. Drug- Checking-Einrichtungen
Therapie statt Strafe	Unter dem Grundsatz Therapie statt Strafe versteht man kriminalpolitische, gesundheitspolitische und sozialpolitische Maßnahmen, die den Suchtmittel- missbrauch hintanzuhalten trachten. Neben Maß- nahmen der Diversion fällt darunter eine besondere

	Art des Strafaufschubs, die bei Verurteilungen wegen Straftaten nach dem SMG oder damit zusammenhängender Beschaffungsdelikte eingeräumt werden kann (Rast 2013).
Todesursachenstatistik	Die Sterblichkeit oder Mortalität wird der Todesursachenstatistik der Statistik Austria entnommen. Diese enthält die Anzahl der Verstorbenen nach Ein-Jahres-Altersgruppen, Geschlecht, Wohngemeinde, Todesursache und (seit 2004) Art der Obduktion. In der Statistik wird das Grundleiden (die im Totenschein angeführte zugrunde liegende Todesursache) erfasst (Anzenberger et al. 2021).
Vidierung(splicht)	Beglaubigung der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung (Rezeptbewilligung) inklusive Prüfung durch die <i>Amtsärztin</i> / den <i>Amtsarzt</i> (siehe ebendort), ob dabei alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Erst nach der Vidierung (Stempel) durch die <i>Amtsärztin</i> / den <i>Amtsarzt</i> ist das Rezept gültig (Busch et al. 2021).
(Landes-)Zielsteuerung-Gesundheit	Vereinbarung von Bund, Ländern und Sozialversicherung über ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Steuerung von Struktur, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung; siehe auch <i>15a-B-VG-Vereinbarung</i> (BMSGPK 2021b)