

Bericht zur Drogensituation 2022

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2022

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

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

Unter Mitarbeit von:

Julian Strizek

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau
Yvonne Schatz

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

Wien, im Oktober 2022

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

Zitiervorschlag: Busch, Martin; Anzenberger, Judith; Brotherhood, Angelina; Klein, Charlotte; Priebe, Birgit; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2022): Bericht zur Drogensituation 2022. Gesundheit Österreich, Wien

ZI: P4/11/4231

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

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

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

Derzeit aktualisieren mehrere Bundesländer ihre Sucht-/Drogenstrategien, im Februar 2022 wurde das *Tiroler Suchtkonzept 2022-2032* veröffentlicht. Daneben werden aktuell auch nationale Strategien zu Tabak/Nikotin, Gesundheitsförderung und Kinder-/Jugendgesundheit (weiter)entwickelt. In dieser Hinsicht ist der strategische Zukunftsprozess „Gesundheitsförderung wird System“ erwähnenswert, den das BMSGPK im Jahr 2021 startete und dessen Ziel es ist, die Gesundheitsförderung in Österreich zu stärken und in den unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen zu verankern. In Bezug auf COVID-19 wurden viele der pandemiebedingten Anpassungen aus dem Vorjahr fortgeführt.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das *Suchtmittelgesetz* (SMG). Es differenziert nach Menge und Klassifizierung zwischen Suchtmitteln, Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen. Unter Strafe stehen beispielsweise Erwerb, Besitz und Erzeugung von Suchtmitteln, deren Konsum steht nicht unter Strafe. Unterschieden wird zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen. Die Mehrzahl aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG betraf 2021 erstmals Verbrechen- und nicht wie bisher Vergehenstatbestände. Sonderbestimmungen existieren hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Weitere relevante Rechtsquellen sind die *Suchtgiftverordnung* (SV) und die *Psychotropenverordnung* (PV).

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

Die Geltung des im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes geschaffenen § 8a Abs 1c SMG, welcher den substituierenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eröffnet, Patientinnen und Patienten, in deren Fall keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauererschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen, wurde mit einer am 30. Juni 2022 kundgemachten Novellierung des SMG bis 30. Juni 2023 verlängert.

Drogenkonsum

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

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Der multiple Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich hier die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 35.000 und 40.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur acht Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 31 Prozent sind 25 bis 34 Jahre, und 61 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 10.500 bis 16.000 Personen geschätzt.

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring zeigen bei den unter 25-Jährigen eine Stagnation beim risikoreichen Opioidkonsum (gleich viele Einsteiger:innen). Aktuell ist daher von einer relativ stabilen Lage auszugehen, da auch Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen fehlen. Wichtig ist es jedoch, die leicht steigende Bedeutung von Kokain im Behandlungsbereich weiter zu beobachten.

Daten aus dem Drug-Checking weisen darauf hin, dass in Österreich Cannabis zum Teil mit synthetischen Cannabinoiden versetzt wird. Da deren Konsum mit großen Gefahren verbunden ist, muss dieser bedenkliche Trend gut beobachtet werden.

Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik lassen sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Arbeitsplatzverlust, Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu

beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen.

Suchtprävention

Entsprechend dem Substanzen bzw. Verhaltensweisen übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus* (Lebenskompetenzprogramme im Schulsetting) sowie *movin'* (motivierende Gesprächsführung z. B. im außerschulischen Jugendbereich). Im Berichtszeitraum wurden neue Maßnahmen entwickelt bzw. implementiert. Von österreichweiter Bedeutung sind dabei bspw. das Lebenskompetenzprogramm *Wetterfest* für Schüler:innen ab der 9. Schulstufe (universelle Prävention) sowie eine Fortbildung, die Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung mit Techniken des Motivational Interviewing in Bezug auf problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum vertraut macht (indizierte Prävention).

Qualitätssicherung erfolgt über die strukturelle Verankerung der Suchtprävention in regionalen Fachstellen, österreichweite Koordination (durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung*) und internationale Kooperationen, weiters über Leitbilder, Förderkriterien und spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie über diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen. Im Berichtszeitraum fanden unter der Leitung des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und in Kooperation mit der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* vorbereitende Arbeiten zur Etablierung des *Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)* in Österreich statt. Dabei handelt es sich um einen mehrtägigen Kurs für Fachleute in der Prävention nach einem europaweit einheitlichen Curriculum.

Die Fachstellen für Suchtprävention thematisieren aktuell u. a. Nikotinbeutel und weitere neuartige Nikotinerzeugnisse, weil diese von geltenden gesetzlichen Regelungen (z. B. Werbeverboten) noch nicht ausreichend erfasst sind. Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* betont in einem aktuellen Positionspapier zu Tabak und Nikotin die Notwendigkeit, neue Nikotinprodukte dem *Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz (TNRSG)* zu unterstellen.

Mit Blick auf die COVID-19-Pandemie kann eine zunehmende Routinisierung und Professionalisierung v. a. in Bezug auf digitale Angebote beobachtet werden. Pandemiebedingte „Übergangslösungen“, die sich bewährt haben, werden ins Standardangebot übernommen, trotzdem bleiben viele Herausforderungen bestehen.

Suchtbehandlung

Grundsätzlich haben suchtkranke Personen den gleichen Zugang zum gesamten Gesundheitssystem wie Personen ohne Suchterkrankung. Daneben gibt es jedoch auch auf Sucht spezialisierte

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2021 geschätzt 26.600 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil von ihnen (etwa 21.800 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.650 Personen). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 77 und 82 Prozent. Im Bereich der Suchtbehandlung ist besonders die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹ bei Personen mit Opioidproblematik hervorzuheben.

Während die Zahl der insgesamt behandelten Personen mit Ausnahme des stationären Bereichs im Wesentlichen gleich geblieben bzw. sogar angestiegen ist, gab es bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen im Pandemiejahr 2020 nennenswerte Rückgänge. Im Jahr 2021 wurden die Rückgänge im stationären Bereich mehr als überkompensiert. Im ambulanten Bereich gab es bei Behandlungsbeginn und Erstbeginn weiterhin etwas niedrigere Werte als 2017-2019.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung lag die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2021 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2022 publiziert.

Österreichweit variieren die Infektionsraten von HIV und Hepatitis stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2021 je nach Datenquelle bis zu 79 % Betroffene bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2021: 0 % bis 1 %).

1

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

In Oberösterreich, Salzburg und Tirol startete das bundesländerübergreifende Modellprojekt *baseCamp mobil*. Das Angebot zielt als mobile Anlaufstelle auf drogenkonsumierende und medikamentenabhängige Menschen ab und bietet Infogespräche, Unterstützung und Beratung zu Suchtthemen und zum Lebensalltag, Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Informationen zu Safer Use und Safer Sex, Spriztentausch, HIV- und Hepatitis-C-Screenings sowie Gesundheitsberatung.

Durch das Wiener Pilotprojekt *Suchthilfe vor Ort* erhalten Klientinnen/Klienten mit problematischem Substanzkonsum oder einer substanzbezogenen Abhängigkeit in vier Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe vor Ort bedarfsorientierte suchtspezifische Hilfe von Expertinnen/Experten der SHW und des Ambulatoriums der Suchthilfe Wien. Auch in einigen Einrichtungen der Flüchtlingshilfe ist das seit April 2021 operativ tätige Projekt bereits erfolgreich angelaufen.

Die Einrichtungen der Suchthilfe konnten im zweiten COVID-19-Jahr größtenteils auf bewährte Sicherheitsmaßnahmen zurückgreifen. Die Aufrechterhaltung des Kontakts zu möglichst vielen Klientinnen und Klienten durch eine weitreichende Anpassung von Unterstützungsangeboten war eine übergeordnete Maxime in vielen ambulanten Versorgungseinrichtungen. Speziell in der ambulanten Versorgung kam es seit Beginn der Coronapandemie zu einem enormen Ausbau von Telehealth-Angeboten (per Telefon oder Videotelefonie). Eine Schließung stationärer Einrichtungen – wie sie im ersten Lockdown zum Teil geschah – konnte in den folgenden Lockdowns weitgehend verhindert werden.

Drogenmärkte und Drogendelikte

Im Jahr 2021 bezogen sich insgesamt 34.837 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG auf Suchtgifte, der größte Teil davon (24.548) betraf Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften, in beiden Kategorien ist hier gegenüber dem Vorjahr ein Rückgang zu verzeichnen. Die Zahl der Anzeigen betreffend den unerlaubten Umgang mit Suchtgift gemäß § 27 SMG (30.954) überstieg jene bezüglich des Suchtgifthandels bzw. der Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 bzw. § 28a SMG (in Summe 3.211) bei weitem.

Aus Sicht der Sicherheitsbehörden gab es auch während der COVID-19-Pandemie keine auffälligen Veränderungen im Bereich der Suchtmittelkriminalität hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisstabilität und Qualität. Der Rückgang der Anzeigen nach SMG sowie der damit verbundenen Sicherstellungen liegt vermutlich an den pandemiebedingten Kontrollmaßnahmen, der Verhaltensänderung bei Herstellung, Verkauf und Konsum, aber auch an eingeschränktem Passagier- und Güterverkehr. Die Anzahl der Vendoren im Onlinehandel hat sich ebenfalls verringert. Zusätzlich werden Lieferengpässe bei der Zulieferung von Drogenausgangsstoffen vermutet. Nach Beendigung der COVID-19-Maßnahmen hat sich der Suchtmittelhandel wieder auf das vorherige Niveau zurückentwickelt.

Drogen und Haft

Zum Ausmaß des Substanzkonsums in Haft befindlicher Personen stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. Oktober 2021 befanden sich rund elf Prozent der Insassinnen/Insassen (919 Personen) in Opioidsubstitutionsbehandlung. Bei Haftantritt wird der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status

der Insassinnen/Insassen erhoben, HCV-positive Insassinnen/Insassen werden mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt bzw. routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen sind im österreichischen Strafvollzug nicht implementiert. Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Weder ist eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen.

Im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen gem. § 22 StGB und § 68a StVG werden aktuell die Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen in den Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering auf- und ausgebaut. Aufgrund der Re- bzw. Umorganisation der Justizanstalt Wien-Favoriten in den Jahren 2020/2021 waren insbesondere im Wiener Raum – auch in Hinblick auf eine gezielte Entlassungsvorbereitung – vermehrt Plätze für entwöhnungsbedürftige Strafgefangene sowie Untergebrachte gemäß § 22 StGB notwendig geworden, weshalb die Justizanstalt Wien-Simmering seit 1. Mai 2022 auch für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig ist. In der Justizanstalt Stein wird ebenso die Abteilung für Insassen gem. § 22 StGB und § 68a StVG ausgebaut und neuorganisiert, um damit auch Strafgefangene mit langen Freiheitsstrafen suchtmedizinisch und suchttherapeutisch betreuen und behandeln zu können. Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und § 68 a StVG zur Verfügung.

Aufgrund der Novelle der Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl II 2020/215) werden, insbesondere was die Erweiterung des Applikationsspektrums betrifft, derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet.

Für 2021 wurde keine pandemiebedingten Auswirkungen auf den Haftbereich berichtet.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	XII
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
Politische und administrative Rahmenbedingungen	3
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1 Zusammenfassung Aktuelle Situation	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	11
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	12
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	15
1.3 Neue Entwicklungen.....	16
1.4 Quellen und Methodik.....	17
1.5 Bibliografie	18
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	20
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	21
Rechtliche Rahmenbedingungen	23
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	25
2.1 Zusammenfassung.....	25
2.2 Aktuelle Situation.....	26
2.2.1 Rechtliche Regelungen	26
2.2.2 Umsetzung	32
2.3 Trends.....	34
2.4 Neue Entwicklungen.....	38
2.5 Quellen und Methodik.....	39
2.6 Bibliografie	40
2.7 Zitierte Bundesgesetze.....	41
2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.9 Anhang.....	44
Drogenkonsum.....	51
3 Drogenkonsum.....	53
3.1 Zusammenfassung.....	53
3.2 Cannabis	55
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	55
3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	57
3.2.3 Neue Entwicklungen	59
3.3 Stimulanzien.....	59
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	59
3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	63
3.3.3 Neue Entwicklungen	64

3.4	Heroin und andere Opioide	65
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums	65
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	67
3.4.3	Neue Entwicklungen	68
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	69
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	69
3.5.2	Neue Entwicklungen	70
3.6	Quellen und Studien.....	70
3.6.1	Quellen	70
3.6.2	Studien	72
3.7	Bibliografie und Anhang.....	74
3.7.1	Bibliografie	74
3.7.2	Anhang.....	80
Suchtprävention		89
4	Suchtprävention.....	91
4.1	Zusammenfassung.....	91
4.2	Aktuelle Situation.....	93
4.2.1	Strategien und Organisation	93
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	98
4.2.3	Qualitätssicherung	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	119
4.6	Bibliografie	119
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	122
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	122
4.9	Anhang.....	123
Drogenbezogene Behandlung		125
5	Drogenbezogene Behandlung	127
5.1	Zusammenfassung.....	127
5.2	Aktuelle Situation.....	129
5.2.1	Strategien und Koordination.....	129
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	132
5.2.3	Schlüsseldaten	133
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	139
5.2.5	Qualitätssicherung	147
5.3	Trends.....	149
5.4	Neue Entwicklungen.....	151
5.5	Quellen und Methodik.....	155
5.6	Bibliografie	156
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	158
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	158
5.9	Anhang.....	159
Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen		165
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	167
6.1	Zusammenfassung.....	167

6.2	Aktuelle Situation.....	169
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	169
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	170
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	170
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	175
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen.....	176
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	184
6.2.7	Qualitätssicherung	188
6.3	Neue Entwicklungen.....	189
6.4	Quellen und Methodik.....	193
6.5	Bibliografie	196
6.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	198
6.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	199
6.8	Anhang.....	199
	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	203
7	Drogenmärkte und Drogendelikte	205
7.1	Zusammenfassung.....	205
7.2	Aktuelle Situation.....	206
7.2.1	Drogenmärkte.....	206
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	209
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	210
7.3	Trends.....	212
7.4	Neue Entwicklungen.....	216
7.5	Quellen und Methodik.....	216
7.6	Bibliografie	217
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	217
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	217
7.9	Anhang.....	218
	Haft	227
8	Haft.....	229
8.1	Zusammenfassung.....	229
8.2	Aktuelle Situation.....	230
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation	230
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	233
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	234
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	237
8.3	Trends.....	240
8.4	Neue Entwicklungen.....	240
8.5	Quellen und Methodik.....	242
8.6	Bibliografie	243
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	245
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	245
8.9	Anhang.....	246

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer.....	9
Tabelle 1.2:	Zusätzliche suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer.....	11
Tabelle 1.3:	Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2012 bis 2021	15
Tabelle 2.1:	Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2021	33
Tabelle 2.2:	Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2012–2021*	33
Tabelle 3.1:	Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland 2021	63
Tabelle 4.1:	Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen	103
Tabelle 4.2:	Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	105
Tabelle 4.3:	Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	109
Tabelle 4.4:	Neue Maßnahmen und Weiterentwicklungen – Auswahl.....	116
Tabelle 5.1:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)	134
Tabelle 5.2:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2021 (Schätzung)	136
Tabelle 5.3:	Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2021 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern.....	146
Tabelle 5.4:	Personen in Substitutionsbehandlung 2019, 2020 und 2021 im Vergleich	153
Tabelle 5.5:	Längerfristig behandelte Personen in DOKLI-Einrichtungen nach Behandlungssetting 2017–2019, 2020 und 2021 im Vergleich.....	154
Tabelle 6.1:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2021	171
Tabelle 6.2:	Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte	190
Tabelle 7.1:	Preise (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2021	207

Tabelle 7.2:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2016–2021	210
Tabelle 7.3:	Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/ Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2012–2021	212
Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 1. April 2022	231
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 bis 2022 zum Stichtag 1. April	233
Tabelle A2.1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2012–2021	44
Tabelle A2.2:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2021	44
Tabelle A2.3:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2021	45
Tabelle A2.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2012–2021	45
Tabelle A2.5:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG	46
Tabelle A2.6:	Alternativen zur Bestrafung laut SMG	48
Tabelle A3.1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich 2005–2022	80
Tabelle A3.2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005 bis 2022	83
Tabelle A3.3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	86
Tabelle A3.4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut).....	87
Tabelle A4. 1:	Ausgewählte Kennwerte für die Umsetzung österreichweiter Standardprogramme durch die regionalen Fachstellen in den letzten vier Jahren	123
Tabelle A5.1:	Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart	159

Tabelle A5.2:	Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	160
Tabelle A5.3:	Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent)	161
Tabelle A5.4:	Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	162
Tabelle A5.5:	Ab 25-Jährige, die im Jahr 2021 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	163
Tabelle A5.6:	Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart.....	164
Tabelle A6.1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2012–2021	199
Tabelle A6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2021 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	200
Tabelle A6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2021 nach Bundesland (absolut).....	200
Tabelle A6.4:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2021	201
Tabelle A7.1:	Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2021	218
Tabelle A7.2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2012–2021	218
Tabelle A7.3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2012–2021	219
Tabelle A7.4:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2012–2021 pro 100.000 EW.....	219
Tabelle A7.5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2012–2021	220
Tabelle A7.6:	Verteilung der Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2012–2021	220
Tabelle A7.7:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2012–2021.....	221

Tabelle A7.8:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2021	222
Tabelle A7.9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2021 pro 100.000 EW	223
Tabelle A7.10:	Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2012–2021	224
Tabelle A7.11:	Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2012–2021	225
Tabelle A7.12:	Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl 2017–2021	226
Tabelle A8.1:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2022	247
Tabelle A8.2:	Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2021	248

Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	14
Abbildung 2.1:	Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2012–2021	35
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2017–2021	36
Abbildung 2.3:	Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2021	37
Abbildung 3.1:	Cannabiskonsum gemäß Wiener Suchtmittelmonitoring und österreichweiten Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihen)	55
Abbildung 3.2:	Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihen)	56
Abbildung 3.3:	Stimulanzien: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2021	60
Abbildung 3.4:	Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)	61
Abbildung 3.5:	Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung und Konsum in den letzten zwölf Monaten von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)	62
Abbildung 3.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	66

Abbildung 3.7:	Anteil der unter 25-Jährigen in den Datenquellen des Drogenmonitorings, Zeitreihe 2000–2021 bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert).....	67
Abbildung 3.8:	checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2021	69
Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	135
Abbildung 5.2:	Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung) 2021	136
Abbildung 5.3:	Verteilung der Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	137
Abbildung 5.4:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2021).....	138
Abbildung 5.5:	Personen, die sich 2021 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung ¹	139
Abbildung 5.6:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner:innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2021)	145
Abbildung 5.7:	Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2021	146
Abbildung 5.8:	Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2021	147
Abbildung 5.9:	Leitdrogen im Zeitverlauf bei Personen, die sich erstmals im Leben einer längerfristigen Suchtbehandlung unterziehen, in DOKLI 2012–2021	150
Abbildung 5.10:	Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2012–2021	151
Abbildung 6.1:	Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2011–2020	169
Abbildung 6.2:	HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2021	172
Abbildung 6.3:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie 2000–2021	174
Abbildung 6.4:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2021 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 501)*	175
Abbildung 6.5:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien 2015–2021	177

Abbildung 7.1:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen 2021 in Euro	207
Abbildung 7.2:	Meldungen im österreichischen Informations- und Frühwarnsystem nach chemischen Obergruppen 2021 (n = 639).....	208
Abbildung 7.3:	Anteil der bei checkit! analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2012–2021	213
Abbildung 7.4:	Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Sucht- mittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstat- beständen 2012–2021	214
Abbildung 7.5:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittel- gesetz nach Art des Suchtgifts 2012–2021	215

Abkürzungen

Abs	Absatz
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AMS	Arbeitsmarktservice
ANS-Ost	Angehörige. Netzwerk. Sucht. Ostösterreich
anti HBc	Hepatitis-B-Virus-core-Antikörper (gesamt)
anti HBs	Hepatitis-B-Virus-surface-Antikörper (Oberflächenmerkmale)
ARGE	Arbeitsgemeinschaft (z. B. <i>Österreichische ARGE Suchtvorbeugung</i>)
ART	antiretrovirale Therapie
ATHIS	Austrian Health Interview Survey
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BGBI	Bundesgesetzblatt
BKA	Bundeskanzleramt der Republik Österreich
BMA	Bundesministerium für Arbeit (seit Februar 2021)
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Januar 2018 – Januar 2020)
BMAW	Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMDW	Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Juli 2016 – Dezember 2017)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BML	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Regionen und Wasser- wirtschaft
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMLRT	Bundesministerium für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung

BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit Januar 2020)
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
bspw.	beispielsweise
bzw.	beziehungsweise
CAST	Cannabis Abuse Screening Tool
CATI	computer-assisted telephone interviewing
CBD	Cannabidiol
COFOG	Classification of Functions of Government
COVID-19	durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
CSI-PP	combatting suspects dealing in drugs on the internet – prosecution and prevention
DAA	direct acting antivirals
DB	Drogenbeauftragte:r
DG	Directorate-General / Generaldirektion
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinator:in
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOT	directly observed therapy
dt.	deutsch
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
DWA	Österreichische Dialogwoche Alkohol
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dt. EBDD)
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
EG	Europäische Gemeinschaft
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
ESF	Europäischer Sozialfonds
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
et al.	et alii (dt. und andere)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
EUPC	Europäisches Präventionscurriculum
EWS	Early Warning System
ff.	folgende (Seiten)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheingesetz
FSW	Fonds Soziales Wien
FöBeS	Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker
gem.	gemäß
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung

GFPR	Gesundheitsförderung und Prävention
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GTelG	Gesundheitstelematikgesetz
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-surface-Antigen (Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children Study (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HiAP	Health in All Policies
HIV	human immunodeficiency virus
ID	Identification/Identifikation
i. d. g. F.	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
insb.	insbesondere
inkl.	inklusive
i. v.	intravenös
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
KPSD	Koordinator:in für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
KUKO	Kurzkontakt
lt.	laut
LBamb	längerfristige Betreuung ambulant
LBstat	längerfristige Betreuung stationär
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA	Magistratsabteilung
männl.	männlich
max.	maximal
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
Mio.	Million(en)
MS	Mittelschule
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
n	Anzahl (z. B. Stichprobengröße bei Datenerhebungen)
NIS	niederschwellige Begleitung
NMS	Neue Mittelschule

NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
n. v.	nicht verfügbar
o. Ä.	oder Ähnliches
o. J.	ohne Jahr
OÖ	Oberösterreich
oö.	oberösterreichisch
ORF	Österreichischer Rundfunk
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskasse
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OST	opioid substitution treatment/therapy, Opioid-Substitutionsbehandlung/ Opioiderhaltungstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
pib	Prävention in Betrieben
p. M.	persönliche Mitteilung
PH	pädagogische Hochschulen
PSD	Psychosozialer Dienst
PTS	polytechnische Schule
PV	Psychotropenverordnung
PVE	Primärversorgungseinheit
rd.	rund
RDD	random digit dialling
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RRF	Recovery and Resilience Facility (Aufbau- und Resilienzfazilität der Europäischen Union zur Stärkung Europas nach der COVID-19-Krise)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
S.	Seite
SB	Suchtbeauftragte:r
SCORE	Sewage analysis CORE group – Europe
SCHILF	schulinterne Fortbildung

SDB	Beauftragte:r für Sucht- und Drogenfragen
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinator:in
SMA	suchtmedizinische Ambulanz
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	standard table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StRÄG	Strafrechtsänderungsgesetz
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	treatment demand indicator
THC	Tetrahydrocannabinol
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz
u. a.	unter anderem
UE	Unterrichtseinheit(en)
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
v. a.	vor allem
VE	Verwaltungseinheit
VfGH	Verfassungsgerichtshof
vgl.	vergleiche
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
W	Wien
waff	Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organization
z. B.	zum Beispiel

Einleitung

Der am Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 27. Mal den Bericht zur Drogensituation vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des BMSGPK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene, mit Fachleuten und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

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

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

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

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielzahl von Informationen und Daten erstellt, die dem Kompetenzzentrum Sucht von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt worden waren. Von besonderer Bedeutung sind die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinationsstellen übermittelten bundesländerspezifischen Informationen wie auch die vom BMI, BMI/BK und BMJ bereitgestellten Daten und Informationen. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten für Teile des Berichts geliefert. Wir möchten uns bei allen dafür herzlich bedanken. Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, deren Anmerkungen und Ergänzungen eine wertvolle Unterstützung darstellen.

2

zu finden unter https://www.emcdda.europa.eu/data/stats2022_en (Zugriff am 30. 8. 2022)

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung Aktuelle Situation	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	11
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	12
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	15
1.3	Neue Entwicklungen.....	16
1.4	Quellen und Methodik.....	17
1.5	Bibliografie	18
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	20
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	21

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung Aktuelle Situation

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

Für die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* liegt bislang keine formelle Evaluation vor. Wirkungsorientierung ist jedoch ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich. Es gibt sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene Koordinationsstrukturen sowie Monitoring-systeme, die u. a. eine Beobachtung der Drogensituation zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht-/Drogenhilfesysteme und -strategien dienen. Regelmäßige Suchtberichte auf Bundesländerebene spielen ebenfalls eine wichtige Rolle. In verwandten Bereichen (z. B. Gesundheitsförderung, Kinder- und Jugendgesundheit) ist ein regelmäßiges Monitoring State of the Art.

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

Über öffentliche Ausgaben für die Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die Ausgaben nicht im Detail aufgeschlüsselt und drogen- bzw. suchtspezifische Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden. Laufend werden auf Bundesebene lediglich die Ausgaben des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für gesundheitsbezogene Maßnahmen (*Therapie statt Strafe*) erhoben. Diese waren jahrelang konstant bei ca. acht Mio. Euro pro Jahr und lagen im Jahr 2021 erstmals bei ca. neun Mio. Euro. Darüber hinaus liefern punktuelle Erhebungen im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) Auskünfte über Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention.

Neue Entwicklungen

Derzeit aktualisieren mehrere Bundesländer ihre Sucht- bzw. Drogenstrategien. Das neue *Tiroler Suchtkonzept 2022–2032* wurde im Februar 2022 veröffentlicht und formuliert 49 Empfehlungen für Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit sowie Unterstützungsprozesse. Daneben werden aktuell auch nationale Strategien zu Tabak/Nikotin, Gesundheitsförderung und Kinder-/Jugendgesundheit (weiter)entwickelt. In Kärnten wurde der Suchtbeirat restrukturiert, um die Möglichkeiten zu intensivem fachlichem Austausch sowie zur Beratung der für Prävention und Suchtkoordination zuständigen Regierungsmitglieder zu verbessern. In Bezug auf COVID-19 wurden viele der pandemiebedingten Anpassungen im Berichtszeitraum fortgeführt.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

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

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie*³ gilt seit 2015 und wurde vom damaligen Bundesministerium für Gesundheit erarbeitet. Sie bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und bildet einen Orientierungsrahmen für alle suchtbetreffenden Maßnahmen in Österreich. Die Gesundheitsperspektive steht im Mittelpunkt. Die Bedeutung eines breiten und diversifizierten Maßnahmenangebots wird hervorgehoben, das von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitliche Rehabilitation bis zu beruflicher und sozialer Integration reicht. Für den Bereich illegale Drogen wird betont, dass Beratung sowie medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang

3

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff am 11. 7. 2022)

vor strafrechtlicher Verfolgung haben. Personen hingegen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Zur Förderung der subjektiven und objektiven Sicherheit der Bevölkerung sind neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels auch sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen einzusetzen. Einen österreichweiten Aktionsplan zur Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es nicht, weil derzeit die Umsetzung durch regionale Schwerpunktsetzungen und bundeslandspezifische Aktionspläne durch die Bundesländer erfolgt.

Relevant für den Suchtbereich sind auch Strategien, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem **Gesundheits- oder Sozialbereich** beziehen. Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag⁴ *Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021* legte fest, dass beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden sollen. Außerdem wurde eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe angestrebt. Weiters sind hier die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011), die *Österreichische Jugendstrategie*⁵ sowie die *Gesundheitsziele Österreich*⁶ (BMGF 2017), die *Gesundheitsförderungsstrategie*⁷ (BMGF 2016) und der *Aktionsplan Frauengesundheit* (BMSGK 2018) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen. Im Bereich der Gesundheitsförderung ist im gegenständlichen Zusammenhang der im Jahr 2021 gestartete Foresight-Prozess „Gesundheitsförderung wird System“ erwähnenswert (vgl. Abschnitt 1.3). Weitere, v. a. für den Bereich Behandlung relevante Dokumente sind z. B. die *Struktur- und Psychiatriepläne*, die es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt (ausführlicher in Horvath et al. 2020). Generell ist festzustellen, dass das Thema Sucht zunehmend einem ganzheitlichen Ansatz folgt.

4

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag haben Bund, Länder und Sozialversicherung ein gemeinsames Zukunftsbild und handlungsleitende Prinzipien dahingehend festgehalten, wie das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln ist. Daraus werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstruktur, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele abgeleitet, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden. Mehr Informationen dazu unter <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/gesundheitswesen/gesundheitsreform.html> (Zugriff am 12. 7. 2022)

5

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/agenda/jugend/oesterreichische-jugendstrategie.html> (Zugriff am 11. 7. 2022)

6

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/> (Zugriff am 11. 7. 2022)

7

In Österreich wurde zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsreform eine inhaltlich abgestimmte Gesundheitsförderungsstrategie zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherung festgelegt. Diese bildet bis zum Jahr 2022 den Rahmen für breit abgestimmtes, ziel- und wirkungsorientiertes, qualitätsgesichertes sowie partnerschaftliches Handeln im Bereich der Gesundheitsförderung in Österreich. Die inhaltliche Schwerpunktsetzung orientiert sich an den *Gesundheitszielen Österreich* und an den – im Einklang mit diesen stehenden – Landesgesundheitszielen.

In Bezug auf die **öffentliche Sicherheit** sind auf nationaler Ebene die *Österreichische Sicherheitsstrategie* (BKA 2013), die *Teilstrategie Innere Sicherheit* (BMI 2015) und die *Ressortstrategie „Sicher.Österreich“* des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2021) zu erwähnen, die sich zwar nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit beziehen, jedoch die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen zum Ziel haben und in diesem Zusammenhang auch (grenzüberschreitende) organisierte Kriminalität und Drogenhandel erwähnen. Die *Österreichische Verkehrssicherheitsstrategie 2021–2030* (BMK 2021) zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält in Handlungsfeld 5 („Verkehrstüchtig und mit ganzer Aufmerksamkeit auf der Straße“) Maßnahmen zum Thema Drogen. In Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Personen in **Haft** gibt es in Österreich keine dezidierte Strategie, entsprechende Ziele in Bezug auf Suchtbehandlung und Schadensminimierung finden sich allerdings in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 8).

Tabelle 1.1:

Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	Jahr (erstmalig erstellt)	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Maßnahmen
Ö	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	illegale Drogen, Neue psychoaktive Substanzen (NPS), psychotrope Medikamente, Doping/Neuro-Enhancement, Tabak/Nikotin, Alkohol, Verhaltenssüchte (z. B. Glücksspiel)	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	2020 (1995)	Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030	Amt der Kärntner Landesregierung / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Medikamente, Verhaltenssüchte (z. B. Spielsucht)	Suchtprävention, hochriskant konsumierende Jugendliche, Gesundheitswesen/Regelversorgung, Qualitätsentwicklung an den Schnittstellen, Anpassung der Versorgungsangebote, Alter, Drogentodesfälle, Steuerung/Koordination
NÖ	2016 (2000)	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	illegale Substanzen, Nikotin, Alkohol, substanzungebundene Suchtformen	Suchthilfe (Beratung, Betreuung, Behandlung, Therapie) und Schadensminimierung sowie Maßnahmen für spezifische Zielgruppen und Settings
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirats	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	2020 (1999)	Suchthilfe im Land Salzburg: Rahmenplan 2016 bis 2025	Land Salzburg	illegale Substanzen, Alkohol, Nikotin, Medikamente, Glücksspiel und andere Verhaltenssüchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung
St	2019 (2000)	Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark	Gesundheitsfonds Steiermark / EPIG GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, psychoaktive Medikamente, Produkte zur Leistungsoptimierung, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	2022 (1993)	Tiroler Suchtkonzept 2022-2032	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak/Nikotin, NPS, Medikamente/Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit, Forschung, Planung, Aus- und Weiterbildung, Öffentlichkeitsarbeit, Zusammenarbeit
V	2018* (1980)	Vorarlberger Suchtbericht 2018*	verschiedene Institutionen im Auftrag des Amtes der Vorarlberger Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol, Tabak, Psychopharmaka, Glücksspiel/Sportwetten	Therapie, Behandlung, Rehabilitation, Prävention
W	2013 (1999)	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	illegale Substanzen, NPS, Alkohol, Tabak/Nikotin, Medikamente, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

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

*Das 2002 formulierte „Vorarlberger Drogenkonzept“ (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2002) ist weiterhin gültig, jedoch ist der Suchtbericht 2018 „als dessen Adaption an die aktuellen Gegebenheiten und als Neuausrichtung in manchen Teilbereichen zu verstehen“ (Haller et al. 2018). Eine Überarbeitung des Suchtkonzepts ist ab 2023 geplant.

Quellen: Busch et al. (2021b), EPIG (2019, 2020), Haller et al. (2018), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Land Salzburg (2020), BMG (2015), SDW (2013), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002); Darstellung: GÖG

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

Die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung wird in den Bundesländern zunehmend integriert umgesetzt und bspw. in regionalen Strukturplänen (RSG) im Sinne einer integrierten Versorgung dargestellt (so z. B. in Kärnten⁸ und der Steiermark⁹). Das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025* sieht auch Entwicklungsprojekte für den Suchtbereich vor (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014).

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es derzeit auf nationaler Ebene keine weiteren spezifisch auf **einzelne Suchtformen** bezogenen Strategien. Die Rahmenbedingungen im Bereich legale Suchtmittel werden traditionell durch die Gesetzgebung (z. B. das nationale *Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetz* [TNRSG, BGBl. 431/1995], länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert. Eine Tabak- und Nikotinstrategie befindet sich aktuell in Erarbeitung (vgl. Abschnitt 1.3). Die Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der Bundesländer beziehen sich allesamt auf verschiedene Substanzen sowie oft auch auf substanzungebundene Suchtformen (vgl. Tabelle 1.1). Einzelne Bundesländer haben jedoch zusätzliche Strategien zu den Themen Alkohol, Tabak/Nikotin oder Glücksspiel entwickelt (siehe Tabelle 1.2). Erwähnenswert sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (vgl. Kapitel 4) zu den Themen Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis (Freizeitgebrauch) und Glücksspiel/Sportwetten¹⁰. Diese Positionspapiere leisten einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen.

8

https://www.gesundheitsfonds.at/images/Psychosoziale_Versorgung_K%C3%A4rnten_nach_RSG_Gesundheit_2020_final_LZK.pdf (Zugriff am 12. 7. 2022)

9

https://gesundheitsfonds-steiermark.at/wp-content/uploads/2020/09/RSG-St_2025.pdf (Zugriff am 12. 7. 2022)

10

siehe <https://www.suchtvorbeugung.net/themen/> (Zugriff am 12. 7. 2022)

Tabelle 1.2:

Zusätzliche suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer

inhaltlicher Fokus	Bundesland	Titel/Beschreibung	Weblink
Alkohol	Steiermark	Aktionsplan Alkohol <i>Weniger Alkohol, mehr vom Leben</i>	https://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention/ http://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention/
	Wien*	Gesamtkonzept für die integrierte Versorgung von Menschen mit Alkohol-erkrankung: <i>Alkohol. Leben können.</i>	https://www.alkohol.at
Tabak	Steiermark	Tabakpräventionsstrategie	https://www.vivid.at/angebote/tabakpraeventionsstrategie-steiermark/
Glücksspiel	Steiermark	Gesamtpaket Glücksspiel	https://www.fachstelle-gluecksspiel-sucht.at/

*In einigen anderen Bundesländern in Vorbereitung/Planung

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

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Wirkungsorientierung ist ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich^{11, 12}, und die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) nennt Evaluation und Qualitätskontrolle als unverzichtbare Steuerungsinstrumente. Für die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* liegt bislang keine formelle Evaluation vor. In den Bundesländern sehen nur einzelne Sucht-/Drogenstrategien explizit eine Evaluation der Strategie bzw. der darin genannten Maßnahmen vor. Jedoch definiert beispielsweise das neu erarbeitete Tiroler Suchtkonzept (vgl. Abschnitt 1.3) „Indikatoren für eine erfolgreiche Umsetzung“, die für eine Evaluation der Strategie herangezogen werden können. Darüber hinaus gibt es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene unterschiedliche Koordinationsstrukturen sowie Dokumentations- und Monitoringsysteme, die u. a. eine Beobachtung der Drogensituation zum Ziel haben und der Weiterentwicklung der bestehenden Sucht-/Drogenhilfesysteme und -strategien dienen. In diesem Sinne werden durchaus interne Evaluationen durchgeführt, zusätzlich werden vereinzelt externe Evaluationen in Auftrag gegeben. Regelmäßige Suchtberichte auf Bundesländerebene (z. B. Gesundheitsfonds Steiermark 2021) spielen in dieser Hinsicht ebenfalls eine wichtige Rolle.

11

siehe dazu auch das Projekt „Mess- und Vergleichskonzept - Outcome-Messung im Gesundheitswesen“: [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mess--und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mess--und-Vergleichskonzept---Outcome-Messung-im-Gesundheitswesen.html) (Zugriff am 12. 7. 2022)

12

Seit 2010 wurden in Österreich auch einige Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA, engl. health impact assessment) durchgeführt, u. a. 2017/2018 zur „Änderung des NichtraucherInnen-schutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz“. GFA analysieren die voraussichtlichen Konsequenzen neuer Maßnahmen (z. B. Gesetz, Strategie, Projekt). Weiterführend siehe <https://hiap.goeg.at> (Zugriff am 12. 7. 2022)

In Hinblick auf verwandte Bereiche liegt für die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMGF 2016) ein Monitoringbericht zum Förderzeitraum 2016 bis 2019 vor (BMSGPK 2020, näher beschrieben in Busch et al. 2021a). Im Jahr 2021 wurde erstmals ein Fortschrittsbericht zur Umsetzung der *Österreichischen Jugendstrategie* (BKA 2021) vorgelegt. Für die *Österreichische Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* werden regelmäßig Updates bezüglich ausgewählter Schlüsselindikatoren publiziert¹³, um eine Beurteilung der Zielerreichung zu ermöglichen. Regelmäßige Monitoringberichte zum Bundes-Zielsteuerungsvertrag *Zielsteuerung-Gesundheit* liegen ebenfalls vor (Haindl et al. 2021). Diese beschreiben neben den öffentlichen Gesundheitsausgaben auch die Erreichung strategischer Ziele in Bezug auf Versorgung, Qualität und Bevölkerungsgesundheit.

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die *Bundesdrogenkoordination* und das als Gremium zur Zusammenarbeit mit den Ländern dienende *Bundesdrogenforum* (vgl. Abbildung 1.1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* gemäß § 23k SV (vgl. Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie im SMG oder NPSG erfasst sind. Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das BMSGPK. In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind zudem die Bundesministerien für Inneres und für Justiz, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Im *Bundesdrogenforum* hat das BMSGPK ebenfalls den Vorsitz inne. Neben anderen Bundesministerien und den Bundesländern sind hier auch der Städte- und Gemeindebund, die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler:innen vertreten.

Auch für die begleitende Koordination der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* ist das BMSGPK zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik die Zusammenarbeit mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen auf Bundesebene, mit den Bundesländern sowie mit europäischen und internationalen Einrichtungen (z. B. EMCDDA, UNODC¹⁴). Für den europäischen und internationalen Austausch ist auf nationaler Ebene auch der an der GÖG eingerichtete REITOX Focal Point zuständig. Dieser zeichnet u. a. für den jährlichen Bericht zur Drogensituation verantwortlich und kooperiert eng mit Bund und Ländern sowie den Fachleuten und Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

13

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheit/Kinder--und-Jugendgesundheitsstrategie.html> (Zugriff am 12. 7. 2022)

14

United Nations Office on Drugs and Crime / Büro der Vereinten Nationen für Drogen- und Verbrechensbekämpfung

Von allen Bundesländern werden Sucht-/Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren nominiert, die auf Landesebene für die Planung, Koordination und Vernetzung von Maßnahmen der Sucht-/Drogenpolitik bzw. Sucht-/Drogenhilfe sowie für die fachliche Beratung der jeweiligen Landesregierung, das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen etc. und fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit zuständig sind. Sie sind auch die direkten Ansprechpersonen in Bundesangelegenheiten und daher im *Bundesdrogenforum* vertreten. Zur Umsetzung der regionalen Sucht-/Drogenstrategien sind in manchen Bundesländern auch eigene Strukturen eingerichtet (z. B. Steuerungsgruppe in Salzburg). In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt bzw. beratende Gremien oder Sucht- bzw. Psychiatriebeiräte eingerichtet¹⁵. In Wien hat der Geschäftsführer der Sucht- und Drogenkoordination auch die Rolle des Koordinators für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen der Stadt Wien inne, der für die Planung, Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Wien verantwortlich ist (SDW 2022). Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die *Länderkonferenz* der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtprävention, die mit den anderen Fachstellen durch die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vernetzt ist (vgl. Kapitel 4). In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene (z. B. Arbeitskreise, Jours fixes) binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe bzw. Suchtprävention entweder einzeln oder gemeinsam ein, darüber hinaus existieren z. B. Suchtmittelbeiräte auf Gemeinde- oder Bezirksebene.

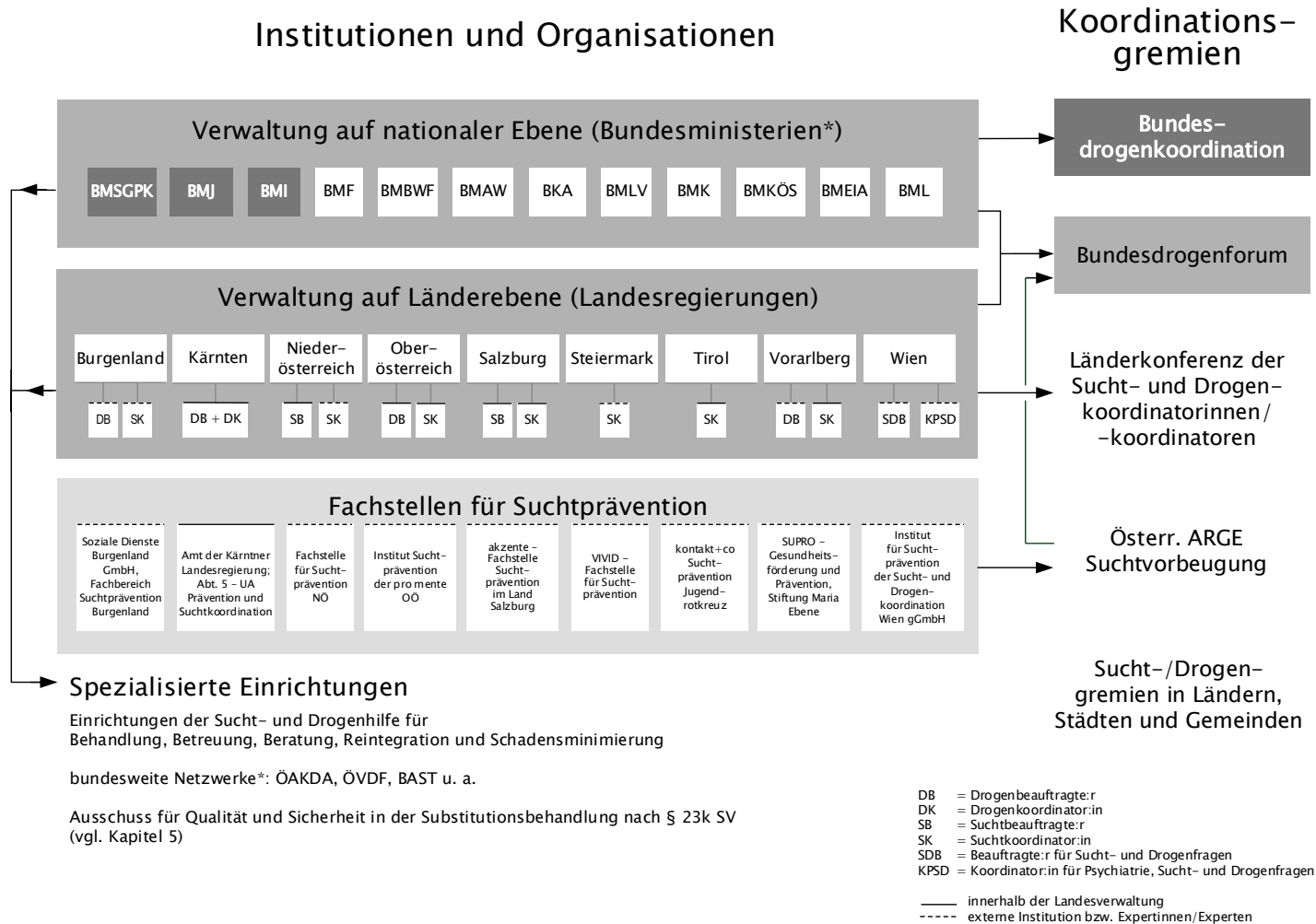
Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind hier sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Prozesse relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche System der Zielsteuerung-Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung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

Zur professionellen Vernetzung gibt es auch bundesweite Netzwerke (vgl. Abbildung 1.1). Der Österreichische Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit (ÖAKDA) bspw. bietet Gelegenheit zu einem praxisbezogenen Erfahrungsaustausch der Fachkräfte (vgl. Kapitel 5). Österreichweite Treffen der ÖAKDA zur Vertiefung von Schwerpunktthemen (z. B. Jugendliche, Substitution, Reintegration) finden ein- bis zweimal jährlich statt. Eine enge Kooperation besteht dabei mit dem Österreichischen Verein der Drogenfachleute (ÖVDF), der ebenfalls bundesweit tätig ist. Derzeitige Hauptaktivitäten sind der regelmäßige Erfahrungsaustausch und Fortbildungsangebote (z. B. im April 2021 zum Thema „Abhängigkeit und Online-Gaming“).

15

Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise fungiert als Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). Eine dieser Arbeitsgruppen widmet sich dem Thema *Sucht-krankenversorgung und Suchthilfe* und stellt den Drogenbeauftragten. In Tirol berät der *Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol* die Tiroler Landesregierung und den Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen (Amt der Tiroler Landesregierung 2020).

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



*siehe Abkürzungsverzeichnis

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

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

Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt¹⁶, zudem sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet. Daher können für Österreich keine systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind jedoch die Ausgaben des BMJ für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubs nach § 39 SMG, bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Tabelle 1.3 zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben in den letzten Jahren.

Tabelle 1.3:

Ausgaben des österreichischen BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2012 bis 2021

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aufwand in Millionen Euro	8,46	7,71	7,71	8,44	8,41	8,10	8,04	8,11	8,18	8,88

Quelle: Mayer, p. M.

Eine Erhebung der Ausgaben der öffentlichen Hand für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) wurde für das Datenjahr 2016 durchgeführt (BMSGK 2019). Die Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen wurden für das Jahr 2016 in Summe mit 7.250.562 Euro beziffert und überwiegend von den Bundesländern getragen (6,2 Mio. Euro¹⁷). Die Länder finanzierten vorrangig die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit. Die Ausgaben der Sozialversicherung (rd. 480.000 Euro, v. a. für Tabakprävention), der Gemeinden

¹⁶

COFOG ist die Classification of Functions of Government (Klassifikation der Ausgaben des Staates nach Aufgabenbereichen) und umfasst zehn Abteilungen, die wiederum in Gruppen und Klassen unterteilt werden. In Österreich kommen nur die zehn COFOG-Abteilungen - ohne Gruppen und Klassen - zur Anwendung. Eine Übersicht über die Staatsausgaben nach Aufgabenbereichen ist verfügbar unter <https://www.statistik.at/statistiken/volkswirtschaft-und-oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/oeffentliche-finanzen/staatsausgaben-nach-aufgabenbereichen> (Zugriff am 12. 7. 2022).

¹⁷

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

(rd. 380.000 Euro) und des Bundes (rd. 160.000 Euro) waren vergleichsweise gering. Die Berechnung von Ausgaben speziell für die Vermeidung von Suchterkrankungen wird jedoch durch Abgrenzungsprobleme (z. B. Suchtprävention vs. Gesundheitsförderung) erschwert (BMSGK 2019).

Der letzte Monitoringbericht zur Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie (BMSGK 2020) liefert ebenfalls relevante Auskünfte, zumal viele der priorisierten Schwerpunkte der Strategie (z. B. Gesundheitskompetenz, Gesunde Kindergärten, Gesunde Schulen, *Frühe Hilfen*¹⁸) auch für die Suchtprävention von Bedeutung sind. Maßnahmen zum Schwerpunkt „Gesunde Schulen“ (rund 12,8 Mio. Euro) machten den größten Anteil am Gesamtbudget aus¹⁹. Weiters betrug bspw. das Budgetvolumen für Maßnahmen im Zusammenhang mit den *Frühen Hilfen* im Förderzeitraum 2016–2019 über acht Mio. Euro.

1.3 Neue Entwicklungen

Seit 2021 wird unter Federführung des BMSGK eine österreichweite *Tabak- und Nikotinstrategie* (Tabak- und Nikotinstrategie 2022–2027) erarbeitet, deren Ziel es ist, eine nachhaltige Reduktion des Konsums von Tabak- und Nikotinprodukten in Österreich zu unterstützen. Weiters startete das BMSGK im Jahr 2021 den strategischen Zukunftsprozess „Gesundheitsförderung wird System“, um die Gesundheitsförderung in Österreich zu stärken und in den unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen zu verankern (vgl. Kapitel 4). Im November 2021 fand anlässlich des zehnjährigen Bestehens der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* eine Onlineveranstaltung unter Einbindung von Expertinnen und Experten statt, deren Ergebnisse als Basis für die geplante Überarbeitung der Strategie dienen sollen.

Das Tiroler Suchtkonzept wurde von 2020 bis 2021 in enger Zusammenarbeit des Amtes der Tiroler Landesregierung und der GÖG überarbeitet. Das neue *Tiroler Suchtkonzept 2022–2032* wurde im Februar 2022 veröffentlicht²⁰ und gibt einen Überblick über rechtliche, strategische und definitorische Grundlagen sowie epidemiologische Daten. Auf diesen aufbauend, werden 49 Empfehlungen für Suchtprävention, Suchthilfe und Sicherheit sowie Unterstützungsprozesse formuliert und nach ihrer Wichtigkeit priorisiert.

In Kärnten wurde der Suchtbeirat restrukturiert, um die Möglichkeiten zu intensivem fachlichem Austausch sowie zur Beratung der für Prävention und Suchtkoordination zuständigen Regierungsmitglieder zu verbessern. Der neue Suchtbeirat hat verbindliche Mitglieder und ist kein öffentliches

18
näher beschrieben in Kapitel 4

19
Der genannte Monitoringbericht berücksichtigt österreichweit 221 Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Förderzeitraum 2016 bis 2019 mit einem Gesamtfördervolumen von über 69 Mio. Euro (BMSGK 2020).

20
<https://www.tirol.gv.at/meldungen/meldung/tiroler-suchtkonzept-2022-2032/> (Zugriff am 12. 7. 2022)

Gremium²¹. Seine konstituierende Sitzung fand im Oktober 2021 statt. Der ehemalige Suchtbeirat bleibt als „Suchtforum“ bestehen, um einem möglichst großen Personenkreis Möglichkeiten zu Information und Austausch zu bieten (Adlmann et al. 2022).

COVID-19

Entwicklungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie wurden im Vorjahresbericht (Busch et al. 2021a) beschrieben. Viele der dort angeführten pandemiebedingten Anpassungen wurden im Berichtszeitraum fortgeführt. Dazu zählen bspw. das Nutzen von Onlineformaten für Sitzungen, aber insbesondere auch die Berücksichtigung der Bedürfnisse suchtkranker Menschen beim Krisenmanagement sowie Veränderungen in den administrativen Rahmenbedingungen im Bereich der Opioidsubstitutionsbehandlung (näher beschrieben in den Kapiteln 2 und 5).

Das Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG leitet im Auftrag der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien und mit Kofinanzierung des BMSGPK seit 2020 ein Forschungsprojekt unter dem Titel „Sucht(behandlung) in der Krise“. Im Fokus stehen dabei mittel- und langfristige Auswirkungen der Pandemie auf Einrichtungen bzw. Klientinnen und Klienten der Suchthilfe in Österreich. Im Jahr 2021 startete eine Delphi-Studie unter Einbezug von Einrichtungen der Suchthilfe und damit betrauten Verwaltungsbereichen, um Handlungsbedarfe zu identifizieren und Empfehlungen für die Verbesserung der Versorgungssituation von Menschen mit Suchterkrankungen in Österreich zu formulieren. Die Ergebnisse dieses Delphi-Prozesses werden für das Frühjahr 2023 erwartet.

1.4 Quellen und Methodik

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

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

21

vertreten sind: Suchtkoordination und -prävention, Amtsärzteschaft, Psychiatriekoordination, Sicherheitsbehörde, stationäre Einrichtungen gem. § 15 SMG, Drogenambulatorien, Spielsuchtambulanz, ambulante Alkoholberatung, je ein:e Vertreter:in der Ärztekammer für den Bereich Kinderpsychiatrie und für den Bereich Erwachsenenpsychiatrie, Verein Neustart, offene Jugendarbeit (Streetwork), ambulante Drogenberatung, Apothekerkammer, Kinder- und Jugendhilfe, Österreichische Gesundheitskasse. Bei Bedarf können weitere Expertinnen/Experten hinzugezogen werden (Adlmann et al. 2022).

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

1.5 Bibliografie

Adlmann, E. M.; Andritsch, M.; Drobesh-Binter, B.; Klösch, B.; Kriechbaum-Wladika, E.; Lindner, C.; Nemeth, M.; Nischelwitzer, A.; Pöcheim, M. (2022). Land Kärnten Prävention und Suchtkoordination. Jahresbericht 2021. Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 5 – UA Prävention und Suchtkoordination. Klagenfurt am Wörthersee

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

Amt der Tiroler Landesregierung (2020). Input Drogenbericht 2020. Suchtkoordination des Landes Tirol. Innsbruck

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

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz

BKA (2013). Österreichische Sicherheitsstrategie. Sicherheit in einer neuen Dekade – Sicherheit gestalten. Bundeskanzleramt Österreich. Wien

BKA (2021). Österreichische Jugendstrategie. Fortschrittsbericht 2021. Bundeskanzleramt, Sektion Familie und Jugend. Wien

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

BMSGK (2019). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2016. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien

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

- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2015). Teilstrategie Innere Sicherheit. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMI (2021). Sicher.Österreich. Strategie 2025 | Vision 2030. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMK (2021). Österreichische Verkehrssicherheitsstrategie 2021–2030. Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie. Wien
- BMSGPK (2020). 2. Bundes-Monitoringbericht der Nationalen Gesundheitsförderungsstrategie. Überblick über Maßnahmen im Rahmen der Strategie im Zeitraum 2016–2019. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021a). Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Busch, M.; Schwarz, T.; Anzenberger, J.; Bachmayer, S.; Grüner, B.; Haring, C.; Haring, J.; Jäger, G.; Madlung-Kratzer, E.; Puhm, A.; Schmalzl, C.; Schmutterer, I.; Sparber, W.; Strizek, J. (2021b). Tiroler Suchtkonzept 2022–2032. Strategie zur Prävention von und zum Umgang mit Suchtverhalten. Gesundheit Österreich. Wien
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg
- EPIG (2019). Bedarfs- und Entwicklungsplan für die Versorgung suchtkranker Menschen in der Steiermark (BEP-Sucht-St). Endbericht. EPIG GmbH. Graz
- EPIG (2020). Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030. Handlungsfelder. EPIG GmbH. Graz
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten
- Gesundheitsfonds Steiermark (2021). Suchtbericht Steiermark 2021. Gesundheitsfonds Steiermark. Graz

Haindl, A.; Gredinger, G.; Bobek, J.; Rainer, L.; Zuba, M.; Bachner, F. (2021). Monitoringbericht Zielsteuerung-Gesundheit. Monitoring nach Vereinbarung gemäß Art. 15a B-VG Zielsteuerung-Gesundheit und Zielsteuerungsvertrag. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

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

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

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

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

SDW (2022). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2022. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

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

Uhl, A.; Busch, M. (2021). Österreichische Drogenpolitik. In: rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang, Heft 3/4, S. 204-223

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

BGBI. Nr. 431/1995. 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 – TNRSKG)

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	25
2.1	Zusammenfassung.....	25
2.2	Aktuelle Situation.....	26
2.2.1	Rechtliche Regelungen	26
2.2.2	Umsetzung	32
2.3	Trends.....	34
2.4	Neue Entwicklungen.....	38
2.5	Quellen und Methodik.....	39
2.6	Bibliografie	40
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	41
2.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	43
2.9	Anhang.....	44

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

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

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der u. a. die Verschreibung suchtgifhaltiger Arzneimittel und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden. Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpakets zum rechtlichen Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung. Ein großer Stellenwert kommt dabei der auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie „Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie“ zu. In den Jahren 2020 bis 2022 wurden die Bestimmungen betreffend die Vidierungsvorschriften im Zuge der COVID-19-Pandemie den jeweiligen Gegebenheiten angepasst.

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

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

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

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (BGBl I 1997/112), dem Suchtgifte²², psychotrope Stoffe²³ und Drogenausgangsstoffe²⁴ unterliegen. Suchtmittel im Sinne dieses Bundesgesetzes sind als Überbegriff für Suchtgifte und psychotrope Stoffe definiert. Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels solcher werden auch Grenzmengen²⁵ festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind.

Es kann generell zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, welche die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen, unterschieden werden²⁶. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze.

Ein Merkmal der österreichischen Drogengesetzgebung ist, dass sowohl gesundheitsbezogene als auch angebotsseitige Maßnahmen in einem ausgewogenen Maße vorhanden sind (vgl. auch Kapitel 1). Dies zeigt sich im SMG bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit durch das breite Spek-

22

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

23

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

24

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

25

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

26

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

trum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörden zur Abklärung der Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem²⁷ Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme²⁸ unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat im Prinzip freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, wobei eine Kostenübernahme durch die Justiz nur in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtung (vgl. Kapitel 5) erfolgt. Das SMG regelt auch, dass die Kosten nach Maßgabe der Bestimmungen aus § 41 SMG vom Bund zu tragen sind, damit die Behandlung nicht an einer etwaigen Mittellosigkeit der/des Betroffenen scheitert.

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

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

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

Cannabidiol (CBD) als Reinsubstanz (100 % CBD) ist weder international als Suchtmittel klassifiziert, noch unterliegt es dem österreichischen Suchtmittelrecht. Aus Cannabisextrakt gewonnenes

27

Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden.

28

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

CBD enthält meist auch das als Suchtgift geltende Tetrahydrocannabinol (THC) und unterliegt, sofern es nicht unter die Ausnahmebestimmung der SV fällt, dem Suchtmittelregime.

§§ 18 bis 23 SV regeln die Suchtgiftverschreibungen (Formulare, Handhabung, Gültigkeit) einschließlich der Opioid-Substitutionsverschreibung. Das BMSGPK hat nach dem SMG eine Datenevidenz zu führen (Substitutionsregister, Ergebnisse gesundheitsbehördlicher Begutachtungen betreffend gesundheitsbezogene Maßnahmen in Hinblick auf Drogenmissbrauch, kriminalpolizeiliche Meldungen bei Verdacht auf Drogenmissbrauch, drogenbezogene Todesfälle). Die Datenevidenz ist in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behördenportalverbund) integriert und ermöglicht den Zugriff der Gesundheitsbehörden. In Form eines Registers stehen dem BMSGPK zudem pseudonymisierte Daten für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse zur Verfügung.

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

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

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

In Österreich ist die Anwendung von **Alternativen zur Bestrafung** – im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe*²⁹ – gesetzlich vorgesehen. Da dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene Alternativen zur Bestrafung.

29

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

In diesem Zusammenhang ist die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche **Meldung des Verdachts auf Verstoß** gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs 2b und 14 Abs 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs 12 **Straßenverkehrsordnung** BGBl 1960/159), ein wichtiges Element. Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren für allfällige diversionelle³⁰ Maßnahmen von Bedeutung. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs 3 **Strafprozessordnung**, BGBl 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, sondern ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs 2a SMG), die Staatsanwaltschaft mit einem sogenannten Abtretungsbericht zu verständigen. Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips *Therapie statt Strafe* unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafende Intervention, ändert allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden, jedoch werden eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte und eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften in solchen Fällen ermöglicht. Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar sowie als nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs 1 SMG).

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

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen als diversionelle Maßnahmen der *vorläufige Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) und die *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) zur Verfügung³¹ (vgl. Tabelle A2.6).

30
diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

31
Die Staatsanwaltschaft kann unter bestimmten Umständen von der Verfolgung einer Straftat absehen und entsprechende Bedingungen für die beschuldigte/angeklagte Person an dieses Angebot knüpfen wie insbesondere das Absolvieren sogenannter gesundheitsbezogener Maßnahmen. Auch andere Bedingungen (z. B. gemeinnützige Arbeit) sind möglich. Die näheren Bestimmungen finden sich im 11. Hauptstück der Strafprozessordnung (BGBl 1975/631).

Bei Verurteilungen (bis zu einem Strafausmaß von drei Jahren) stellt der Aufschieb des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt sind und dazu bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, so hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte umzuwandeln. Dies ist auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Die verschiedenen Möglichkeiten der Alternativen zur Bestrafung nach SMG sind in Tabelle A2.6 aufgelistet. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung³² geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

Die Entscheidung über die Anwendung einer Alternative zur Bestrafung liegt bei den Staatsanwaltschaften (vor Anklageerhebung) bzw. den Gerichten (nach Anklageerhebung). Als Grundlage ist eine Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden über die Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme und deren Art einzuholen. Der Großteil dieser verfügbaren Alternativen zur Bestrafung ist über Ist-Bestimmungen³³ geregelt, es handelt sich daher um einen Rechtsanspruch der straffälligen Personen. Nur ein kleiner Teil ist über Kann-Bestimmungen³⁴ geregelt und liegt daher im Ermessensspielraum der Justiz.

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

Zusätzlich zu den obengenannten Möglichkeiten können im Zusammenhang mit straffälligen Drogenkonsumierenden auch allgemeine strafgesetzliche Regelungen zur Diversion zur Anwendung kommen. Diese sind v. a. in der Strafprozessordnung (StPO) (BGBl 1975/631), dem Strafgesetzbuch (StGB) (BGBl 1974/60) und dem Jugendgerichtsgesetz (JGG) (BGBl 1988/599; vgl. auch Kapitel 8) geregelt, haben jedoch im Vergleich zu den im SMG vorgesehenen Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsumierenden eine untergeordnete Bedeutung. So ist beispielsweise

32

Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs. 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 SMG und des § 173 Abs. 5 Z 9 StPO sowie die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung, sonst einer medizinischen oder einer psychotherapeutischen Behandlung (§ 51 Abs. 1 und 3 StGB) einer Rechtsbrecherin bzw. eines Rechtsbrechers, der/dem aus Anlass einer mit ihrer/seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu übernehmen.

33

Eine Ist-Bestimmung ist eine Bestimmung, nach der verfahren werden muss.

34

Eine Kann-Bestimmung ist eine Bestimmung, nach der im Einzelfall verfahren werden kann, aber nicht verfahren werden muss.

in der Strafprozessordnung ein gelinderes Mittel als Alternative zu einer Untersuchungshaft vorgesehen, wenn sich die:der Beschuldigte damit einverstanden erklärt, sich einer Entwöhnungsbehandlung oder einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 11 Abs 2 SMG zu unterziehen.

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

Neben dem SMG stellen seit 2012 auch das **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz** (NPSG) (BGBl I 2011/146) und die darauf basierende **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV) (BGBl II 2011/468) wichtige gesetzliche Grundlagen dar. Durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen sollen die Verbreitung *Neuer Psychoaktiver Substanzen* (NPS) und die mit deren Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. NPSG bzw. NPSV verfolgen einen generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen³⁵. Strafbar macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft mit dem Vorsatz, dass sie von der:dem anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewandt werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs 1 NPSG), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge der Straftat droht ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2).

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

35

Als *Neue Psychoaktive Substanzen* werden im NPSG Substanzen oder Zubereitungen definiert, welche die Fähigkeit besitzen, bei ihrer Anwendung im menschlichen Körper eine psychoaktive Wirkung herbeizuführen und nicht der Einzigsten Suchtgiftkonvention 1961, BGBl. 1978/531, oder dem Übereinkommen von 1971 über psychotrope Stoffe, BGBl. III 1997/148, unterliegen. Es wird angenommen, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit Konsumierender besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann (vgl. Abschnitt 2.4)

heitliche Eignung) sind hier möglich. 2017 trat eine Verordnung in Kraft, die den Einsatz von Speichelvortestgeräten (beschränkt auf bestimmte Produkte) von zu deren Handhabung ermächtigten Organen der Straßenaufsicht regelt (BGBl II 2017/61 idgF).

2.2.2 Umsetzung

Gemäß den zur Verfügung stehenden Daten in Bezug auf **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** bestand für das Jahr 2021 mit 1.594 Fällen ein deutlicher Rückgang von Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28 und 28a SMG) mit 2.045 Fällen (strafsatzbestimmende Delikte; vgl. auch Kapitel 7). Bei den Verurteilungen aufgrund § 27 SMG ist v. a. im Vergleich zum Vorjahr ein deutlicher Rückgang zu verzeichnen, während die Verurteilungen aufgrund §§ 28 und 28a SMG angestiegen sind. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2021 14,2 Prozent und ist im Vergleich zum Vorjahr (14,3 Prozent) gleich geblieben. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen ist von 2009 (10,4 %) bis 2018 (16,4 %) stetig gestiegen, im Berichtsjahr jedoch erneut wieder gesunken (vgl. auch Tabelle A2.1).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen **zugrunde liegenden Delikte** zur Verfügung, wobei sich zeigt, dass Delikte nach den §§ 27, 28 und 28a SMG öfter in die Verurteilungen eingingen (7.276; vgl. Tabelle 2.1), als sie strafsatzbestimmend³⁶ waren (3.648; vgl. Tabelle A2.2 im Anhang), und dass ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG wegen mehrerer SMG-Delikte erfolgte. Insgesamt ist zu sehen, dass im Jahr 2021 im Bereich der Verurteilungen ein Anstieg zu beobachten ist, während es bei der Auswirkung auf den Strafsatz zu einem Rückgang im Vergleich zum Vorjahr gekommen ist.

36

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

Tabelle 2.1:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2021

Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	644	1.798	1.385	1.220	2.229	7.276
SMG gesamt	männlich	573	1.642	1.282	1.117	1.975	6.589
SMG gesamt	weiblich	71	156	103	103	254	687
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	154	582	557	491	975	2.759
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	20	53	43	40	99	255
§ 27 SMG	männlich	412	1.046	718	620	968	3.764
§ 27 SMG	weiblich	51	102	59	61	150	423

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2021 insgesamt 71 Delikte, für acht Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend. Dies bedeutet im Vergleich zum Vorjahr beinahe eine Halbierung der Verurteilungen, wohingegen die Anzahl der Delikte annähernd gleich geblieben ist (vgl. Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2:

Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2012–2021*

Verurteilungscharakteristik	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019 ¹	2020	2021
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	47	30	21	5	10	8	13	25	15	8
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	195	116	85	63	33	65	76	79	69	71

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

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2021 erhielten rund 78 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten **Freiheitsstrafen**, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen (bedingt, teilbedingt oder unbedingt) rund 36 Prozent betrug. Bei Jugendlichen lag der Anteil der Freiheitsstrafen bei Verurteilungen nach dem SMG darunter (vgl. Tabelle A2.3).

Eines der Ziele des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Daten zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung zeigen für das Jahr 2021 in 18.613 Fällen den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), in 1.377 Fällen die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) und in 514 Fällen einen Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG; siehe auch Tabelle A2.4; Mayer, p. M.)

2.3 Trends

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

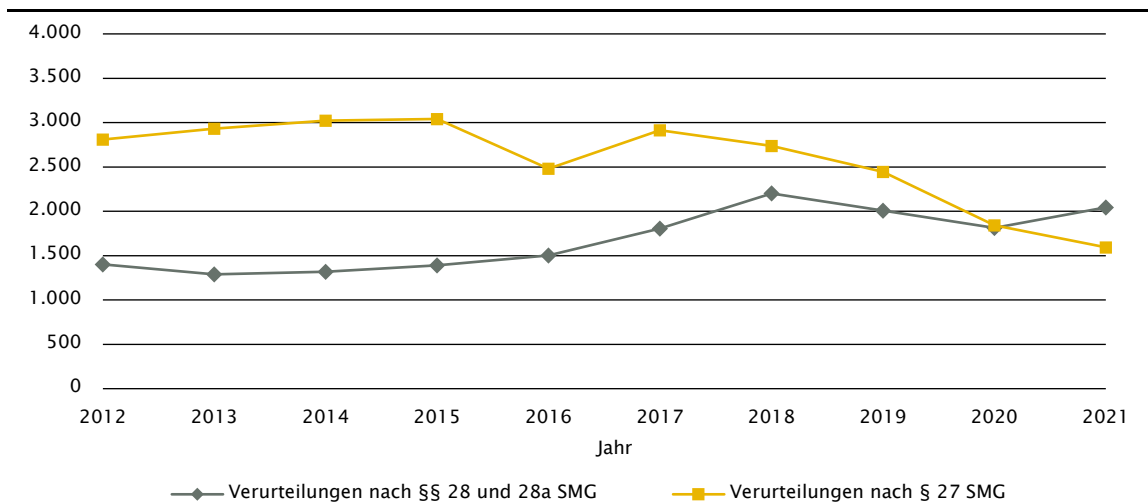
Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (z. B. 5F-AMB-PINACA, vgl. Abschnitt 2.4) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG (siehe auch Strafrechtsänderungsgesetz 2015 [StRÄG]) (BGBl I 2015/112) zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips *Therapie statt Strafe* sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab und ermöglichen dadurch eine weitere Entkriminalisierung gewisser Verhaltensweisen. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde 2016 der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

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

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

Abbildung 2.1:

Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2012–2021



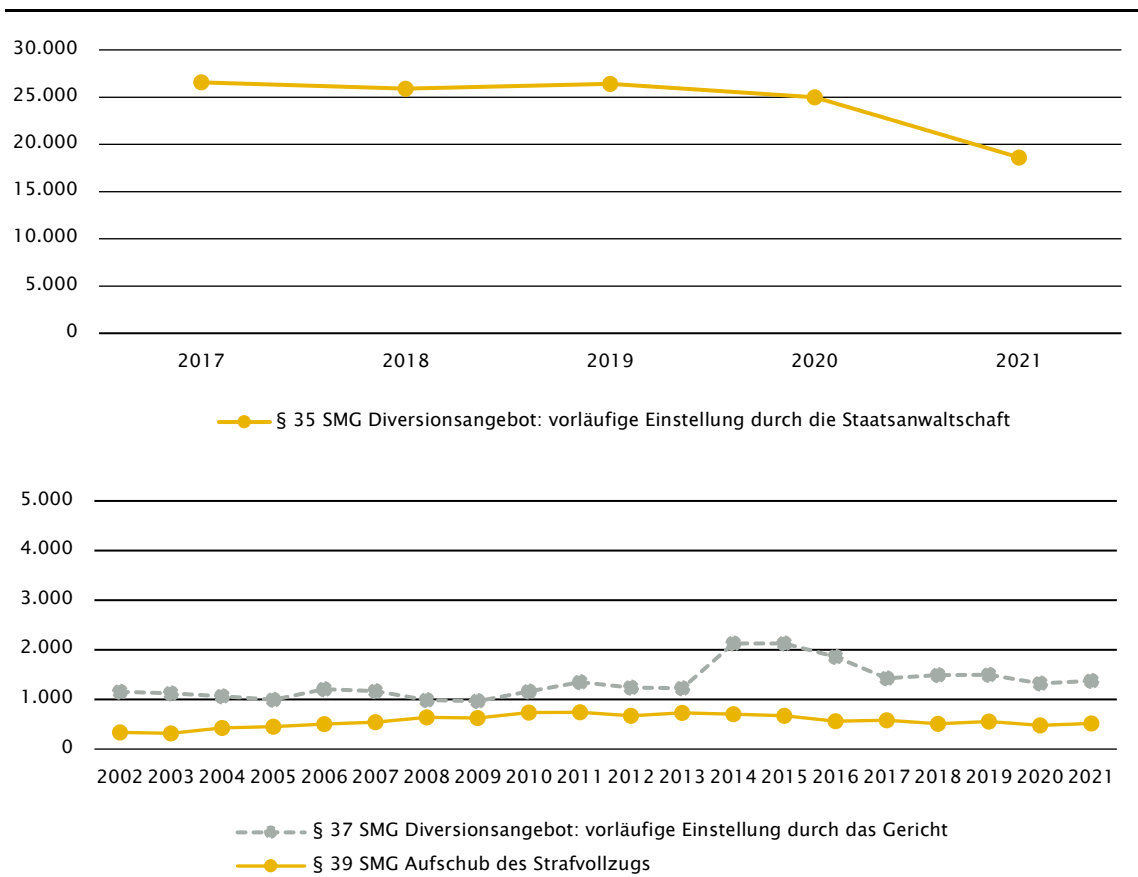
Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“ (das dem Strafraumen nach schwerste Delikt) dargestellt. Daher sind in der Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2.4 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** gemäß § 35 SMG, § 37 SMG und § 39 SMG dargestellt. Im Vergleich zu den Jahren 2017 bis 2020 ist im Jahr 2021 bei den Diversionsangeboten nach § 35 SMG, der vorläufigen Einstellung durch die Staatsanwaltschaft, ein deutlicher Rückgang zu sehen. Bei der vorläufigen Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) sind die Zahlen hingegen etwas angestiegen.

Abbildung 2.2:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2017-2021

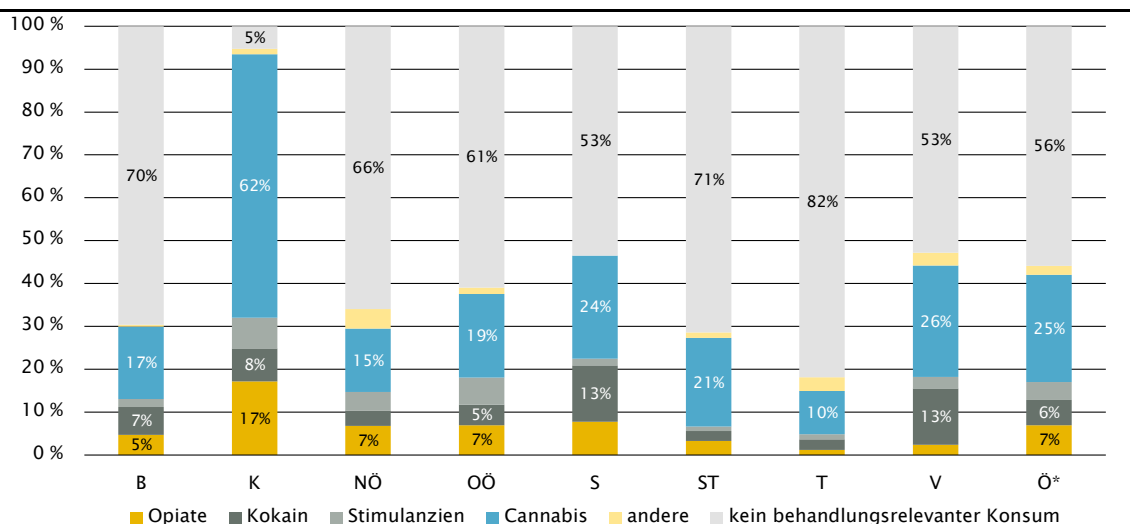


Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Abbildung 2.3 zeigt, aufgrund des Konsums welcher Substanzen im Jahr 2021 eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs 2 SMG als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nichtbehandlungsrelevant eingestuft wurde. Kärnten fällt, während sich die Verteilungen auf die einzelnen Substanzen in allen anderen Bundesländern ähneln, mit einem großen Anteil an Cannabiskonsum auf.

Abbildung 2.3:

Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2021



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien (N = 3.244)

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

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

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

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2021 in insgesamt 4.136 Fällen bzw. bei 3.988 Personen durchgeführt (Österreich inklusive Wien). Bei einem Großteil wurden diese aufgrund einer Meldung der Polizei vorgenommen (68 % SMG, 2 % StVO), bei 15 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es seitens Heeresdienststellen (3 %) oder sonstiger Stellen (12 %) (Anzenberger et al. 2022).

Analysiert man die von den Gesundheitsbehörden gewählten gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach Leitdroge Cannabis bzw. Leitdroge Opioid, zeigen sich Unterschiede in der Wahl der Maßnahme: Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer Opioid-Substitutionsbehandlung) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen. Bestehende Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine nach wie vor unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG und möglicherweise der Dokumentation. Sie dürften aber auch mit Unterschieden hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen (vgl. Kapitel 4) zusammenhängen (vgl. Anzenberger et al. 2022³⁷).

37

siehe die Tabellen GBM6b und GBM7b im Annex des Epidemiologieberichts Sucht 2022

2.4 Neue Entwicklungen

Seit der Kundmachung des COVID-19-Maßnahmengesetzes im März 2020 wurde dieses bis Ende Juni 2022 bereits siebzehn Mal novelliert.

Die Geltung des im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes (BGBl I 2020/16) geschaffenen § 8a Abs 1c SMG, welcher den substituierenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit eröffnet, bei Patientinnen und Patienten, in deren Fall keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauerverschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen, wurde mit einer am 30. Juni 2022 kundgemachten Novellierung des SMG (BGBl I 2022/91) bis 30. Juni 2023 verlängert.

Die Geltung der hierzu auf Verordnungsebene geschaffenen flankierenden Bestimmungen wurde durch entsprechende Novellen der SV (BGBl II 2021/596, BGBl II 2022/261) ebenfalls bis zum 30. Juni 2023 verlängert.

Mittels Novelle zum Gesundheitstelematikgesetz (GTelG) wurde eine patientenfreundliche Übergangslösung für die Verschreibung suchtgifhaltiger Arzneimittel im Rahmen des e-Rezepts geschaffen. Bis zur vollständigen Umstellung auf einen (ausschließlich) elektronischen Prozess auch im Bereich der Verschreibung suchtgifhaltiger Arzneimittel ermöglicht sie – wie bereits während der letzten beiden Jahre aufgrund der COVID-19-Pandemie – unter bestimmten Voraussetzungen die Übermittlung von Suchtgiftrezepten an die Apotheke per E-Mail bzw. Fax und damit ohne Personenkontakt.

International werden auf verschiedenen Ebenen Regulierungsmodelle für die staatlich kontrollierte Abgabe von Cannabis diskutiert. Zum Beispiel galt das GÖG-Colloquium am 28. 6. 2022 dem Thema Cannabispolitik und -forschung (https://www.goeg.at/Colloquium_Cannabisforschung). Die *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* hat zu dem Thema ein umfangreiches Positionspapier zum Cannabisfreizeitgebrauch erstellt (vgl. Kapitel 4). In der internationalen Eurobarometerumfrage im Frühjahr 2022 (Ipsos European Public Affairs 2022) wurde die Einstellung der Bevölkerung dazu abgefragt. In den Länderauswertungen ist für Österreich angeführt, dass zwei Drittel einer regulierten Abgabe zustimmen, ein Drittel lehnt diese ab (vgl. Kapitel 3). Im Jahr 2022 wurde überdies ein Individualantrag gegen das Cannabisverbot beim Verfassungsgerichtshof (VfGH) eingebracht. Der VfGH lehnte die Behandlung dieses Antrags ab, da es im rechtspolitischen Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers liege, den Cannabiskonsum strenger zu regeln als jenen anderer Suchtmittel wie z. B. Alkohol oder Tabakwaren. Die Entscheidung für oder gegen ein Verbot sei somit eine politische und keine rechtliche Frage, die vom Verfassungsgerichtshof geklärt werden müsse.

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

eSuchtmittel

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

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

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben für die Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2022). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten bezüglich Diversion wurden vom BMJ gemeldet. In Abschnitt 2.2.2 wurde bezüglich der von der Statistik Austria übermittelten Daten betreffend Verurteilungen (gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Gesetzestexte

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

2.6 Bibliografie

- Anzenberger, J.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Birklbauer, A. (2017). Die jüngsten Novellierungen im Suchtmittelrecht und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. In: Journal für Medizin und Gesundheitsrecht 4/2017, S. 198-203
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG. Leitlinien für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMI (2022). Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2021 – Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Bundesministerium für Inneres. Wien
- GÖG-Colloquium Cannabisforschung; https://goeg.at/Colloquium_Cannabisforschung (Zugriff am 31. 8. 2022)
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Ipsos European Public Affairs (2022). Flash Eurobarometer 493, Impact of drugs on communities. Europäische Kommission
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage
- Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85,6
- Uhl, A. & Busch, M. (2021). Österreichische Drogenpolitik, rausch – Wiener Zeitschrift für Suchttherapie, 9. Jahrgang Heft 3/4, 205-223
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

2.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

BGBl 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBl 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

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

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

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

BGBl I 1997/120. Führerscheinggesetz (FSG)

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

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

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

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

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

BGBl I 2008/143. Suchtmittelgesetz-Novelle 2008

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

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

BGBl I 2015/112. Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (StRÄG)

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

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

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

BGBl I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz³⁸

BGBl II 2021/596. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

BGBl I 2022/91. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird

BGBl II 2022/261. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

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

38

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

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

2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

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

2.9 Anhang

Tabelle A2.1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich 2012–2021

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich	SMG-Anteil an allen Verurteilungen in Prozent
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1
2017	4.727	1.804	2.915	30.746	15,4
2018	4.954	2.201	2.738	30.157	16,6
2019	4.476	2.008	2.443	29.632	15,1
2020	3.670	1.814	1.841	25.586	14,3
2021	3.648	2.045	1.594	25.626	14,2

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.2:

Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2021

führendes Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	alle	390	902	716	612	1 128	3.648
SMG gesamt	männlich	250	811	662	555	993	3.271
	weiblich	40	91	54	57	135	377
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	112	410	377	324	630	1.853
	weiblich	18	43	31	29	71	192
§ 27 SMG	männlich	137	400	284	230	360	1.411
	weiblich	22	48	23	28	62	183

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.3:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2021

führendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	23	63	10	11	14	121
	Erwachsene	605	950	691	1.103	178	3.527
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	4	35	9	1	1	50
	Erwachsene	46	461	547	822	119	1.995
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	19	28	1	10	13	71
	Erwachsene	558	483	143	280	59	1.523

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Anmerkung: Hier wird das „führende Delikt“ (das dem Straffrahmen nach schwerste Delikt) dargestellt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2012–2021

vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2012	2013	2014**	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	11.455	13.044	14.506	14.384	25.666	27.990	27.392	27.891	26.321	20.007
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsan- waltschaft*	10.215	11.818	12.378	12.256	23.809	26.562	25.903	26.393	24.989	18.613
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	5.515	6.766	—	—	—	—	—	—	—	—
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	1.240	1.226	2.128	2.128	1.857	1.428	1.489	1.498	1.324	1.377
§ 39 SMG Aufschub des Strafvoll- zugs	673	728	705	673	561	582	512	558	476	514

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

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

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

Tabelle A2.5:

Straftatbestände und Strafdrohungen laut SMG

Tathandlungen ³⁹	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe, wer einem: einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der: die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht	bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen). Das erhöhte Strafmaß entfällt in bestimmten Fällen, wenn der: die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern von Suchtgiften, Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze zur Gewinnung von Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass es in Verkehr gesetzt werde	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der: die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen von Suchtgiften in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe	1-10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1-15 Jahre Freiheitsstrafe für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-Fache der Grenzmenge und mehr) 10-20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer:innen einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahre, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der: die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
psychotrope Stoffe § 30 SMG (unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)	Ausgenommen von der Bestrafung ist, wer die Tathandlungen mit Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe in einer die Grenzmenge nicht übersteigenden Menge enthalten, für den persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begeht, ohne einen Vorteil daraus zu ziehen.

39

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

Tathandlungen ³⁹	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
§ 31 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern eines psychotropen Stoffes in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass er in Verkehr gesetzt werde	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der:die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 31 a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre Freiheitsstrafe bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der:die Straftäter:in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn der Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werden bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass der Drogenausgangsstoff bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde		

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) i. d. g. F.; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.6:
Alternativen zur Bestrafung laut SMG

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

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

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

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) i. d. g. F.; Darstellung: GÖG

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	53
3.1	Zusammenfassung.....	53
3.2	Cannabis	55
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums.....	55
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	57
3.2.3	Neue Entwicklungen.....	59
3.3	Stimulanzien.....	59
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	59
3.3.2	Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	63
3.3.3	Neue Entwicklungen.....	64
3.4	Heroin und andere Opioide	65
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	65
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	67
3.4.3	Neue Entwicklungen.....	68
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	69
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums.....	69
3.5.2	Neue Entwicklungen.....	70
3.6	Quellen und Studien.....	70
3.6.1	Quellen	70
3.6.2	Studien	72
3.7	Bibliografie und Anhang.....	74
3.7.1	Bibliografie	74
3.7.2	Anhang.....	80

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der multiple⁴⁰ Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 35.000 und 40.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). Etwas über drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur acht Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 31 Prozent sind 25 bis 34 Jahre, und 61 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 10.500 bis 16.000 Personen geschätzt. Hinsichtlich des Konsums synthetischer Opioide liegen in Österreich lediglich Einzelfallberichte vor.

40

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

Neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring zeigen bei den unter 25-Jährigen eine Stagnation beim risikoreichen Opioidkonsum (gleich viele Einsteiger:innen). Aktuell ist daher von einer relativ stabilen Lage auszugehen, da auch Anzeichen für eine signifikante Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen fehlen. Wichtig ist es jedoch, die tendenziell leicht steigende Bedeutung von Kokain im Behandlungsbereich weiter zu beobachten.

Abwasserepidemiologische Analysen zu Cannabis aus Innsbruck und Graz zeigten nach einem Rückgang der Konzentration des THC-Markers im Abwasser von 2018 bis 2020 im Jahr 2021 wieder einen Anstieg. Ob dies als rezenter Anstieg des Cannabiskonsums gedeutet werden kann, werden die nächsten Jahre zeigen.

Daten aus dem Drug-Checking weisen darauf hin, dass in Österreich Cannabis zum Teil mit synthetischen Cannabinoiden versetzt wird. Da der Konsum synthetischer Cannabinoide mit großen Gefahren verbunden ist, muss dieser bedenkliche Trend gut beobachtet werden.

Methamphetaminkonsum war bisher auf lokale Szenen begrenzt und findet vorwiegend in Oberösterreich statt. Bedenklich ist allerdings, dass Methamphetamin (zwar auf sehr niedrigem Niveau) bei den Abwasseranalysen in Innsbruck und Graz ansteigt.

In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des erhöhten Konsums von NPS wieder verstärkt auf Amphetamin und „Ecstasy“ zurückgegriffen und aktuell auch auf Kokain, wobei allerdings NPS in den letzten Jahren wieder etwas anzusteigen scheinen.

Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum bzw. auf Personen mit Drogenproblematik lässt sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie zusätzlich entstandenen Belastungen (Arbeitsplatzverlust, Ängste, Vereinsamung) dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen.

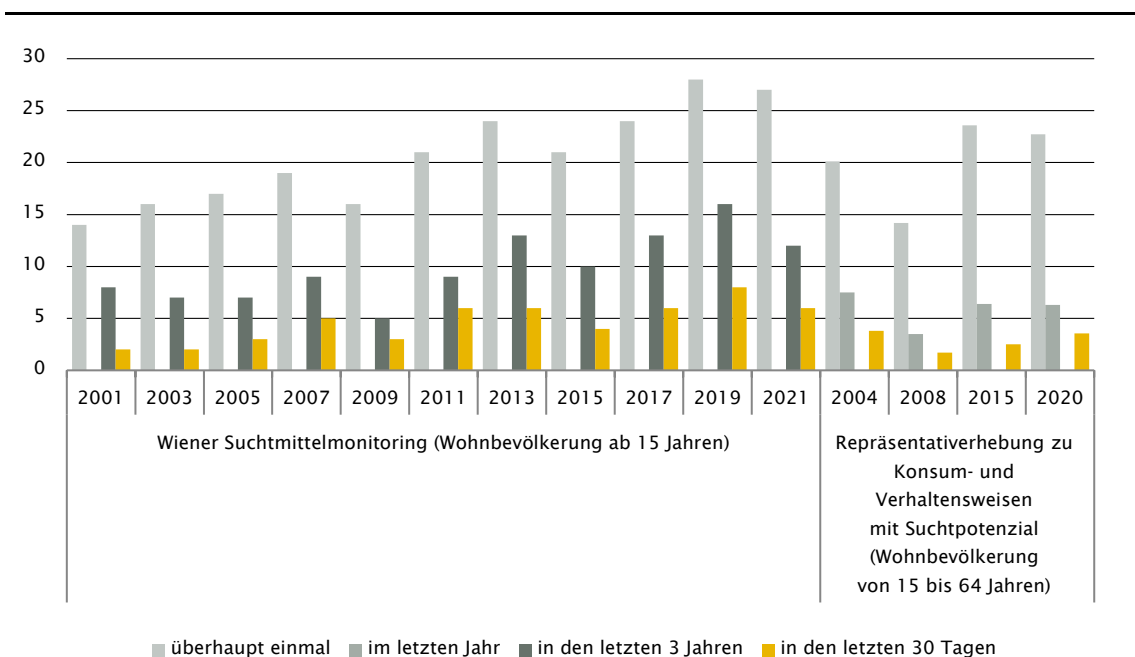
3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Abbildung 3.1:

Cannabiskonsum gemäß Wiener Suchtmittelmonitoring und österreichweiten Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihen)



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

Quellen: IFES 2001 bis 2022, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al. 2021; Darstellung: GÖG

Längerfristig zeigt sich sowohl im Wiener Suchtmittelmonitoring als auch in den österreichischen Bevölkerungserhebungen ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen (vgl. Abbildung 3.1 und Tabelle A3.1). Auch der 2021 im Rahmen des Flash Eurobarometer 493 erhobene Anteil konsumerfahrener Personen an der Bevölkerung 15+ liegt mit 29 Prozent über dem Wert der letzten österreichischen Bevölkerungsbefragung (Ipsos European Public Affairs 2022)

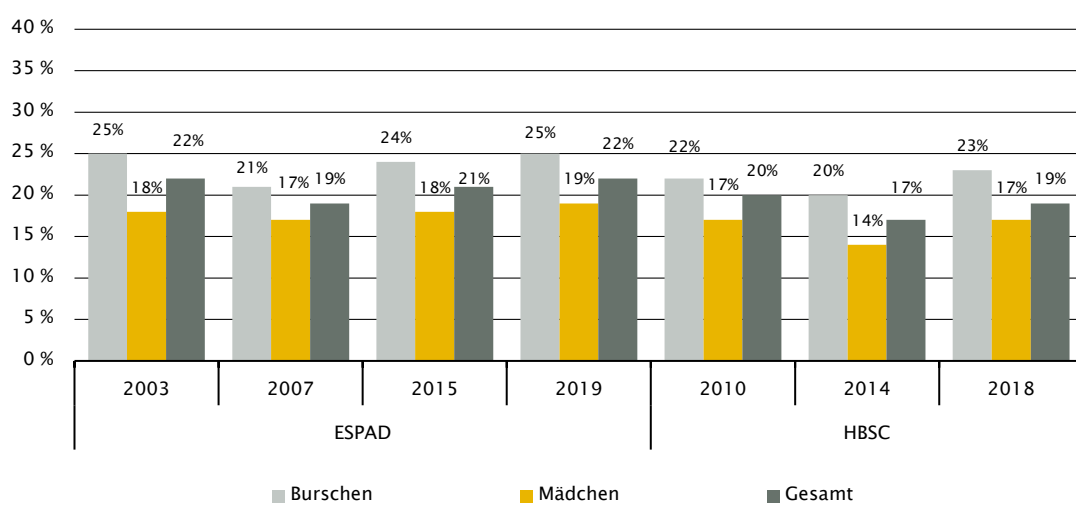
Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich aber meist auf eine kurze Lebensphase, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 3.1).

Abwasserepidemiologische Analysen zu Cannabis liegen aus Tirol (Innsbruck) seit dem Jahr 2018 vor. In Innsbruck ist die Konzentration des THC-Markers im Abwasser von 2018 bis 2020 kontinuierlich zurückgegangen, 2021 aber wieder etwas über das Niveau von 2018 angestiegen. In Graz, wo solche Daten seit 2019 erhoben werden, zeigt sich ein ähnliches Bild⁴¹. Ob dies als rezenter Anstieg des Cannabiskonsums gedeutet werden kann, werden die nächsten Jahre zeigen.

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Abbildung 3.2:

Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihen)



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

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

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

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

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

41

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 5. 7. 2022)

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

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich anhand der verfügbaren Befragungsdaten hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Gesamtbevölkerung bzw. bei Jugendlichen kein eindeutiger Trend feststellen lässt. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich in Befragungsdaten, die den Konsum illegaler Drogen betreffen, aufgrund der Tatsache, dass nach einem illegalen Verhalten gefragt wird, große Unschärfen ergeben. Es kann davon ausgegangen werden, dass das gesellschaftliche Klima bezüglich Cannabis einen maßgeblichen Einfluss darauf hat, ob ein etwaiger Konsum zugegeben wird oder nicht.

3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung

Risikoreicher Cannabiskonsum

In der Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial (Strizek et al. 2021) gibt etwa ein Prozent der Stichprobe an, Cannabis sechsmal pro Monat oder öfter zu konsumieren. Etwas weniger als die Hälfte davon weist auch im CAST-Screening-Tool⁴² einen kritischen Wert auf. Somit können etwa 0,4 Prozent der österreichischen Bevölkerung als potenziell problematische Cannabiskonsumtinnen/-konsumenten klassifiziert werden.

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2021 wurde in 811 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2022). Dem stehen 19.168 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) gegenüber, in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien; vgl. Kapitel 7). Dies ist ein Hinweis darauf, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2021 befanden sich geschätzt 2.628 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung durch eine Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den

42

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

Jahren 2012 und 2017⁴³ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt respektive möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ häufig auch im Rahmen multipler Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft.

2010 bis 2013 ist der Anteil der Erstpatientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die sich in ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe befinden, von etwa 40 Prozent auf über 50 Prozent gestiegen. Seither liegen die Werte etwas über oder unter 50 Prozent. 2021 machten sie 43 Prozent aus. Im Gegenzug ist der Anteil jener mit der Leitdroge Opiode gesunken (Anzenberger et al. 2021 und Anzenberger et al. 2022). Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumtinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wurde. Im Rahmen einer Fokusgruppe⁴⁴ mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung begeben, was mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt wird. Andererseits wurde von einem Anstieg der Zahl junger und sozial auffälliger Klientinnen/Klienten berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2020 (aktuellste verfügbare Zahlen) kommen schädlicher Gebrauch von Cannabis (31 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (79 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (77 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.409 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 163 Fälle und für Abhängigkeit 750 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁴⁵, dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum im Vergleich zu den geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. 3.4.1 und Kap. 5). Nicht

43

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12__Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf
(Zugriff am 20. 7. 2022)

44

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

45

Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in eSuchtmittel dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz (eine Auswertung des Behandlungsjahres 2015 zeigte, dass 62 Prozent der Personen, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Cannabis behandelt wurden, aufgrund einer Auflage in Behandlung waren; http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12__Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (Zugriff am 20. 7. 2022)

erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

3.2.3 Neue Entwicklungen

Auf die Veränderungen des Cannabiskonsums während des ersten pandemiebedingten Lockdowns wurde im Bericht des letzten Jahres ausführlich eingegangen (Busch et al. 2021). Aus Niederösterreich wurde im Zusammenhang mit der Pandemie 2021 eine Zunahme des Mischkonsums von Cannabis, Alkohol und Benzodiazepinen bei Jugendlichen berichtet (Hörhan, p. M.)

Daten aus dem Drug-Checking weisen darauf hin, dass in Österreich Cannabis zum Teil mit synthetischen Cannabinoiden versetzt wird. Im Falle von 130 bei *checkit!* in Wien in Form von Cannabisblüten, -harz, -extrakten, Edibles oder Vape-Produkten abgegebenen Proben mit Verdacht auf synthetische Cannabinoide wurde in 25 Proben tatsächlich ein solches nachgewiesen, 54 Proben enthielten kein synthetisches Cannabinoid, und in 34 Proben wurden unbekannte Substanzen detektiert (SHW 2022). Auch beim Drug-Checking in Tirol wurden in drei von insgesamt 54 Proben synthetische Cannabinoide nachgewiesen (Oberacher 2022). Auch bei Drogensicherstellungen wird dieser Trend beobachtet (BMI 2022). Der Konsum synthetischer Cannabinoide ist mit großen gesundheitlichen Gefahren verbunden.

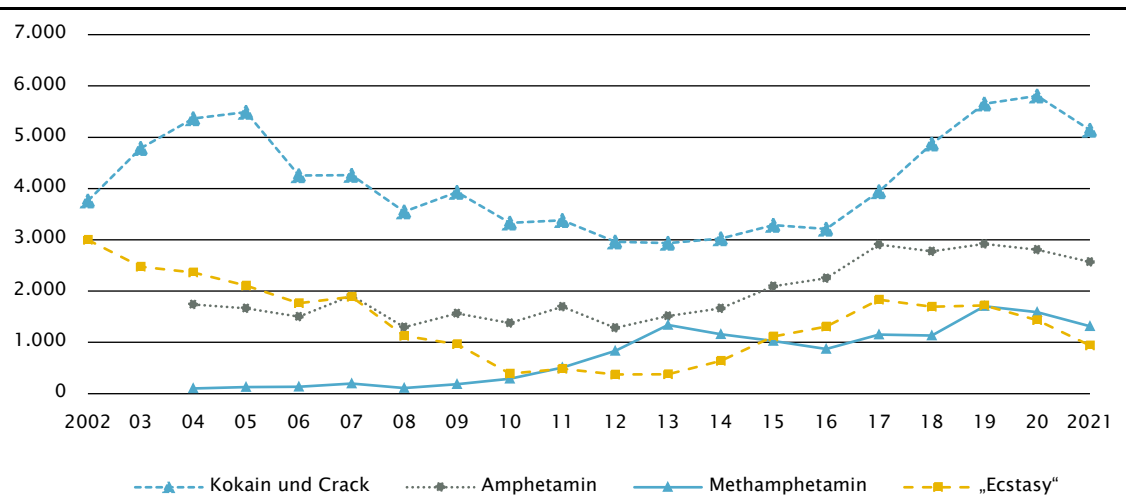
3.3 Stimulanzien

3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten SMG-Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin sowie Methamphetamin und „Ecstasy“ (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). Bei Kokain steigen die Anzeigenzahlen seit 2016 stark an. 2021 sind sie jedoch wieder leicht gesunken.

Abbildung 3.3:

Stimulanzien: Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2021



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

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

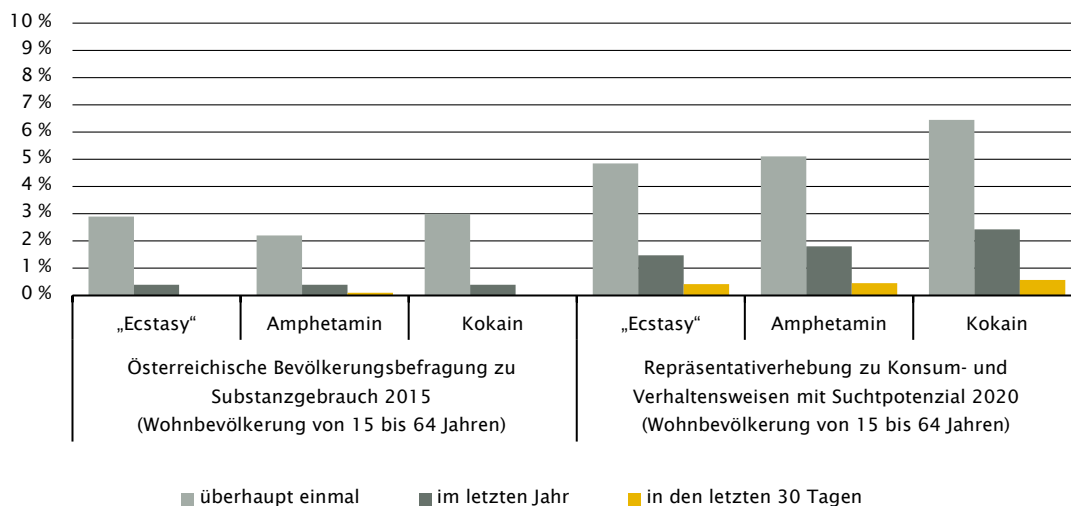
Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzien in der Gesamtbevölkerung

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

Abbildung 3.4:

Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



Anmerkung zur Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial 2020: Die Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

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

Aus den im Rahmen des SCORE-Projekts gesammelten abwasserepidemiologischen Daten aus Innsbruck lassen sich zeitliche Trends ablesen. Zwischen März 2016 und Oktober 2020 wurde das dortige Abwasser an 343 Tagen untersucht (Reinstadler et al. 2021). Die Daten legen nahe, dass sowohl der Kokainkonsum als auch der Amphetaminkonsum in der Zeitspanne 2016 bis 2019 stark angestiegen sind. Seither sind die Werte bei Kokain leicht rückläufig, bei Amphetamin (mit einem kurzen Rückgang 2020) weiterhin ansteigend, doch nur mehr leicht⁴⁶. Die Werte für „Ecstasy“ sind seit 2016 leicht rückläufig. In Graz, für das Daten seit 2019 verfügbar sind, zeigen sich ähnliche Trends. Bedenklich ist, dass Methamphetamin (allerdings auf sehr niedrigem Niveau) in beiden Städten ansteigt.

Auch die Anrufe bei der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale, bei denen Kokain eine Rolle spielt (meist in Kombination mit anderen Drogen), sind von 27 im Jahr 2016⁴⁷ auf 66 im Jahr 2021 (vgl. Kapitel 6) gestiegen und liegen damit knapp hinter den Anrufen wegen Cannabis (77). Wegen MDMA wurde dort im Jahr 2021 35-mal, wegen Amphetamin 24-mal und wegen Methamphetamin 16-mal angerufen (Schiel et al. 2022)

46

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff 7. 7. 2022)

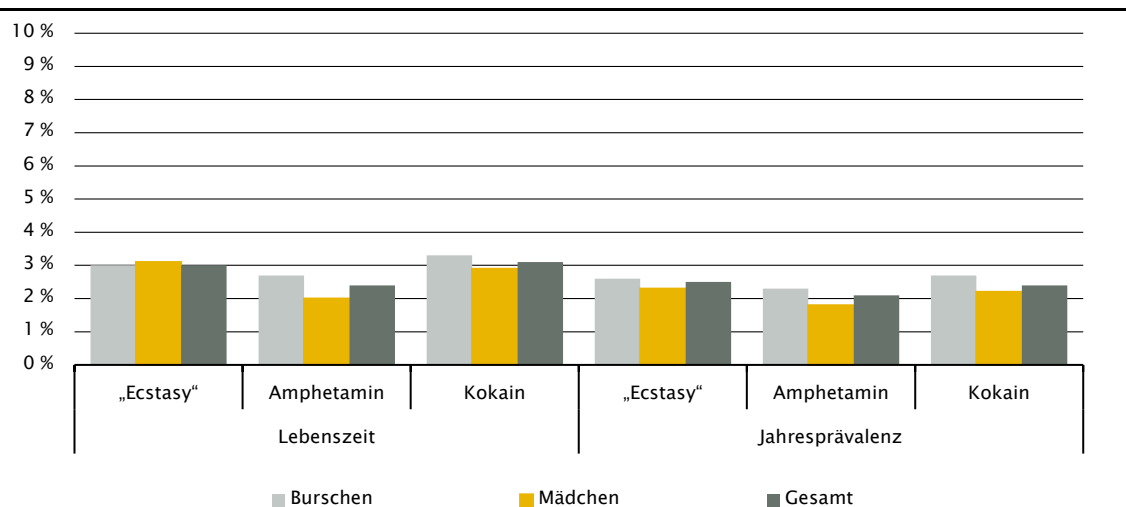
47

2016 wurde erstmals eine drogenspezifische Auswertung der VIZ-Daten vorgenommen.

Gleichfalls ist der Anteil von Kokain, der im Rahmen des Drug-Checking von Drogenarbeit Z6 angegeben wurde, ebenso wie jener bei *checkit!* in Wien über die Jahre gestiegen (Oberacher 2022, SHW 2022). Bei den von *checkit!* analysierten Proben war Kokain 2019 erstmals die Nummer eins – noch vor „Ecstasy“ und Amphetamin. 2021 lag es erneut an der Spitze (SHW 2022).

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

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



Quelle: Hojni et al. 2020; Darstellung: GÖG

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

Zusammenfassend verweisen die verfügbaren Daten auf eine nach wie vor niedrige Prävalenz des Stimulanzienkonsums. Mittlerweile liegen aber genügend Indizien aus unterschiedlichen Datenquellen (abwasserepidemiologische Studien, Anzeigen, Bevölkerungsbefragungen etc.) vor, um von einem Anstieg des Stimulanzienkonsums und insbesondere des Kokainkonsums in Österreich auszugehen. Ob dies auch zu einem Anstieg des risikoreichen Drogenkonsums führen wird, kann derzeit noch nicht gesagt werden. Ob der rezente (vermutlich auch durch die Coronapandemie bedingte) Rückgang in den Abwasseranalysen eine Trendwende bedeutet, werden die nächsten Jahre weisen.

3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung

Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulanzien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG (vgl. Tabelle 3.1). Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Am häufigsten wird ein behandlungsrelevanter Konsum von Kokain festgestellt, gefolgt von Amphetamin (2017 lag Amphetamin noch an erster Stelle).

Tabelle 3.1:
Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland 2021

Stimulans	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
MDMA („Ecstasy“) u. a. Designerdrogen	0	19	3	12	1	1	1	1	38
Amphetamin	2	15	17	34	1	2	2	8	81
Methamphetamin	2	0	1	10	0	1	0	0	14
Kokain	14	37	19	44	17	9	6	44	190
Summe	18	71	40	100	19	13	9	53	323

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

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

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

Im Jahr 2021 befanden sich geschätzt 1.122 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 619 Personen wegen des Konsums anderer Stimulanzien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen multipler Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2020 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (zehn Fälle) und Kokainabhängigkeit (42 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 358 Fälle und für Kokainabhängigkeit 235 Fälle. Schädlicher Gebrauch anderer Stimulanzien als Kokain (14 Fälle) und Abhängigkeit von diesen (22 Fälle) werden als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen ebenfalls sehr selten diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch anderer Stimulanzien 242 Fälle und für Abhängigkeit davon 115 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden⁴⁸, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien im Vergleich zu den geschätzt 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum nicht groß sein (vgl. Abschnitt 3.4.1 und Kap. 5). Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Daten von *checkit!* zeigen, dass nach wie vor hochdosierte „Ecstasy“-Tabletten am Markt sind. (SHW 2022 – vgl. Kapitel 7). „Ecstasy“ spielt auch bei den drogenbezogenen Todesfällen eine größere Rolle als früher (vgl. Busch et al. 2021). Der Schluss, dass der Konsum von „Ecstasy“ aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden ist, liegt nahe (vgl. Kapitel 7). Bei drogenbezogenen Todesfällen spielen Stimulanzien jedoch eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen multipler Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten Überdosierungen ausschließlich durch Stimulanzien (vgl. Busch et al. 2021).

Injizieren und andere Konsumformen

Informationen zur Einnahmeform bei Stimulanzien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). „Ecstasy“ wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin vorwiegend gesniff, aber auch oral konsumiert. Kokain wird meist gesniff (80 %) und zu einem gewissen Anteil auch gespritzt (Anzenberger et al. 2022).

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

3.3.3 Neue Entwicklungen

Methamphetamin war bisher auf lokale Szenen begrenzt, sein Konsum findet vorwiegend in Oberösterreich statt. Bedenklich ist allerdings, dass die Methamphetaminkonzentration (wenngleich auf sehr niedrigem Niveau) bei den Abwasseranalysen in Innsbruck und Graz ansteigt.

In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des erhöhten Konsums von NPS wieder verstärkt auf Amphetamin und „Ecstasy“ zurückgegriffen und aktuell auch auf Kokain (SHW 2022), wobei allerdings NPS in den letzten Jahren wieder etwas anzusteigen scheinen (vgl. Abschnitt 3.5.1)

48

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

3.4 Heroin und andere Opiode

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthaltige Medikamente – einschließlich Substitutionsmitteln. Im Jahr 2021 erfolgten 2.965 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.536 Anzeigen wegen suchtgifthaltiger Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opiode im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar. Hinsichtlich des Gebrauchs synthetischer Opiode liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor⁴⁹.

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

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

Die aktuellsten verfügbaren Schätzungen für die Jahre 2020 bzw. 2021 machen eine Prävalenzrate von 35.000 bis 40.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines multiplen Konsums (Mischkonsums) – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa sechs bis sieben Personen pro 1.000 Österreicher:innen in der Altersgruppe 15- bis 64-Jährige von dieser Problematik betroffen. Etwas über drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich, und acht Prozent sind unter 25 Jahre alt (31 %: 25 bis 34 Jahre) (Anzenberger et al. 2022).

Der Verlauf der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre von unter 20.000 auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. Bis 2017 lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten, gefolgt von einem Rückgang auf 32.000 Personen im Jahr 2019. Die aktuellsten Schätzungen belaufen sich auf 35.000 bis 40.000 Personen (Anzenberger et al. 2022).

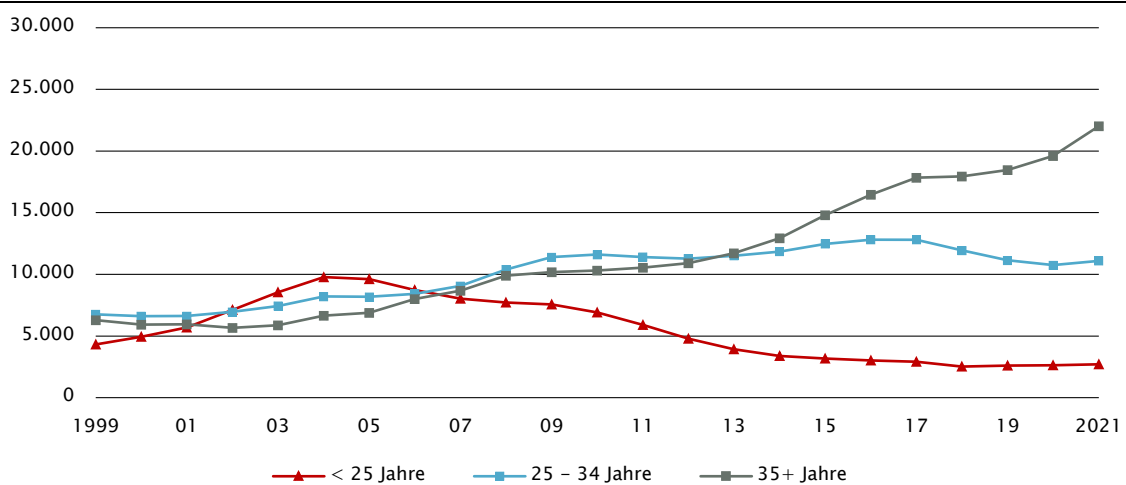
Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.6) Hier verdoppelte sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) im Zeitraum zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet,

49

Im Rahmen des österreichischen Informations- und Frühwarnsystems zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum wurde 2022 zweimal ein synthetisches Opioid gemeldet (ausschließlich vom BMI).

dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Bis 2018 zeigt sich ein deutlicher Rückgang (= weniger Einsteiger:innen). Seither stagnieren die Werte bei etwas unter 3.000, was als Hinweis auf eine gleich bleibende Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern interpretiert werden kann. Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 Jahre und dann auch in der Altersgruppe über 34 Jahre) weiter an.

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



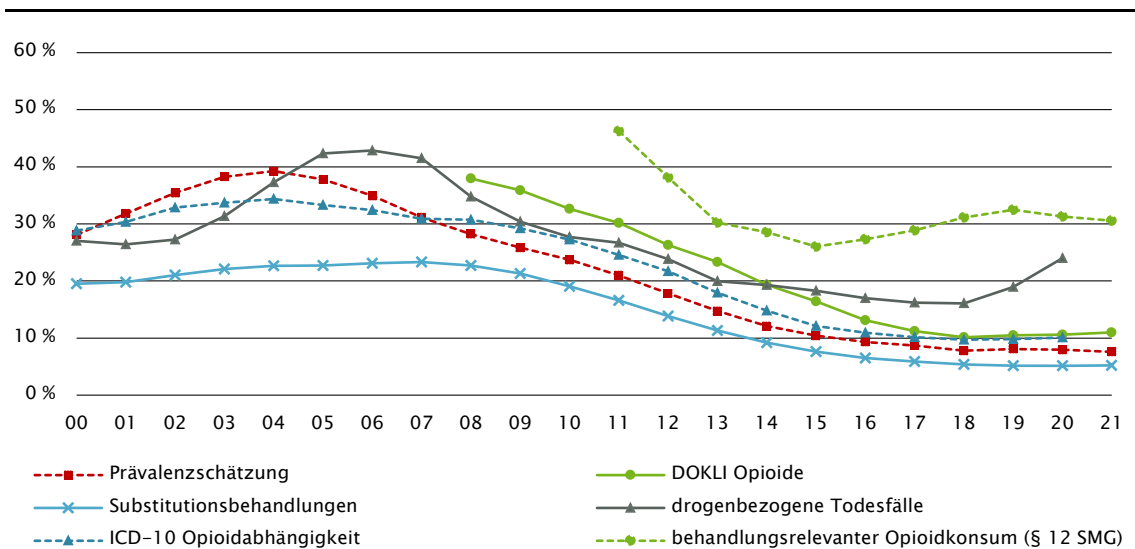
Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2020 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2021 der Schätzwert für 2021 (aktuellste Schätzung).

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

Der seit 2019 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen - dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Opioid-Substitutionsbehandlung) bedingt sein. Anzumerken ist jedoch, dass die Zahlen bei den unter 25-Jährigen nicht weiter zurückgehen. Diese Entwicklung muss sorgfältig beobachtet werden.

Abbildung 3.7:

Anteil der unter 25-Jährigen in den Datenquellen des Drogenmonitorings, Zeitreihe 2000–2021 bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)



DOKLI Opiode: alle Personen mit der Leitdroge Opiode, die in DOKLI-Einrichtungen längerfristig ambulant oder stationär betreut wurden.
 ICD-10 (Opiode): Personen mit Haupt- oder Nebendiagnose F11.2 (Abhängigkeit Opiode) bei Entlassungen aus stationärer Behandlung (aktuellste verfügbare Daten)
 behandlungsrelevanter Opioidkonsum nach § 12 SMG = amtsärztliche Begutachtungen nach § 12 SMG, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden festgestellt wurde; die Angaben sind unvollständig, weil Daten aus Wien fehlen (bei den Wiener Begutachtungen wird anstelle einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird); Daten 2011 und 2012 ohne Kärnten
 Bei allen Datenquellen wurde vom Jahr 2000 bis zum jeweils vorletzten dargestellten Jahr zum Ausgleich von Zufallsschwankungen jeweils der Mittelwert aus drei Jahren herangezogen (gleitendes Mittel). Für das letzte dargestellte Jahr wird der Rohwert dargestellt (bei behandlungsrelevantem Opioidkonsum nach § 12 SMG ebenfalls in den Jahren 2011 und 2012).
 Drogenbezogene Todesfälle: Die Daten für 2021 waren zum Zeitpunkt der Fertigstellung dieses Berichts noch nicht verfügbar.

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

Der Rückgang des Anteils junger Personen (unter 25 Jahren) mit Opioidproblematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings bis 2018 beobachten (vgl. Abbildung 3.7) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Seither sinkt aber der Anteil der Personen < 25 Jahre nicht weiter, was die obige Interpretation (stabile Zahl von Einsteigerinnen und Einsteigern) stützt.

3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung

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

Injizieren und andere Konsumformen

Neben der Prävalenz der risikoreich mit Beteiligung von Opioiden Drogenkonsumierenden interessiert auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Überträgt man die Anzahl der Personen mit der Leitdroge Opioide aus dem DOKLI-System, welche die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angeben (30–40 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opioiden, so ist in Österreich von etwa 10.500 bis 16.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen (Anzenberger et al. 2022). Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von nasaler Applikationsform (Sniffen) auf Injizieren umsteigen (Busch et al. 2010).

3.4.3 Neue Entwicklungen

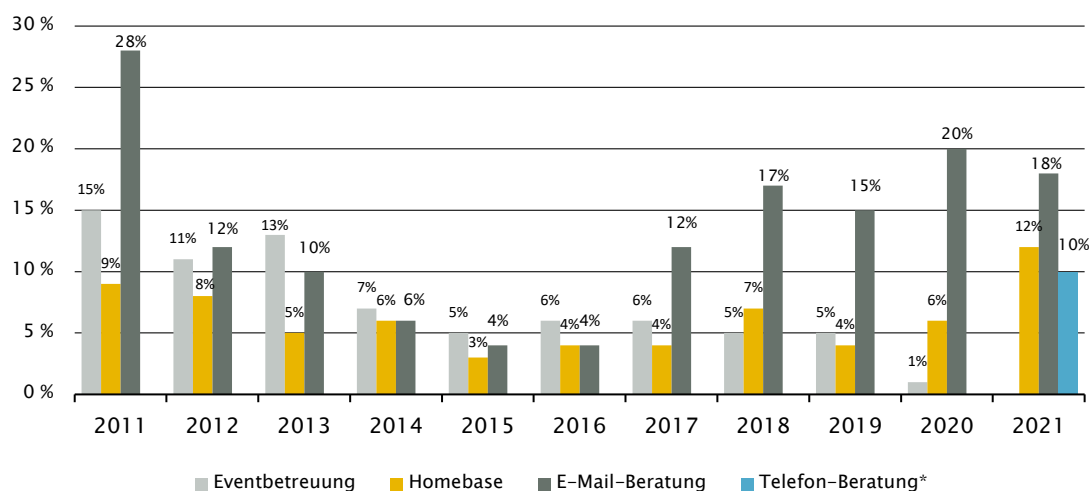
Die mittel- bis langfristigen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie auf den risikoreichen Drogenkonsum lassen sich derzeit noch nicht abschätzen. Die durch die Pandemie entstandenen Belastungen wie Arbeitsplatzverlust, Ängste, Vereinsamung führten insgesamt zu einer Verschlechterung der psychosozialen Situation (Zandonella 2021) und dürften zu einer Erhöhung der psychiatrischen Komorbidität bei Suchtkranken führen, die in manchen Einrichtungen bereits beobachtet wird. Versäumte Chancen, eine Suchtbehandlung zu beginnen, und der Ausfall vieler suchtpreventiver Maßnahmen sind weitere Faktoren, die eine Verschärfung der Situation im Bereich Drogensucht und eine gesteigerte Behandlungsnachfrage nach der Pandemie plausibel machen (Strizek et al. 2020).

3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

3.5.1 Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen im Vergleich zu den Anzeigen nach dem SMG nur sehr wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2021 gab es 624 diesbezügliche Anzeigen (2018: 133, 2019: 438, 2020: 486; siehe Kapitel 7). Allerdings hat sich die Anzeigenzahl in den letzten Jahren stark erhöht und ist auch 2021 weiter gestiegen. Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen derzeit für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung. Laut den aktuellsten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) bei etwa einem Prozent (Strizek et al. 2021). Für 14- bis 17-jährige Schüler:innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei vier Prozent, die Jahresprävalenz beträgt in dieser Gruppe drei Prozent (Hojni et al. 2020).

Abbildung 3.8:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2021



*Dieses Angebot wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie neu eingeführt.

Quelle: SHW 2022

Die in Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Partysetting bzw. Freizeitsetting. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis, „Ecstasy“ und Kokain die am häufigsten thematisierten Substanzen. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 3.8). Insbesondere bei E-Mail-Beratungen stieg ihre Häufigkeit jedoch zuletzt wieder an (2020: 20 %, 2021: 18 %). Von den im Jahr 2021 analysierten 1.336 Proben enthielten lediglich 8,6 % NPS (SHW 2022), das ist ein etwas höherer Wert als 2019 (4,6 %) und 2020 (7,1 %). Es ist aber zu beachten, dass von *checkit!* seit 2020 COVID-19-bedingt kaum Proben bei Festivals und Partys analysiert wurden, sondern die meisten Proben aus der Homebase bzw. dem neuen Angebot der Probenabgabe in Apotheken stammen. Neun

Prozent der bei Drogenarbeit Z6 zur Analyse abgegebenen Proben wurden als NPS deklariert, was einen Rückgang im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet (z. B. 2020: 18 % – Oberacher 2021 und 2022; Details der Analyseergebnisse siehe Kapitel 7).

3.5.2 Neue Entwicklungen

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Anzenberger et al. 2022). Der Anstieg der Anzeigen nach dem NPSG und der Thematisierung von NPS im Rahmen der E-Mail-Beratungen von *checkit!* könnte jedoch ein Hinweis auf eine steigende Bedeutung von NPS in Österreich sein.

3.6 Quellen und Studien

3.6.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen nach § 11 bzw. § 12 SMG

Personen, bei denen die Polizei, die Schulleitung, eine Militärdienststelle oder die Führerscheinbehörde annimmt, dass in ihrem Fall ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Begutachtung durch, prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und wirkt bei Bestehen eines solchen Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Begutachtungsergebnisse müssen dem BMSGPK gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2021 4.136 Begutachtungsergebnisse in Bezug auf 3.988 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). Die Anzahl der Begutachtungen hat sich aufgrund der COVID-19-Pandemie stark reduziert (2019 waren es 6.007 Begutachtungen). Bei Begutachtungen in Wien wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und in pseudonymisierter Form dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswertungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und zur rechtlichen Einbindung der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

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

checkit! ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Suchthilfe Wien GmbH und dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an. Ende 2019 wurden in einem Testbetrieb erstmals auch Proben in der Beratungsstelle homebase angenommen. Diese Schiene wurde wegen COVID-19 stark ausgebaut. Seit Juni bzw. August 2020 können Proben auch in zwei

kooperierenden Apotheken zur Analyse abgegeben werden. Damit wird das Ziel verfolgt, Drug-Checking auch abseits von Veranstaltungen anbieten zu können. Im Jahr 2021 verzeichnete *checkit!* aufgrund von COVID-19 im Partysetting lediglich vier Eventbetreuungstage. In der homebase wurden 2021 565 Proben abgegeben, in den beiden kooperierenden Apotheken 726 Proben. In der Beratungsstelle homebase wurden im Berichtsjahr 536 persönliche und 946 telefonische Informations- bzw. Beratungsgespräche geführt. Aufgrund der Einschränkungen des persönlichen Kontakts wurde die Möglichkeit von Gesprächen über Videotelefonie geschaffen. Zudem wurden 1.094 E-Mail-Anfragen beantwortet (SHW 2022).

Das *MDA basecamp* von *Drogenarbeit Z6* ist normalerweise mit einem Informations- und Beratungsstand ca. zwei- bis dreimal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie zu Wirkung und Gefahren durch deren Konsum. Da auch im Jahr 2021 weitestgehend keine Partys und Veranstaltungen stattfinden konnten, wurde verstärkt mit Angeboten der mobilen Jugendarbeit kooperiert. Es gelang mithilfe von Einsätzen in Kooperation mit diversen MOJAs (Einrichtungen der mobilen Jugendarbeit) in Landeck und Kufstein und den Einsätzen mit dem Lastenrad in der Stadt Innsbruck, insgesamt 2.055 Personen im Alter von 14 bis 45 Jahren zu erreichen (Drogenarbeit Z6 2022).

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

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

eSuchtmittel

siehe Kap. 2

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

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Seit 2015 wird pro Patient:in eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es hier ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2020 ist das aktuellste Datenjahr zu Redaktionsschluss.

Drogenbezogene Todesfälle

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

Behandlungsdokumentationssystem DOKLI

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

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

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS, die im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK) bzw. vom Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES⁵⁰) stammen. Weitere einschlägige Informationen werden von den Drug-Checking-Projekten geliefert, d. h. von *checkit!* und seit 2014 auch von *Drogenarbeit Z6*.

3.6.2 Studien

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

Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch bzw. zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008, 2015 und 2020 durchgeführt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a, Strizek et al., 2021).

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

50

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

ESPAD (2003, 2007, 2015, 2019)

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

HBSC (2010, 2014, 2018)

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

Flash Eurobarometer 493 – Impact of drugs on communities

Ipsos European Public Affairs befragte im Juni/Juli 2021 eine repräsentative Stichprobe von EU-Bürgerinnen und -Bürgern im Alter von 15 Jahren und älter in jedem der 27 Mitgliedstaaten der Europäischen Union per computergestützte Telefonbefragung (CATI) unter Verwendung von RDD („random digit dialling“) und eines Dual-Frame-Designs (Festnetz und Mobilfunk). In Österreich wurden 1.002 Personen interviewt.

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Bei diesem handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau zweier (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehrerer Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl et al. 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten im Bereich drogenbezogener Todesfälle findet sich im „Epidemiologiebericht Sucht 2022“ (Anzenberger et al. 2022). Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine Annäherung darstellen. Die methodischen Limitationen werden z. B. bei Uhl et al. (2001), ÖBIG (2003), GÖG/ÖBIG (2006) und GÖG/ÖBIG (2010) detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittelmonitoring

Das Wiener Suchtmittelmonitoring ist eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH in Auftrag gegebene repräsentative Bevölkerungsbefragung, welche das Institut für empirische Sozialforschung (IFES) durchführt. Der besondere Stellenwert dieser Monitoringstudie liegt darin, dass die Befragung regelmäßig im Abstand von zwei Jahren durchgeführt wird und ein Teil der Zeitreihenergebnisse mittlerweile eine Zeitspanne von annähernd drei Jahrzehnten umfasst (erste Durchführung 1993). Die aktuellste Datenerhebung erfolgte 2021 in Form von telefonischen und Online-Interviews bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von 800 Wienerinnen und Wienern ab 15 Jahren. In den Vorjahren betrug die Stichprobengröße 600 Personen, und die Interviews wurden persönlich an der Wohnadresse der Zielperson durchgeführt (IFES 2001 bis 2022).

Abwasserepidemiologische Studien (im Rahmen des SCORE-Projekts)

Seit 2011 werden von einem europaweiten Netzwerk (Sewage analysis CORe group Europe – SCORE) Abwasseranalysen mit standardisierten Verfahren durchgeführt. 2021 nahmen 75 Städte an diesen Analysen teil. In Innsbruck werden seit 2016 im Rahmen dieses Projekts Abwasseranalysen durchgeführt. Die Ergebnisse können interaktiv auf der Website der EMCDDA abgerufen werden⁵¹. Abwasseranalysen werden seitens der EMCDDA primär als ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. anhand der Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?“) und über Charakteristika der Konsumierenden sind dabei nicht möglich (EMCDDA 2019, EMCDDA 2020).

3.7 Bibliografie und Anhang

3.7.1 Bibliografie

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

Anzenberger, J.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Wien

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

51

https://www.emcdda.europa.eu/publications/html/pods/waste-water-analysis_en (Zugriff am 6. 7. 2022)

- BMI (2022). Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2021. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien
- Busch, M.; Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56 (6), 415–422
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C.; Samdal, O.; Smith, O.; Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people – Health Behaviour in school-aged Children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Dür, W.; Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Drogenarbeit Z6 (2022). Tätigkeitsbericht 2021. Innsbruck
- EMCDDA (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- EMCDDA (2019). Drogenperspektiven – Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städteübergreifende Studie. Lissabon
- EMCDDA (2020). Perspectives on drugs – Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study. Lissabon
- Europäische Kommission (2011 a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm (Zugriff am 16. 9. 2011)
- Europäische Kommission (2011 b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel
- Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).
- Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – data. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).

- Falbesoner, B.; Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt
- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D.; Maier, G. (2019). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring – Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Hojni, M.; Delcour, J.; Strizek, J.; Uhl, A. (2020): ESPAD Österreich 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2017). Suchtmittel-Monitoring 2017. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2019). Suchtmittel-Monitoring 2019. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2022). Suchtmittel-Monitoring 2021. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Ipsos European Public Affairs (2022). Flash Eurobarometer 493, Impact of drugs on communities. Europäische Kommission
- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Oberacher, H. (2021). Drug Checking 2020. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2022). Drug Checking 2021. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Ramelow, D.; Teutsch, F.; Hofmann, F.; Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

- 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, *Science of The Total Environment* 757
- Schiel, H.; Bartecka-Mino, K.; Dorner-Schulmeister, S. (2022). Vergiftungsinformationszentrale VIZ Drogen 2016/17/18/19/20/21. *Gesundheit Österreich, Wien*
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. *Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz*
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. *Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz*
- Seyer, S.; Paulik, R.; Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. *Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz*
- Seyer, S., Paulik, R., Lehner, R., Gschwandtner, F., Reiter, A., Unger S. (2020). Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabis, *Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ Linz*
- SHW (2022). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2020. *Suchthilfe Wien gGmbH. Wien*
- Spilka, S.; Janssen, E.; Legleye, S. (2013): Detection of problem cannabis use: The Cannabis Abuse Screening Test (CAST). *Saint-Denis*
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobra, U.; Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. *Bundesministerium für Gesundheit. Wien*
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. *Gesundheit Österreich GmbH, Wien*
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016b). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. *Gesundheit Österreich, Wien*
- Strizek, J.; Busch, M.; Priebe, B.; Puhm, A.; Uhl, A. (2020): Sucht(behandlung) in der Krise. Erster Kurzbericht. *Gesundheit Österreich, Wien*
- Strizek, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schwarz, T.; Uhl, A. (2021): Repräsentativerhebung zu Konsum- und Verhaltensweisen mit Suchtpotenzial. *Gesundheit Österreich, Wien*

- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., Felder-Puig, R. (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- Uhl, A.; Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien
- Uhl, A.; Springer, A.; Kobrna, U.; Gnambs, T.; Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Grimm, G.; Kobrna, U.; Springer, A.; Lantschik, E. (2005b). ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- WHO (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. World Health Organization, Geneva
- Zandonella, M. (2021). Follow-up zur psychosozialen Situation der WienerInnen während der Pandemie. SORA. Wien

3.7.2 Anhang

Tabelle A3.1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich 2005–2022

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

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. 2020)	Oberösterreich 2018/2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15-59 Jahre (n = 1.442)	Cannabis	15-59	31,2
			„Ecstasy“	15-59	5,1
			Heroin	15-59	2,1
			Methamphetamin	15-59	2,2
			Amphetamin	15-59	4,9
			Kokain	15-59	5,1
			LSD	15-59	4,3
			Kräuter- mischungen	15-59	4,0
Badesalz	15-59	2,3			
Wiener Suchtmittelmonitoring (IFES 2019)	Wien 2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	28
			„Ecstasy“	15+	6
			Amphetamin	15+	7
			Kokain	15+	6
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid „Ecstasy“	15+	3
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	1
			andere illegale Drogen	15+	2
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich 2020 (Strizek et al. 2021)	Österreich 2020 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 5.963)	Cannabis	15+	18,7
			„Ecstasy“	15+	3,9
			Methamphetamin	15+	2,0
			Amphetamin	15+	4,1
			Kokain	15+	5,2
			Heroin	15+	1,8
			LSD	15+	3,5
			biogene Drogen	15+	4,5
			Schnüffelstoffe	15+	5,0
			NPS	15+	1,4
Flash Eurobarometer 493 Impact of drugs on communities (Ipsos European Public Affairs 2022)	Österreich 2021 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.002)	Cannabis	15+	29
Wiener Suchtmittelmoni- toring (IFES 2022)	Wien 2021 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 800)	Cannabis	15+	27
			„Ecstasy“	15+	6
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	6
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	9
			Liquid „Ecstasy“	15+	4
			Mephedron	15+	2
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	2
			LSD	15+	4
			Schnüffelstoffe	15+	2
			andere illegale Drogen	15+	2

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher 2005 bis 2022

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 590)	Cannabis	15-24	26,2
			„Ecstasy“	15-24	4,7
			Heroin	15-24	2,1
			Morphium	15-24	1,7
			Amphetamin	15-24	5,1
			Kokain	15-24	2,6
			LSD	15-24	2,1
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	15-24	8,9 1,3
Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis	14-17	7
			„Ecstasy“	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			„Speed“	14-17	1
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	14-17	1 1
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15 17	14 27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommis- sion 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1
Flash Eurobarometer Young People and Drugs (Europäische Kommis- sion 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis NPS	15-24 15-24	38 7
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 1.712 bzw. 1.184)		15 17	10 25
Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 463)	Cannabis	15-24	34,8
			„Ecstasy“	15-24	4,7
			Heroin	15-24	1,9
			Methamphetamin	15-24	1,4
			Amphetamin	15-24	4,3
			Kokain	15-24	4,7
			LSD	15-24	2,8
			Kräutermischungen	15-24	4,8
			Badesalz	15-24	1,4
			biogene Drogen	15-24	3,8
ESPAD Österreich 2015 Strizek et al. (2016b)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Schüler:innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 6.560)	Cannabis	15-16	19,9
			„Ecstasy“	15-16	2,0
			Kokain	15-16	1,8
			Crack	15-16	0,6
			Heroin	15-16	0,6
			Amphetamin	15-16	2,7
			GHB	15-16	1,4
			LSD	15-16	1,6
			Schnüffelstoffe	15-16	9,7
			Magic Mushrooms	15-16	2,0
			Methamphetamin	15-16	0,8
HBSC-Studie (Felder-Puig et al. 2019, Teutsch et al. 2019)	Österreich 2018 (Lebenszeit)	15- und 17-jährige Schüler:innen (n = 1.935 bzw. 1.570)	Cannabis	15 17	13 27

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

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.3:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
2016	14	907	58	76	5	13	15	21	114	705
2017	19	847	93	146	16	28	19	28	118	747
2018	11	806	69	139	11	37	18	32	129	659
2019	16	799	49	128	11	50	21	30	128	603
2020	11	650	31	77	10	42	14	22	120	563

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Tabelle A3.4:

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

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
2016	140	1.717	1.481	715	307	145	238	105	628	1.706
2017	136	1.601	1.588	831	289	167	242	99	671	1.643
2018	149	1.561	1.493	819	326	157	220	103	717	1.538
2019	143	1.644	1.408	780	371	173	230	96	796	1.552
2020	163	1.543	1.409	750	358	235	242	115	788	1.574

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	91
4.1	Zusammenfassung.....	91
4.2	Aktuelle Situation.....	93
4.2.1	Strategien und Organisation	93
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	98
4.2.3	Qualitätssicherung	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	119
4.6	Bibliografie	119
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	122
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	122
4.9	Anhang.....	123

4 Suchtprävention

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Ziele und Leitsätze für die Ausrichtung der Suchtprävention finden sich in allen Strategien für Sucht- bzw. Drogenpolitik und betonen die Bedeutung eines umfassenden sowie zielgruppenspezifischen Ansatzes. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu stärken. Das inkludiert auch explizit strukturelle Maßnahmen im Sinne von Verhältnisprävention. Damit soll der Konsum legaler⁵² und illegaler Substanzen verhindert bzw. verzögert, aber auch – v. a. bei Jugendlichen – die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten gefördert werden. In diesem Sinne ist Suchtprävention auch im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert, bzw. wird sie als Teil umfassenderer Maßnahmen der Gesundheitsförderung⁵³ verstanden und umgesetzt.

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

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

52

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

53

Unter Gesundheitsförderung wird entsprechend der Ottawa-Charta der WHO ein Prozess verstanden, der darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit (verstanden als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden) zu befähigen.

https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf (Zugriff am 1. 7. 2022)

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

Trends

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

Neue Entwicklungen

Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* initiierte zwei neue Maßnahmen zur österreichweiten Umsetzung: das Lebenskompetenzprogramm *Wetterfest* für Schüler:innen ab der 9. Schulstufe (universelle Prävention) sowie eine Fortbildung unter dem Namen *Switch*, die Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung mit Techniken des Motivational Interviewing in Bezug auf problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum vertraut macht (indizierte Prävention). Erwähnenswert ist auch die steigende Bedeutung von Nikotinbeutel, die von geltenden gesetzlichen Regelungen noch nicht ausreichend erfasst sind. Mit Blick auf die COVID-19-Pandemie kann eine zunehmende Routinisierung und Professionalisierung v. a. in Bezug auf digitale Angebote beobachtet werden. Pandemiebedingte „Übergangslösungen“, die sich bewährt haben, werden ins Standardangebot übernommen, trotzdem bleiben viele Herausforderungen bestehen. Der Krieg in der Ukraine zeigt erste Auswirkungen in der Ostregion (Burgenland, Niederösterreich, Wien), wo zunehmend ukrainische Geflüchtete Bildungseinrichtungen besuchen. Die Fachstellen reagieren auf die veränderte Situation im Rahmen ihrer regulären Aktivitäten und mit zusätzlichen Informationsangeboten.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

Zielsetzungen und Prioritäten

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer sowie in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*⁵⁴ (vgl. Kapitel 1, Tabelle 1.1) finden sich Ziele oder Leitsätze für die Suchtprävention. Darin wird zumeist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprävention mitberücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die in der Praxis darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen insbesondere von Kindern und Jugendlichen zu fördern. Alle Sucht-/Drogenstrategien betonen die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprävention. Die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer haben jeweils spezielle Schwerpunktsetzungen, die sich bspw. auf bestimmte Zielgruppen (z. B. riskant konsumierende Jugendliche, Schwangere, ältere Menschen), Substanzen/Suchtformen (z. B. psychoaktive Medikamente, Glücksspiel) oder strukturelle Bedingungen (z. B. Professionalisierung der Fachkräfte, Qualitätssicherung an den Schnittstellen) beziehen. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden sollten (BMG 2015).

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112, vgl. Kapitel 2; siehe auch den dazu erstellten Handlungsleitfaden, BMBWF 2018) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. *Gesundheitsziele Österreich*, *Gesundheitsförderungsstrategie*; vgl. Kapitel 1). Hier ist vor allem der *Grundsatzterlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesund-

54

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff am 1. 7. 2022)

heitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008)⁵⁵. Auch die *Grundsätze schulischer Suchtprävention*⁵⁶ sind von Relevanz.

Schließlich sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* (siehe nächsten Abschnitt) zu nennen. Diese leisten einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen. Im Berichtszeitraum wurden die bereits bestehenden Positionspapiere zu *Alkohol* und *Glücksspiel/Sportwetten* um zwei weitere Papiere zu den Themen *Tabak/Nikotin* und *Cannabis (Freizeitgebrauch)* erweitert⁵⁷. Daneben gibt die *ARGE Suchtvorbeugung* gelegentliche Stellungnahmen ab (vgl. Abschnitt 4.3).

Wesentliche Akteurinnen und Akteure

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle spielen:

- » Burgenland: Soziale Dienste Burgenland GmbH, Fachstelle für Prävention und Koordination von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen | Fachbereich Suchtprävention Burgenland
- » Kärnten: Amt der Kärntner Landesregierung; Abteilung 5 – Gesundheit und Pflege, Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination
- » Niederösterreich: Fachstelle für Suchtprävention NÖ
- » Oberösterreich: Institut Suchtprävention der pro mente OÖ
- » Salzburg: akzente – Fachstelle für Suchtprävention
- » Steiermark: VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
- » Tirol: kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz
- » Vorarlberg: SUPRO – Gesundheitsförderung und Prävention, Stiftung Maria Ebene
- » Wien: Institut für Suchtprävention (ISP) der Sucht- und Drogenkoordination Wien

Die Fachstellen sind unterschiedlich organisiert: als gemeinnützige GmbH (Burgenland, Steiermark, Wien), als (gemeinnütziger) Verein (Niederösterreich, Oberösterreich, Salzburg, Tirol), als Teil des Amtes der Landesregierung (Kärnten) oder als Stiftung (Vorarlberg). Die Angebote der

55

https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user_upload/gesundheitsfoerderung.pdf (Zugriff am 1. 7. 2022)

56

<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/suchtpraevention> (Zugriff am 1. 7. 2022)

57

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 1. 7. 2022)

Fachstellen decken häufig substanz- und settingübergreifende Ansätze in den Bereichen universelle⁵⁸ und selektive⁵⁹ Prävention ab. Hier spielt die Schulung bzw. der Einsatz von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren (z. B. aus dem pädagogischen Bereich, dem kommunalen Bereich und dem betrieblichen Umfeld) eine große Rolle, um die Reichweite und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen zu sichern. Maßnahmen zur indizierten Prävention⁶⁰ werden ebenfalls von den Fachstellen konzipiert, ihre Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend in Kooperation mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von anderen Einrichtungen (z. B. der Sucht- bzw. Drogenberatungsstellen). Zunehmend werden auch digitale Angebote eingesetzt. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung suchtpreventiver Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute aus dem Gesundheits- und Sozialbereich.

Für Wissenstransfer, Interessenvertretung sowie zur Umsetzung gemeinsamer Projekte haben sich die Fachstellen zur *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zusammengeschlossen⁶¹. In diesem Rahmen entwickeln und koordinieren die Fachstellen österreichweite Maßnahmen (vgl. Abschnitt 4.2.2), des Weiteren erarbeiten sie gemeinsam fachliche Positionen zu Themen der Prävention sowie Stellungnahmen zu aktuellen politischen Vorhaben (z. B. zu Gesetzesentwürfen)⁶². Zusätzlich werden Veranstaltungen zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte organisiert (vgl. Abschnitt 4.2.3). Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* vertritt die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. im Bundesdrogenforum, vgl. Kapitel 1). In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Des Weiteren ist die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Die ARGE-Mitglieder nehmen jährlich am *Internationalen Forum Suchtprävention* teil, alle drei Jahre veranstaltet die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* dieses Forum in Österreich.

58

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

59

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

60

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

61

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

62

zu finden unter <https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 4. 7. 2022)

Zusätzlich sind je nach Bundesland unterschiedliche weitere Akteurinnen und Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert, die teilweise eng mit den Fachstellen kooperieren bzw. einheitliches Material verwenden. Dies sind etwa die Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Personen ist. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamtinnen/-beamte der Polizei im Einsatz; diese sind spezifisch ausgebildet (interne Basisausbildung der Polizei, zum Teil ergänzend Weiterbildungen durch die Fachstellen für Suchtprävention). Im Bereich der Kriminalprävention bietet die Polizei österreichweit das Programm *Look@your.Life*⁶³ an. Weiters spielen Schulärztinnen/-ärzte und Schulpsychologinnen/-psychologen in der Suchtprävention eine wichtige Rolle. In manchen Bundesländern (z. B. Oberösterreich⁶⁴) werden Koordinatorinnen und Koordinatoren für schulische Suchtprävention eingesetzt, die von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen. In Salzburg ist in der Bildungsdirektion eine eigene Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit (KIS) eingerichtet, die sich mit Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention beschäftigt. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter:innen spielen eine Rolle: So ist z. B. *Styria vitalis* Trägerin der internetbasierten Präventionsmaßnahme *feel-ok.at* (vgl. Abschnitt 4.2.2). Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, ehemalige Konsumentinnen und Konsumenten) aktiv, die Schulen direkt ansprechen und Workshops anbieten, wobei diese hinsichtlich der Qualitätssicherung jeweils im Einzelfall hinterfragt werden sollten.

Regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteurinnen und Akteuren sowie Institutionen sind z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*⁶⁵, das lokale *Forum Suchtprävention* in Wien oder regionale Arbeitskreise. In Niederösterreich bietet der *Jugend Jour Fixe* eine Möglichkeit für Vernetzung und Austausch aller Jugendberatungen, der Jugendsuchtberatung und der mobilen Jugendarbeit zu suchtspezifischen Themen. In Oberösterreich koordiniert die Fachstelle das Netzwerk *Flow Akut Steyr*, bei dem sich wichtige Stakeholder:innen (z. B. Sozialeinrichtungen, Polizei, Kinder- und Jugendhilfe) vierteljährlich zum Informationsaustausch und zur Planung suchtpreventiver Angebote treffen. Bei der Entwicklung des Präventionsangebots (z. B. Bedarf, Ziele, Inhalte von Maßnahmen oder Strategien) binden die Fachstellen Gemeinden bzw. Bezirke ebenfalls ein, jedoch gibt es dabei regionale Unterschiede. In manchen Bundesländern findet dies über regelmäßige Vernetzungstreffen statt. In Wien z. B. finden mehrmals pro Jahr Vernetzungstreffen mit den Bezirksrätinnen und Bezirksräten für Sucht- und Drogenfragen statt, bei denen geplante Maßnahmen besprochen und bestehende Bedarfe abgeklärt werden. In anderen Bundesländern werden lokale Akteurinnen und Akteure vor allem maßnahmenbezogen eingebunden, z. B. bei kommunalen/regionalen Initiativen oder wenn

63

<https://www.bundeskriminalamt.at/205/start.aspx#a3> (Zugriff am 4. 7. 2022)

64

<https://www.praevention.at/schule/bildungsangebote-fuer-lehrkraefte/lehrgang-koordinatorin-fuer-suchtpraevention> (Zugriff am 4. 7. 2022)

65

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/veranstaltungen-themen/> (Zugriff am 4. 7. 2022)

Kooperationen für die Durchführung von Maßnahmen erforderlich sind (bspw. in Kindergärten). In die Planung der Präventionsarbeit fließen im Sinne einer Bedarfsanalyse vor allem Einschätzungen verschiedener Stakeholder:innen und Schlüsselpersonen (auch Zielgruppen, Präventionsarbeiter:innen) und lokale Daten (z. B. Drogenmonitoring Oberösterreich) ein.

Präventive Maßnahmen vor allem im Bereich legaler Substanzen (Alkohol, Tabak⁶⁶) werden zum Teil vom Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse und dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) getragen und mitfinanziert. Auf Bundesebene spielt für das Setting Schule hinsichtlich Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung insbesondere das Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung (BMBWF) eine Rolle.

Finanzierung

In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll. In der Praxis werden vorrangig Budgets der Bundesländer aus dem Bereich Gesundheit (z. B. jene der Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen, um z. B. die Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention zu finanzieren⁶⁷. Bei den Gesundheitsförderungsfonds in den Bundesländern und bei den Budgets der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) gibt es thematisch und finanziell unterschiedliche Schwerpunktsetzungen. Auf Bundesebene fördert der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) im Rahmen einer Kofinanzierung vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer. Maßnahmen in Schulen und Kindergärten werden in der Regel für diese kostenfrei angeboten. Programme wie *plus* oder *Gemeinsam stark werden* (vgl. Abschnitt 4.2.2) werden größtenteils von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert – in einigen Bundesländern finanziert die ÖGK mit. Auch die pädagogischen Hochschulen (PH) sind in den Bundesländern wichtige Kooperationspartnerinnen und übernehmen teilweise auch Kosten. Das BMBWF finanziert die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Das Jugendcoaching wird vom BMSGPK sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Wirtschaft (BMAW) finanziert und in Kooperation mit dem BMBWF umgesetzt; die Beauftragung der Träger-einrichtungen, die das Jugendcoaching umsetzen, erfolgt über das Sozialministeriumservice (Fraundorfer, p. M.; Schmöckel, p. M.). Schulsozialarbeit wird meist von der Kinder- und Jugendhilfe der Bundesländer bzw. seitens von diesen beauftragter und größtenteils finanzierter privater Einrichtungen angeboten, das BMBWF engagiert sich in dieser Thematik seit einigen Jahren im Sinne der Gesamtkoordination schulischer Unterstützungssysteme (Aksakalli, p. M.). In betrieblichen Settings tragen die Betriebe als Auftraggeber im Regelfall die Kosten für die Umsetzung suchtpreventiver Maßnahmen weitgehend selbst.

66

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

67

In Salzburg stellt beispielsweise das Salzburger Teilhabegesetz (ehemals Salzburger Behindertengesetz) die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* sieht weiters vor, dass Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel in die Suchtprävention fließen sollen. In der Praxis besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind aber gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zu verwenden. Ein Promille aller Glücksspielumsätze ist für die Stabsstelle für die Belange des Schutzes von Spielerinnen und Spielern gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl 1989/620). Aus diesen Quellen werden jedoch auch andere Aktivitäten (z. B. wissenschaftliche Forschung, Tagungen) finanziert, sodass nur ein geringer Anteil für konkrete Maßnahmen der Suchtprävention eingesetzt wird. Die Zweckwidmung von Steuergeldern für Prävention ist daher immer wieder eine Forderung von Präventionsfachleuten und ist z. B. auch in den Positionspapieren zu Alkohol, Tabak/Nikotin und Glücksspiel/Sportwetten der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu finden⁶⁸.

Erhebungen von Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention werden in unregelmäßigen Abständen durchgeführt. Eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es jedoch nicht (vgl. Kapitel 1). Die Finanzierung von Maßnahmen ist meist mit Qualitätsanforderungen verbunden, die üblicherweise von den Ländern vorgegeben werden.

4.2.2 Präventionsmaßnahmen

Dieser Abschnitt bietet eine Übersicht über die Präventionsmaßnahmen in Österreich. Die Darstellung folgt der Klassifizierung der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD, engl. EMCDDA). Aus der Fülle von Aktivitäten können in diesem Bericht jedoch nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Diese wurden in Zusammenarbeit mit den Fachstellen für Suchtprävention ausgesucht, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Die Beschreibung der Aktivitäten konzentriert sich auf Ansätze, Zielgruppen und Settings. Weitere Details wie z. B. Fördergeber:innen und Kooperationspartner:innen sind auf den Websites oder in anderen Informationsmaterialien der jeweiligen Fachstelle zu finden.

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das Umfeld Jugendlicher bzw. junger Erwachsener hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass sie psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren. Es wird daher mit vielfältigen Maßnahmen versucht, dieses Umfeld so zu gestalten, dass es schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, den Wahrscheinlichkeitsgrad eines Konsums psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als „strukturelle Prävention“ oder „Verhältnisprävention“ bezeichnet. Sie reichen vom Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen

68

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 4. 7. 2022)

des Jugendschutzes und der Gesundheitsförderung bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, welche die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher bzw. junger Erwachsener und indirekt auch deren Gesundheit wesentlich beeinflussen.

Strategieprozesse zur strukturellen Prävention zeigen sich in den Bemühungen, das jeweilige Umfeld gesundheitsfördernd zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu fördern. Sie sind in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015), in den *Gesundheitszielen Österreich* (BMGF 2017a), der *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMGF 2016) und der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMGF 2017b) verankert, aber auch in entsprechenden Strategien der Bundesländer. Eine Tabak- und Nikotinstrategie befindet sich ebenfalls in Erarbeitung (vgl. Kapitel 1). Im Jahr 2021 startete das BMSGPK mittels Foresight-Methodik den strategischen Zukunftsprozess „Gesundheitsförderung wird System“, um die Gesundheitsförderung in Österreich zu stärken und in den unterschiedlichen Gesellschaftsbereichen zu verankern. Dabei werden auch die Allgemeinbevölkerung bzw. Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen bei der Formulierung mittel- und langfristiger Zielsetzungen sowie der Planung gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Zukunft, z. B. in Form von Empfehlungspapieren⁶⁹, einbezogen. Akteurinnen und Akteure der Suchtprävention wie z. B. die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* beteiligen sich ebenfalls an diesem Prozess. Weitere Synergien sind auch bei den vom BMSGPK initiierten Maßnahmen zur Unterstützung von Kindern und Jugendlichen (psychische Gesundheit) zu erwarten. Zusätzlich tragen die Vernetzungsaktivitäten der Fachstellen in den Bundesländern (vgl. Abschnitt 4.2.1) zur strukturellen Prävention bei.

Hinsichtlich **gesetzlicher Maßnahmen** sei auf die aktuellen Landes- und Bundesgesetze mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol, Tabak- und verwandte Erzeugnisse sowie Wasserpfeifen u. Ä. verwiesen (siehe auch Horvath et al. 2020 und Uhl et al. 2020). Bezüglich Tabak- und verwandter Erzeugnisse sowie Wasserpfeifen steht die Veränderung sozialer Normen im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des Nichtrauchens und die Sensibilisierung Erwachsener hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. Eine aktuelle Herausforderung stellen Nikotinbeutel dar, weil diese von den geltenden Gesetzen (noch) nicht ausreichend erfasst sind, in den Fachstellen für Suchtprävention werden sie jedoch bereits thematisiert (vgl. Abschnitt 4.4). In Bezug auf Alkohol sind auch allgemeine gesetzliche Regelungen (z. B. Gewerbeordnung, Straßenverkehrsordnung, ORF-Gesetz) von Bedeutung, die strukturelle Maßnahmen wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung oder Konsumverbote beinhalten. Diese werden jedoch zumeist nicht explizit als strukturelle Suchtprävention wahrgenommen bzw. von Fachleuten der Suchtprävention als zu wenig weitreichend beurteilt (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2016).

Kommunale Suchtprävention gewährleistet den strukturellen Rahmen für Maßnahmen mit dem Ziel, Menschen eine Umgebung zu bieten, die das suchtfreie Aufwachsen und Leben bestmöglich unterstützt. Die Umsetzung kommunaler Suchtprävention erfordert die durchgehende Initiative und Betreuung durch die Verantwortungsträger:innen einer Gemeinde. In Niederösterreich setzt

69

<https://beteiligung.agendagesundheitsfoerderung.at/projects/61c04b55-efc4-471d-9843-41d53486a3c6/view/answers>
(Zugriff am 4. 7. 2022)

die Fachstelle für Suchtprävention beispielhaft einen Schwerpunkt zur kommunalen Suchtprävention⁷⁰ und unterstützt Gemeinden über einen Zeitraum von jeweils mindestens 2,5 Jahren beim Aufbau bzw. bei der Verbesserung suchtpreventiver Strukturen unter Einbindung der Bevölkerung. In Salzburg richtet sich die Maßnahme *Neue Festkultur: Gütesiegel für gelungene jugend(schutz)-freundliche Feste*⁷¹ an Festveranstalter:innen. Feste, welche die Qualitätskriterien (z. B. mindestens drei attraktive alkoholfreie Getränke, keine Lockangebote für preiswerten Alkohol) erfüllen, werden mit einem Gütesiegel ausgezeichnet. Die Fachstelle bietet bei der Vorbereitung der Feste Coachings zur Umsetzung der Kriterien an.

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

Strukturelle Prävention im **betrieblichen Setting** findet meist im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung statt. Neben der Schaffung struktureller Veränderungen werden häufig Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, die betriebsspezifische abgestufte Vorgangsweisen im Umgang mit Suchtverhalten definieren. Diese sind häufig unspezifisch formuliert, konkrete Maßnahmen beziehen sich jedoch schwerpunktmäßig auf Alkohol⁷² und Tabak⁷³. Im Unterschied zu anderen Settings sind überwiegend Erwachsene die Zielgruppe der betrieblichen Suchtprävention; einzelne Programme fokussieren auf Lehrlinge. Manche Fachstellen für Suchtprävention unterstützen Betriebe mit entsprechenden Maßnahmenpaketen und helfen bspw. bei der Erarbeitung von Präventionskonzepten, Strategien und Richtlinien zum Umgang mit Substanzgebrauch und Sucht am Arbeitsplatz⁷⁴.

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen fokussiert auf die Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik

70

<https://www.fachstelle.at/portfolio/kommunale-suchtpraevention> (Zugriff am 4. 7. 2022)

71

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/praevention-in-der-gemeinde/neue-festkultur> (Zugriff am 4. 7. 2022)

72

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.813739&portal=bgfportal> (Zugriff am 4. 7. 2022)

73

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.857598&portal=bgfportal> (Zugriff am 4. 7. 2022)

74

siehe z. B. für Tirol: <https://www.kontaktco.at/fachbereiche/pib>; für Niederösterreich: <https://www.fachstelle.at/portfolio/suchtvorbeugung-in-betrieben> (Zugriff jeweils am 4. 7. 2022)

sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Entsprechend dem substanzübergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte (z. B. Glücksspielsucht, vgl. Abschnitt 4.3). Je nach Zielgruppe sind in allgemeine suchtpreventive Maßnahmen auch substanzspezifische Elemente integriert.

In der universellen Suchtprevention gibt es drei **österreichweite**⁷⁵ **Standardprogramme** für unterschiedliche Schulstufen, die nachfolgend beschrieben sind. Die Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprevention entwickelt und zielen auf die Förderung der Lebenskompetenzen ab.

Das Lebenskompetenzprogramm *Gemeinsam stark werden*⁷⁶ wird in Volksschulen (Sechs- bis Zehnjährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt⁷⁷. Es baut auf neuen Impulsen aus Resilienzforschung, Entwicklungspsychologie sowie existenzieller Pädagogik auf. Mittels interaktiver Lernmethoden und Miteinbeziehens des Gruppenprozesses sollen personale und soziale Kompetenzen der Schüler:innen gestärkt werden (z. B. Selbstfürsorge, Umgang mit Stress und herausfordernden Emotionen, Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit, Problemlösefähigkeit, Fähigkeit zur sinnvollen Lebensgestaltung). Das Programm umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer:innen im Ausmaß von 24 UE und stellt für den Unterricht 46 Lehreinheiten zur Verfügung. Es wurde von der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* mit der Weitblick GmbH⁷⁸ entwickelt und wird in Kooperation mit dieser umgesetzt.

Das Lebenskompetenzprogramm *plus*⁷⁹ wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (NMS/MS, AHS) eingesetzt. Seine Umsetzung auf Klassenebene erfolgt in vier altersgerechten Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche zu zwei UE

75

„Österreichweit“ bedeutet in diesem Kontext, dass die Fachstellen für Suchtprevention die Maßnahmen gemeinsam planen und die Programme in jedem Bundesland Österreichs angeboten werden (oder ein solches Angebot in Vorbereitung ist). In der Praxis wird nur ein kleiner Teil der Schulen bzw. Schüler:innen erreicht. So nehmen z. B. weniger als zehn Prozent der Volksschulen an *Gemeinsam stark werden* (OÖ: *zusammen.wachsen*) teil, was u. a. in den begrenzten Ressourcen für die Umsetzung begründet ist. Tabelle A4.1 (Anhang) zeigt die Zahl der erreichten Schulen bzw. Schüler:innen.

76

<https://www.gemeinsam-stark-werden.org/> (Zugriff am 4. 7. 2022) –

77

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

78

<https://mitweitblick.org> (Zugriff am 4. 7. 2022)

79

<https://www.suchtvorbeugung.net/plus> (Zugriff am 4. 7. 2022)

(insgesamt zehn UE pro Schuljahr) umfassen und auf den wachsenden Kompetenzen der Schüler:innen aufbauen. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer:innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt sechs Seminartagen. In manchen Bundesländern werden Zusatzmodule angeboten (vgl. Abschnitt 4.4).

Das Lebenskompetenzprogramm *Wetterfest* wurde im Berichtszeitraum neu eingeführt und ergänzt die bestehenden Programme, indem es sich an Schüler:innen ab der neunten Schulstufe (14-Jährige oder älter) richtet. Es soll u. a. die Persönlichkeitsentwicklung der Schüler:innen, ein positives Klassenklima und die Beziehung zwischen Lehrerinnen/Lehrern und Schülerinnen/Schülern stärken. Das Programm wird in einzelnen Bundesländern bereits umgesetzt, die österreichweite Umsetzung wird derzeit vorbereitet (für Details siehe Abschnitt 4.4).

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

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

Tabelle 4.1:
Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanzbezug		Setting							
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	außerschulisch*	Arbeitswelt**
österreichweite Maßnahmen																		
<i>Gemeinsam stark werden</i>	Ö		x			x			x		x				x	x		
<i>plus</i>	Ö		x			x			x						x	x		
regionale Maßnahmen im Bereich Kindergarten/Schule (Beispiele)																		
themenspezifische Workshops und Videos	B		x			x			x		x				x		x	x
Fortbildungsreihe „Verwurzelt – Kinder fürs Leben stärken“	B					x			x		x				x	x		
<i>Suchtprävention, abgestimmt auf Ihre Schule!</i>	NÖ		x			x			x		x				x			
<i>Peer Education</i>	OÖ					x			x		x				x			
Fortbildungsreihe „Suchtprävention im Kindesalter“	St					x			x		x				x			
<i>Spielen einmal anders – der spielzeugfreie Kindergarten</i>	St					x			x		x				x			
Projektbegleitung für Volksschulen zu Medienkompetenz	St		x			x			x		x				x			
<i>it's up2U – schulische Suchtinformation</i>	T					x					x				x			
<i>klartext:unterstufe/ klartext:oberstufe</i>	V					x			x		x				x		x	x
<i>Lebenskompetenzen stärken</i>	W					x			x		x				x		x	
<i>BASTA – Entstigmatisierung von psychischen Erkrankungen</i>	W					x			x		x				x			
regionale Maßnahmen im Bereich Elternbildung (Beispiele)																		
Elternveranstaltungen online	K		x			x					x						x	
<i>Wie schütze ich mein Kind vor Sucht?</i>	NÖ		x			x					x			x	x			
<i>Starke Eltern von Anfang an</i>	OÖ		x								x					x		
<i>Eltern-Kurz-Information (EKI)</i>	S		x									x			x			
regionale Maßnahmen im Bereich Arbeitswelt (Beispiel)																		
Suchtvorbeugung in Betrieben	NÖ		x			x			x		x							x

* z. B. Jugend- und Sozialarbeit

** z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, Arbeitsmarktservice (AMS)

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

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

Es gibt im Rahmen der selektiven Suchtprävention kein österreichweites Standardprogramm, jedoch eine Reihe regionaler Maßnahmen. Eine Auswahl von Angeboten im Bereich der selektiven Suchtprävention findet sich in Tabelle 4.2. Eine große Rolle spielen dabei Maßnahmen in **arbeitsmarktpolitischen Settings**. Diese richten sich insbesondere an Jugendliche und junge Erwachsene in Betrieben (z. B. Lehrlinge) bzw. in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten (z. B. Berufsorientierungsmaßnahmen des Arbeitsmarktservice [AMS]) sowie an Trainer:innen und Berater:innen in diesen Settings. Die inhaltlichen Schwerpunkte variieren zwischen den Bundesländern. Grundsätzlich werden die jugendlichen Zielgruppen dabei unterstützt, sich selbst besser wahrzunehmen und ihren persönlichen Suchtmittelkonsum zu reflektieren, während Trainer:innen und Berater:innen zu suchbezogenen Themen geschult werden. Ein weiteres Setting für die selektive Prävention ist die **außerschulische Jugend(sozial)arbeit bzw. Kinder- und Jugendhilfe**. Tabelle 4.2 führt z. B. die steirische Seminarreihe *PRÄKOM* an, welche die Handlungskompetenz von Fachkräften in diesen Settings in Hinblick auf das Thema Sucht/Drogen erhöhen soll.

Im Freizeitbereich liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die **Club- und Partyszene**. In Österreich gibt es zwei Drug-Checking-Maßnahmen⁸⁰. Das Angebot *checkit!* der Suchthilfe Wien bietet im Raum Wien integriertes Drug-Checking (Analyse von Substanzen, verknüpft mit Beratung) an und ist ein wissenschaftliches Kooperationsprojekt mit der Medizinischen Universität Wien. Das Projekt dient zudem der Kontaktaufnahme mit Jugendlichen, so fanden im Jahr 2021 rund 3.000 Informations- bzw. Beratungskontakte statt⁸¹. Eine ähnliche Maßnahme wird in Tirol in Form von *Drogenarbeit Z6* angeboten (vgl. die Kapitel 3, 6 und 7). Andere Angebote beraten Eventbesucher:innen und Veranstalter:innen (z. B. *taktisch*

80

Ein weiteres Drug-Checking-Angebot in Graz ist derzeit in Vorbereitung.

81

Die Informations- bzw. Beratungskontakte von *checkit!* im Jahr 2021 verteilten sich auf verschiedene Settings; und zwar wie folgt: 265 bei Events; 536 persönlich in der „homebase“; 1.090 telefonisch; 1.094 online. Den insgesamt rund 3.000 Informations- und Beratungskontakten standen 1.336 Substanzanalysen gegenüber (SHW 2022). Siehe auch <http://www.checky-ourdrugs.at/drug-checking-2> (Zugriff am 4. 7. 2022)

*klug*⁸² in Vorarlberg und *Checkpoint*⁸³ in Niederösterreich). Websites wie www.mindyourtrip.eu und www.knowyourdrugs.at bieten Informationen zu Konsum, Safer Use und Substanzen an.

Tabelle 4.2:
Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanzbezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatoren/Multiplikatorinnen	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	auferschulisch*
regionale Maßnahmen mit Fokus auf Kinder/Jugendliche (Beispiele)																	
Lehrgang „Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung“	St					x			x		x	x					
Workshop zum Thema „Cannabiskonsum Jugendlicher“	S					x			x		x	x					x
Seminarreihe „PRÄKOM – Präventionskompetenz in Jugendarbeit und Jugendhilfe“	St					x			x		x						x
Workshop „Rausch und Risiko“	K					x					x			x			x
Berufsorientierungsmaßnahmen	B					x					x	x					x
<i>ready4life – Coaching-Programm für Lehrlinge</i>	OÖ					x					x						x
<i>Choice – Training zur Anregung der Selbstwahrnehmung und Regulationsfähigkeit von Gefühlen</i>	St					x			x		x						x
<i>Drive clean</i> (an Fahrschulen)	OÖ	x									x						x
regionale Maßnahmen für weitere Zielgruppen (Beispiele)																	
<i>pib – Prävention in Betrieben</i>	T		x								x						x
<i>SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext</i>	W		x						x		x						x
<i>Checkpoint</i> (mobiles Jugendservice in Lokalen und auf Veranstaltungen)	NÖ					x					x						x
* z. B. Jugend- und Sozialarbeit																	
** z. B. Betrieb, Lehrlingswesen, Berufsschule, AMS																	

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

82
<https://www.taktischklug.at> (Zugriff am 4. 7. 2022)

83
<https://www.fachstelle.at/portfolio/checkpoint> (Zugriff am 4. 7. 2022)

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Maßnahmen wenden sich an Individuen, bei denen zwar ein Risikoverhalten bzw. damit zusammenhängende Verhaltensauffälligkeiten feststellbar sind, aber noch keine Abhängigkeitsmerkmale. Ziele sind hier beispielsweise eine Konsumreduktion oder die Vorbeugung gegen eine Abhängigkeit. Einen wichtigen Bestandteil der indizierten Suchtprävention in Österreich bilden Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention. Dabei lernen Fachkräfte, die in relevanten Settings arbeiten (wie etwa in der Schule, außerschulischen Jugendarbeit, in Betrieben oder im AMS), wie sie beispielweise mit Verdachts- und Anlassfällen bzw. Krisensituationen in ihrer Einrichtung umgehen und die betroffenen Personen weitervermitteln können. Indizierte Angebote sind mitunter Teil umfassenderer Maßnahmen, die auch universelle oder selektive Angebote beinhalten⁸⁴. Es gibt mehrere Angebote indizierter Suchtprävention, die österreichweit von Bedeutung sind. Beispiele zusätzlicher regionaler Maßnahmen sind in Tabelle 4.3 zu finden.

In fast allen Bundesländern⁸⁵ bieten die Fachstellen seit vielen Jahren unter der Bezeichnung *movin'* – *Motivierende Gesprächsführung in der Suchtprävention* standardisierte Seminare zur Methode der **motivierenden Gesprächsführung**⁸⁶ an. Die Zielgruppe bilden Personen aus verschiedensten Bereichen⁸⁷, die mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen arbeiten. Im Vordergrund steht die Kommunikation mit Klientinnen und Klienten mit ambivalenten Einstellungen zu ihrem Substanzgebrauch bzw. Suchtverhalten. Die Methode ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Seminare dauern durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und Strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (OÖ, S) oder 2009 (V). Tabelle A4.1 im Anhang zeigt Kennwerte bezüglich der Umsetzung in den letzten vier Jahren.

Eine Fortbildung, die ärztliche Kurzinterventionen in der hausärztlichen Praxis sowie bei Vorsorgeuntersuchungen in Bezug auf problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum ermöglichen soll, befindet sich unter der Bezeichnung *switch* (vgl. Abschnitt 4.4) derzeit im Aufbau.

84

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

85

Im Burgenland wurde *movin'* seitens der Fachstelle noch nicht angeboten; es werden jedoch Personen ausgebildet, um diese Maßnahme in Zukunft auch im Burgenland anbieten zu können (Magerl-Riegler, p. M.).

86

mehr Informationen unter <http://www.motivationalinterviewing.org> (Zugriff am 4. 7. 2022)

87

Im Berichtszeitraum waren z. B. Personen aus den folgenden Bereichen vertreten: Drogen-/Suchtberatung und -therapie, Suchtprävention, Suchthilfe, mobile Jugendarbeit, Jugendcoaching, Jugendberatung, Offene Jugendarbeit, Kinder- und Jugendhilfe, Streetwork, pädagogische Jugendwohneinrichtungen, Sozialpsychiatrie, Beschäftigungsprojekte, Arbeitsassistenz, Wohnungslosenhilfe, Familienhilfe, Sozialarbeit, Psychiatrie, Psychologie, Ärztinnen und Ärzte, Sozialpädagogik, Pädagogik, Gesundheitspflege, Physiotherapie (Weißensteiner, p. M.).

Darüber hinaus gibt es österreichweit Maßnahmen zur **Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen** gemäß § 13 SMG (vgl. Kapitel 2)⁸⁸. Am häufigsten werden Schulungen für Lehrer:innen angeboten (z. B. im Rahmen schulinterner Fortbildungen [SCHILF] für 15 bis 25 Lehrkräfte). In Kärnten werden zum Beispiel unter dem Namen *Hinschauen und Handeln* umfassende Vorträge für Pädagoginnen und Pädagogen am jeweiligen Schulstandort abgehalten, um sie mit den Abläufen bei einem Anlassfall besser vertraut zu machen. Pädagoginnen und Pädagogen lernen, problematischen Substanzkonsum besser einzuschätzen, und entwickeln eine höhere Sicherheit im Umgang damit. In Oberösterreich wurden gemeinsam mit der AUVA-Landesstelle Linz Unterlagen für Lehrlingsverantwortliche oder Schlüsselkräfte in Betrieben und Schulen entwickelt, einschließlich konkreter Handlungsanleitungen für die Praxis⁸⁹.

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

In Wien wurden Onlineselbsthilfeprogramme in Zusammenarbeit mit dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung, einem assoziierten Institut der Universität Zürich, für Österreich entwickelt und evaluiert (vgl. Abschnitt 4.2.3). Dieses Angebot ist österreichweit verfügbar und richtet sich an Personen, die zur Konsumreduktion (in den Bereichen Alkohol, Cannabis oder Glücksspiel/Sportwetten) bereit sind, aber die Beratungsangebote im Suchthilfesystem nicht in Anspruch nehmen.

In Österreich wird über das Programm *Frühe Hilfen*⁹⁰ der Aufbau regionaler Strukturen gefördert, die eine **frühzeitige Unterstützung von schwangeren Frauen und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern** ermöglichen, deren Lebensumstände belastend sind. *Frühe Hilfen* integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte. Sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie bzw. als universelle Prävention zu verstehen, andererseits als indizierte Prävention, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden. Der Fokus liegt zwar nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtblastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe der *Frühen Hilfen*. Die bestehenden Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und

88

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

89

<https://www.stepcheck.at> (Zugriff am 4. 7. 2022)

90

<http://fruehehilfen.at> (Zugriff am 28. 6. 2022)

den Fachstellen für Suchtprävention bzw. der Suchthilfe ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten. Mit Stand 31. 12. 2021 waren regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke in allen neun Bundesländern, konkret in insgesamt 65 politischen Bezirken, aktiv⁹¹. Im Jahr 2021 wurden 2.043 Familien von Fachkräften oder Freundinnen/Freunden, Bekannten und Verwandten neu an regionale Frühe-Hilfen-Netzwerke vermittelt oder nahmen selbst Kontakt mit einem Netzwerk auf. 2.281 Familien wurden im Laufe des Jahres begleitet (Sagerschnig et al. 2022). Ein weiterer Ausbau des Programms ist in Vorbereitung (vgl. Abschnitt 4.4).

91

siehe auch <https://www.fruehehilfen.at/de/Regionale-Netzwerke/Fruehe-Hilfen-Netzwerke.htm> (Zugriff am 28. 6. 2022)

Tabelle 4.3:
Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel/Beschreibung der Maßnahme	Region	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanz- bezug		Setting						
		alle Zielgruppen	Erwachsene	Frauen	Männer	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere	substanzübergreifend	substanzspezifisch	settingübergreifend	Kommune	Schule, Kindergarten	Familie	außerschulisch*
österreichweite Maßnahmen																	
<i>movin'</i>	Ö		x			x			x		x						
<i>Frühe Hilfen</i>	Ö		x			x	x		x						x		
regionale Maßnahmen mit Fokus auf Kinder/Jugendliche (Beispiele)																	
Beratung von Jugendlichen und Angehörigen	B		x			x				x	x						x
<i>Way out</i>	K					x				x		x					x
Fortbildung für Schulpersonal „§ 13 SMG – Helfen statt strafen“	V					x			x	x				x			
regionale Maßnahmen für weitere Zielgruppen (Beispiele)																	
individuelle Beratung und Krisenintervention	V	x								x	x	x					
<i>CANreduce – Online-Selbsthilfe-Programm zur Cannabis-Konsumreduktion</i>	W		x			x					x	x					
<i>pib – Prävention in Betrieben</i>	T		x						x		x						x
Erstellung von Präventionskonzepten, Coaching bei Verdachts- und Anlassfällen	V	x								x	x		x				x
<i>SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext</i>	W		x						x		x						x
E-Learning „Wissen zum Thema Sucht für AMS-Beraterinnen und -Berater“	W								x		x						x

* z. B. Jugend- und Sozialarbeit, Gesundheitswesen

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

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention, CÖG; GÖG-eigene Darstellung

4.2.2.5 Medienkampagnen

Im Vergleich zu anderen Maßnahmentypen (siehe die vorangehenden Abschnitte) spielen massenmediale Kampagnen in Österreich eine untergeordnete Rolle. Dennoch gibt es Maßnahmen zur Bewusstseinsbildung und Bereitstellung von Informationen zu Substanzgebrauch (v. a. Alkohol, Tabak/Nikotin, Cannabis), Suchtthemen sowie Hilfsangeboten. Die Fachstellen organisieren Informationsveranstaltungen oder entwickeln Broschüren, Websites, Videos, Podcasts o. Ä. für direkte sowie indirekte Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Eltern, Fachkräfte in Gesundheits- und sozialen Berufen; in anderen Abschnitten dieses Kapitels beschrieben). Österreichweite Kampagnen werden fallweise von der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* initiiert, wobei die folgenden zwei Maßnahmen bereits länger bestehen.

Auf dem Internetportal www.feel-ok.at erhalten Jugendliche zwischen zwölf und 18 Jahren Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen (u. a. über Selbsttests, Quiz, Videos). Für Lehrpersonen stehen Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, für Eltern Informationen über Zusammenhänge zwischen Gesundheits-, Lebenskompetenz und Suchtprävention. Der Bereich „Genuss & Sucht“ bietet Informationen zu Alkohol, Cannabis, Tabak/Nikotin, Onlinesucht, Glücksspiel und Risikoverhalten. Der inhaltliche Fokus liegt auf Aufklärung und Förderung von Gesundheits- und Risikokompetenzen. Die Website wird in allen neun Bundesländern angeboten, in sechs Bundesländern wird sie von der jeweiligen Fachstelle für Suchtprävention betreut.

Die *Österreichische Dialogwoche Alkohol (DWA)*⁹² wendet sich sowohl an Fachkräfte (z. B. in Gesundheits- und sozialen Berufen) als auch an die Allgemeinbevölkerung (z. B. Eltern). Verschiedene Einrichtungen geben u. a. Einblicke in ihre Arbeit und informieren bzw. diskutieren zu Suchtthemen. Die DWA wird seit 2017 alle zwei Jahre in Österreich veranstaltet und ist eine Initiative der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* in Kooperation mit dem BMSGPK, der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich und dem Dachverband der österreichischen Sozialversicherungen. Im Mai 2021 fand sie zum dritten Mal statt und stand unter dem Motto *Wie viel ist zu viel?*. Aufgrund von COVID-19 wurde sie digital mit rund 50 Onlineveranstaltungen abgehalten, begleitet von einer Website, einem Podcast und Tools (z. B. Selbsttests). Beworben wurde die DWA u. a. über den ORF und Social Media. Die Website wurde von über 16.000 Personen aufgerufen, die Nettoreichweite der ORF-Einschaltungen lag bei fast drei Millionen Personen⁹³. Eine externe Evaluation der DWA führte das Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (IfGP) durch.

92

<https://www.dialogwoche-alkohol.at/> (Zugriff am 4. 7. 2022)

93

<https://www.dialogwoche-alkohol.at/wp-content/uploads/2022/02/Bericht-fuer-DWA-Webseite.pdf> (Zugriff am 4. 7. 2022)

4.2.3 Qualitätssicherung

Qualität in der Suchtprävention wird in Österreich auf vielfältige Weise sichergestellt. Eine wichtige Rolle spielt dabei die **strukturelle Verankerung der Thematik in den Fachstellen für Suchtprävention** auf Bundeslandebene. Dies soll gewährleisten, dass die durchgeführten Maßnahmen aufeinander abgestimmt, qualitativ hochwertig und nachhaltig sind sowie den jeweiligen regionalen Bedürfnissen angepasst sind. Koordinations- und Kooperationsmechanismen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1) tragen dabei zur Qualitätssicherung auf regionaler sowie auf nationaler Ebene bei.

Die **Sucht- bzw. Drogenstrategien** auf nationaler und regionaler Ebene (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1) formulieren Erwartungen an qualitativ hochwertige Suchtprävention. Qualitätsbezogene Aussagen finden sich auch im Leitbild der „Professionellen Suchtprävention in Österreich“, das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde (Uhl/Springer 2002), sowie in einem Begleitdokument zur *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (Uhl et al. 2013). Formal spielen mit der Finanzierung verknüpfte Qualitätsstandards eine wichtige Rolle, etwa die Qualitätskriterien des FGÖ⁹⁴. Auf regionaler Ebene kommen z. B. Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule (Steiermark) oder für Jugendsuchtberatungen (Niederösterreich) zur Anwendung (vgl. Abschnitt 4.4). Weitere relevante Qualitätsstandards finden sich in Dokumenten zur „Gesunden Schule“⁹⁵ und für die betriebliche Suchtprävention⁹⁶. Daneben gibt es auch einschlägige Leitfäden/Handbücher, beispielsweise zum Umgang mit Anlassfällen in der Schule oder in Betrieben (vgl. Abschnitt 4.2.2). Internationale Standards wie etwa die Europäischen Qualitätsstandards zur Suchtprävention (EMCDDA 2011) werden ergänzend, z. B. bei der Entwicklung neuer Maßnahmen oder in der Lehre, genutzt.

Bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen sind **Evaluierungen** State of the Art, wobei in Österreich routinemäßig vor allem die Optimierung laufender Projekte Priorität hat. Im Fokus dieser internen Evaluationen oder Intraisionen⁹⁷ stehen Aspekte wie die Durchführbarkeit von Maßnahmen und deren Akzeptanz bzw. wahrgenommene Wirksamkeit bei direkten und indirekten Ziel-

94
<https://fgoe.org/qualitaetskriterien> (Zugriff am 4. 7. 2022)

95
z. B. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.744937&version=1615989320>
(Zugriff am 4. 7. 2022)

96
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714640&version=1513851060>
(Zugriff am 4. 7. 2022)

97
Während eine Evaluation die Zielgruppe formal miteinbezieht (z. B. mittels Fragebögen), ist mit „Intraision“ der kommunikative Austausch unter den Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeitern gemeint, im Zuge dessen auch Möglichkeiten zur Weiterentwicklung der Angebote reflektiert werden können.

gruppen. Darüber hinaus gibt es z. B. in Tirol für die meisten Maßnahmen eine Art Steuerungsgruppe, die sich zumindest jährlich trifft, um das jeweilige Angebot und seine Weiterentwicklung zu reflektieren.

Umfangreichere, extern in Auftrag gegebene (Ergebnis-)Evaluierungen werden von den Fachstellen fallweise initiiert, etwa bei neuen oder besonders lange bestehenden Maßnahmen (z. B. *Way out* in Kärnten). Darüber hinaus spielen umfangreichere Evaluationen dort eine Rolle, wo Maßnahmen im Kontext wissenschaftlicher Forschung durchgeführt werden (z. B. Baumgartner et al. 2019, Malischnig et al. 2020, Baumgartner et al. 2021a, 2021b, Ahlers et al. 2022). Im Berichtszeitraum wurde *genuggespielt.at* bzw. *genuggewettet.at*, ein webbasiertes Selbsthilfeprogramm zur Reduktion des Glücksspiel- bzw. Sportwettenkonsums, unter der Leitung des Schweizer Instituts für Sucht- und Gesundheitsforschung als randomisierte kontrollierte Studie in der Schweiz, Österreich (in Kooperation mit dem Institut für Suchtprävention in Wien) und Deutschland evaluiert. Bei nationalen Maßnahmen (z. B. Änderung des Nichtraucherschutzes in der Gastronomie) kommen fallweise auch Gesundheitsfolgenabschätzungen (GFA, engl. health impact assessment) zum Einsatz⁹⁸.

Angebote zur **Aus-, Fort- und Weiterbildung** sind ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil der Qualitätssicherung. Zusätzlich zur Wissensvermittlung ermöglichen Bildungsangebote die Vernetzung von Stakeholderinnen und Stakeholdern der Suchtprävention und einen damit verbundenen Erfahrungsaustausch. Es gibt in Österreich mehrere – auch universitäre – Lehrgänge speziell zum Thema Suchtprävention (näher beschrieben in Busch et al. 2021). Diese werden von den Fachstellen (mit)organisiert, bzw. stellen die Fachstellen dabei Lehrende. Bildungsangebote richten sich einerseits an Mitarbeiter:innen der jeweiligen Fachstellen (z. B. als Voraussetzung für die Mitarbeit). In Niederösterreich etwa müssen Personen, die als Referentinnen und Referenten für die Fachstelle tätig werden wollen, einen achtmonatigen Lehrgang absolvieren. Andererseits wenden sich Bildungsangebote an vermittelnde Zielgruppen wie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren⁹⁹. Dabei kann es sich auch um suchtpreventive Module oder Unterrichtseinheiten als Teil anderer Ausbildungen handeln. So nimmt z. B. die Fachstelle im Burgenland eine entscheidende Rolle bei der Ausbildung von Jugendbetreuerinnen und -betreuern sowie Pädagoginnen und Pädagogen ein, während die Fachstelle in der Steiermark u. a. Fortbildungen zum Thema Tabak/Nikotin für Studierende im Bereich der Gesundheitsberufe durchführt.

Zusätzlich organisiert die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* eine **jährliche Fachtagung** zur Vernetzung und Weiterbildung der Präventionsfachkräfte, zu der auch externe Vortragende geladen werden. Der Titel der Fachtagung im Herbst 2021 lautete „Brennpunkt Cannabis“¹⁰⁰. Ferner wurden

98
https://hiap.goeg.at/oesterreichische_gfa (Zugriff am 11. 7. 2022)

99
Daher ist die Abgrenzung zu Maßnahmen im engeren Sinne (vgl. Abschnitt 4.2.2) fließend.

100
<https://www.suchtvorbeugung.net/tagungen/2021> (Zugriff am 4. 7. 2022)

österreichweite Weiterbildungswebinare für Mitarbeiter:innen der Fachstellen angeboten. Im Berichtszeitraum fanden zudem vorbereitende Arbeiten zur Etablierung des *Europäischen Präventionscurriculums (EUPC)* in Österreich statt (vgl. Abschnitt 4.4).

4.3 Trends

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

Vor diesem Hintergrund haben sich die Themen und Aktivitäten der Fachstellen laufend erweitert. Dies zeigt sich u. a. in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen für die österreichweit eingesetzten Standardprogramme (vgl. Abschnitt 4.4). Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* werden z. B. seit 2015 in fast allen Bundesländern für Jugendliche Workshops zum Thema Glücksspiel angeboten. Seit Juni 2021 bietet die Fachstelle in Wien mit *„genuggespielt.at/genuggewettet.at“* ein Onlineselbsthilfeprogramm zur Reduktion des Glücksspielkonsums/Sportwettverhaltens für Personen ab 18 Jahren an (vgl. Abschnitt 4.2.2.4).

Digitale Medien spielen ebenfalls eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen. Dieser Trend hat sich im Berichtszeitraum durch die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie noch weiter verstärkt. Fachstellen berichten, dass Elternabende zum Thema „digitale Medien“ verstärkt nachgefragt wurden. In diesem Zusammenhang sei auch auf die im Jahr 2021 veröffentlichte Stellungnahme der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zur „Frage der Anerkennung von E-Sport/

Gaming als Sport bzw. der Gemeinnützigkeit von E-Sport und einhergehender Gesundheitsgefährdungen und Suchtprävention“ verwiesen¹⁰¹, welche suchtpreventive Bedenken thematisiert und die Notwendigkeit verhältnispräventiver Maßnahmen betont.

4.4 Neue Entwicklungen

Beispiele neuer Maßnahmen

Tabelle 4.4 zeigt ausgewählte Beispiele von Maßnahmen, die im Jahr 2021 auf Bundeslandebene neu entwickelt wurden oder Erweiterungen bestehender Projekte darstellen. Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* initiierte im Berichtszeitraum Maßnahmen zur österreichweiten Umsetzung.

Das Lebenskompetenzprogramm *Wetterfest* richtet sich an Schüler:innen ab der 9. Schulstufe in verschiedenen Schultypen: berufsbildende mittlere und höhere Schulen (BMHS), allgemeinbildende höhere Schulen (AHS), polytechnische Schulen (PTS) und Berufsschulen. Das Programm wurde von der Pädagogischen Abteilung der Bildungsdirektion Südtirol konzipiert¹⁰² und vom Institut Suchtprävention in Oberösterreich unter Mitarbeit der anderen Fachstellen für die Umsetzung in Österreich adaptiert. Das Programm wird in Tirol, Oberösterreich, Salzburg (seit 2021) und in der Steiermark und Wien (seit 2022) umgesetzt, in anderen Bundesländern laufen die Vorbereitungen dafür. Inhaltlich stehen Resilienz und die Stärkung von Lebenskompetenzen (z. B. Selbstwahrnehmung, Kommunikation, Problemlösung, Krisenbewältigung) im Fokus, die von geschultem Lehrpersonal mittels verschiedener Übungen (z. B. Achtsamkeitsübungen, Rollenspiele) gefördert werden. Die Fortbildung bereitet die Lehrpersonen mit Theorieinput und praktischen Übungen (inkl. eines Manuals) auf die Umsetzung vor und wird von der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich und Einrichtungen in Südtirol unterstützt.

Im Bereich der selektiven Suchtprävention wird seit Ende 2021 das in Oberösterreich bereits etablierte Coachingprogramm *Ready4Life*¹⁰³ österreichweit ausgedehnt. *Ready4Life* richtet sich an Lehrlinge sowie Schüler:innen in polytechnischen Lehrgängen und hilft ihnen bei der Reflexion ihrer Konsumgewohnheiten sowie bei der Stressbewältigung im Alltag. Das Programm besteht aus einem Workshop in Präsenz und einem anschließenden viermonatigen personalisierten Coaching mittels Chatbot-App. Die österreichweite Koordination liegt bei der Fachstelle in Oberösterreich, die App wurde in der Schweiz entwickelt (Kooperation von Lungenliga Schweiz und Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung an der Universität Zürich).

101
<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 4. 7. 2022)

102
<https://www.provinz.bz.it/bildung-sprache/didaktik-beratung/gesundheitsfoerderung/aufbau-programm-wetterfest.asp> (Zugriff am 4. 7. 2022)

103
<https://www.praevention.at/arbeitswelt/ready4life> (Zugriff am 4. 7. 2022)

Im Bereich der indizierten Suchtprävention bietet das Pilotprojekt *Switch*¹⁰⁴ seit Herbst 2021 eine Fortbildung für Ärztinnen und Ärzte in der Primärversorgung, in Betrieben und anderen Settings. Die für *movin'* (vgl. Abschnitt 4.2.2.4) zertifizierten Trainer:innen wurden dafür neu geschult und setzen die Fortbildung um. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte werden mit Techniken des Motivational Interviewing vertraut gemacht und dadurch befähigt, in ihrer hausärztlichen Praxis bzw. bei Vorsorgeuntersuchungen adäquate und zielgerichtete Kurzinterventionen mit Patientinnen und Patienten in Bezug auf problematischen Alkohol- und Nikotinkonsum zu setzen. Die Kurzintervention wurde unter der Leitung der Fachstelle für Suchtprävention in Niederösterreich in Zusammenarbeit mit den Fachstellen in Oberösterreich und Tirol entwickelt.

Das Programm *Frühe Hilfen* (vgl. Abschnitt 4.2.2) wird mit den Mitteln des europäischen Aufbau- und Resilienzfonds (RRF) bis Mitte 2023 flächendeckend ausgebaut (BMF 2021). Im Berichtszeitraum waren Abstimmungsgespräche zur nachhaltigen Verankerung und Finanzierung des Angebots der Frühen Hilfen zwischen Bund, Ländern und Sozialversicherungsträgern am Laufen. Der „Qualitätsstandard Frühe Hilfen“ wurde in den Jahren 2018 bis 2021 evaluiert; seit Herbst 2021 liegt eine auf dieser Basis überarbeitete Fassung des Qualitätsstandards vor (Haas et al. 2021).

Weitere Neuerungen wurden in den vorangehenden Abschnitten bzw. in Kapitel 1 (z. B. Überarbeitung Tiroler Suchtkonzept) beschrieben. Zusätzlich werden nachfolgend einige internationale Entwicklungen erwähnt, die sich auch auf die Arbeit der Suchtprävention in Österreich auswirken.

104

<https://www.fachstelle.at/switch> (Zugriff am 4. 7. 2022)

Tabelle 4.4:

Neue Maßnahmen und Weiterentwicklungen – Auswahl

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
K	<i>risflecting</i> [®] -Tagung	Ziel dieser ganztägigen Tagung war, <i>risflecting</i> [®] , das internationale pädagogische Handlungsmodell zur Rausch- und Risikobalance, in der Jugendarbeit in Kärnten bekanntzumachen. Jugendliche begegnen im Alltag verschiedenen Versuchungen und Risikosituationen. Die Tagung stellte Instrumente vor, mit denen man besser mit diesen Herausforderungen und Situationen umgehen kann. Teilnehmer:innen waren Jugendarbeiter:innen aus ganz Kärnten. Die Tagung wurde auch online übertragen; organisiert wurde sie von der Landesstelle Suchtprävention Kärnten in Kooperation mit dem Landesjugendreferat Kärnten.
OÖ	Handbuch zu Suchtprävention und Frühintervention in der Arbeitswelt	Das bestehende Programm zur betrieblichen Prävention unter stepcheck.at wurde um ein neues Handbuch unter dem Motto „handeln statt wegschauen“ erweitert ¹⁰⁵ . Das Handbuch bietet Informationen für Führungskräfte und Personalverantwortliche und praxisgerecht aufbereitete Tipps zur Intervention und Gesprächsführung, inklusive eines ausführlichen Rechtsteils. Das Handbuch wurde in Kooperation mit der Arbeiterkammer, der Wirtschaftskammer und der AUVA in Oberösterreich entwickelt, der Druck wurde von der ÖGK finanziell unterstützt.
St	Zusatzmodul Suizidprävention	Die steirische Fachstelle bietet im Rahmen des Lebenskompetenzprogramms <i>plus</i> (vgl. Abschnitt 4.2.2) seit dem Frühjahr 2022 ein Zusatzmodul zu Suizidprävention und nichtsuizidalem selbstverletzendem Verhalten an, das gemeinsam mit GO-ON (Kompetenzzentrum für Suizidprävention, Steiermark) erarbeitet wurde. Ziel ist es, interessierte Lehrpersonen mit einem bestehenden plus-Zertifikat auch für diese Themen zu sensibilisieren und sie bei deren Umsetzung in der Klasse zu unterstützen.
T	Prävention und Frühintervention in Heimen und sozialpädagogischen Einrichtungen	Die Fachstelle in Tirol setzt ihren Arbeitsschwerpunkt zu Maßnahmen in sozialpädagogischen Einrichtungen (vgl. Busch et al. 2021) fort. In Abstimmung mit <i>Drogenarbeit Z6</i> wurde unter dem Titel <i>join2gether</i> ein Schulungsangebot zum Umgang mit problematischem Substanz- oder Medienkonsum in sozialpädagogischen Einrichtungen entwickelt. Ein weiteres Angebot unter dem Titel <i>act it / playground</i> beinhaltet Schulungen und den Verleih einer Methodenbox für Erzieher:innen und Betreuer:innen zum Sozialen Lernen mit Jugendlichen in sozialpädagogischen Wohngemeinschaften.
V	<i>Papageno – Psychische Erste Hilfe</i>	Seit 2021 bietet <i>Papageno</i> ein spezielles Angebot in den Bereichen betriebliche Gesundheitsförderung sowie Sucht- und Suizidprävention. Das Projekt wurde gezielt als Reaktion auf die vermehrten psychischen Belastungen infolge der Corona-Krise initiiert. Es umfasst neben der Website www.papageno.tips auch themenspezifische Vorträge und Workshops für Führungskräfte, Personalverantwortliche, Betriebsräte, Lehrlingsbeauftragte sowie auch Mitarbeiter:innen.
W	<i>Rauschzeit – der tabulose Podcast über Alkohol und andere Drogen</i>	<i>Rauschzeit – der tabulose Podcast über Alkohol und andere Drogen</i> ¹⁰⁶ ist eine Erweiterung des gleichnamigen Peerprojekts, das in Kooperation mit der Suchthilfe Wien umgesetzt wird. Der Podcast richtet sich an junge Menschen von 16 bis 20 Jahren und bietet niederschwellige Informationen und Reflexion zum Thema Substanzen, rechtliche Informationen und Begleitthemen wie etwa Konsummotive, psychische Belastungen oder alternative Handlungsmöglichkeiten. Peers werden mittels Workshops, Befragungen oder aktiven Beteiligungen als Hosts in alle Konzeptions- und Umsetzungsschritte eingebunden. Die ersten beiden Episoden wurden mittels Onlinefragebogen unter Jugendlichen evaluiert, um sicherzustellen, dass die Themen und das inhaltliche Format für die Zielgruppe attraktiv sind. Bislang wurden über 20 Episoden aufgenommen.

Quelle: Fachstellen für Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

Europäisches Präventionscurriculum

Es gibt seit einigen Jahren Bemühungen, europaweit einen Mindeststandard an Qualität zu sichern und ein gemeinsames Verständnis suchtpräventiver Arbeit herzustellen. Aktuell ist in dieser Hinsicht das *Europäische Präventionscurriculum (EUPC)*¹⁰⁷ von besonderer Bedeutung. Dabei handelt es sich um einen mehrtägigen Kurs für Entscheidungsträger:innen (auch innerhalb von Einrichtungen wie den Fachstellen für Suchtprävention) nach einem europaweit einheitlichen Curriculum, der von der EBDD zur Umsetzung in den EU-Mitgliedsländern empfohlen wird. Im Berichtszeitraum fanden unter der Leitung des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und in Kooperation mit der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* vorbereitende Arbeiten zur Etablierung von EUPC in Österreich statt. Eine Pilotimplementierung von EUPC in Österreich ist für das Jahr 2023 geplant.

Neue Produkte

Nikotinbeutel und weitere neuartige Nikotinerzeugnisse enthalten keinen Tabak und sind daher trotz der im Jahr 2016 erfolgten Novellierung des *Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtrauchererschutzgesetzes* (TNRSG, BGBl 431 / 1995) von geltenden gesetzlichen Regelungen nicht ausreichend erfasst. Infolgedessen gibt es für diese neuen Produkte z. B. keine Werbe- oder Sponsoringverbote, keine Produktregulierungen und keine Verpflichtung zum Anbringen von Warnhinweisen. Fachstellen berichten von einem Anstieg im Gebrauch insbesondere bei Jugendlichen und davon, dass deren Bezugspersonen wie Eltern und Schulpersonal beim Umgang mit diesem neuen Phänomen einen Unterstützungsbedarf haben. Es wurden Informationsmaterialien erstellt¹⁰⁸, die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* (2022) betont in ihrem Positionspapier zu *Tabak und Nikotin* jedoch die Notwendigkeit, Nikotinprodukte dem TNRSG zu unterstellen.

COVID-19

Nach einem ersten Jahr des Schocks und des Improvisierens (näher beschrieben in Busch et al. 2021) kann eine zunehmende Routinisierung und Professionalisierung, v. a. in Bezug auf digitale Angebote, in der Arbeit der Fachstellen für Suchtprävention beobachtet werden. Digitale Angebote haben noch weiter an Bedeutung zugenommen: Manche Maßnahmen werden von Anfang an nur noch digital konzipiert bzw. werden pandemiebedingte „Übergangslösungen“, die sich bewährt

105

https://www.praevention.at/fileadmin/user_upload/handeln_statt_wegschauen_2021_online.pdf (Zugriff am 4. 7. 2022)

106

<https://sdw.wien/rauschzeit> (Zugriff am 4. 7. 2022)

107

https://www.emcdda.europa.eu/best-practice/european-prevention-curriculum-eupc_en (Zugriff am 4. 7. 2022)

108

z. B. <https://sdw.wien/information/downloadbereich/information-zu-nikotinbeuteln>, <https://www.vivid.at/thema/tabak/produkte-mit-nikotin/nikotinbeutel> (Zugriff am 4. 7. 2022)

haben, weiterentwickelt und ins Standardangebot übernommen (z. B. Online- und Hybridformate)¹⁰⁹. In Oberösterreich wurde eine eigene Stelle für E-Learning und Suchtprävention eingerichtet, die interaktive Materialien erarbeitet¹¹⁰.

Trotzdem blieben viele Herausforderungen und Erschwernisse auch im zweiten Pandemiejahr bestehen (z. B. kein Präsenzformat möglich oder häufiger Wechsel zwischen Online- und Präsenzformaten, Personalmangel, fehlende Planungssicherheit, geringere Nachfrage in manchen Bereichen, Absagen und Terminverschiebungen, manche Zielgruppen/Maßnahmen erfordern die Durchführung in Präsenz, erhöhter Planungsaufwand in Bezug auf die praktische Durchführung). Ein Beispiel für neue Herausforderungen in Zusammenhang mit der Pandemie wurde von der Fachstelle in Niederösterreich berichtet. Durch den Ausfall vieler suchtpreventiver Aktivitäten (und die damit verbundenen Einkommenseinbußen) sowie infolge privater neuer Situationen haben sich viele Referentinnen und Referenten, die vor der Pandemie als freie Dienstnehmer:innen für die Fachstelle z. B. Elternabende in Schulen oder Workshops in Gemeinden abgehalten haben, beruflich neu orientiert. Bis dato konnten fast alle Projekte umgesetzt werden, langfristig werden neue Referentinnen und Referenten benötigt, die allerdings zur Qualitätssicherung erst einen mehrmonatigen Lehrgang absolvieren müssen. Eine österreichweite gemeinsame Basisausbildung (Grundlagenausbildung) mit einer bundeslandspezifischen Vertiefung (Projekte, Methoden) wäre aus Sicht der Fachstelle wünschenswert. Weitere Einblicke in die Auswirkungen von COVID-19 auf die Suchtprävention in Österreich bieten die Jahresberichte der Fachstellen.

Thematisch zeigt sich ein stärkerer Fokus auf Suizidprävention in der Arbeit der Fachstellen (vgl. Tabelle 4.4). Das BMSGPK legte 2021 einen Schwerpunkt auf die Stärkung der psychosozialen Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen und initiierte u. a. einen Projektcall¹¹¹ sowie die Onlineplattform *WohlfühlPOOL*, die sich speziell an Bezugspersonen wendet¹¹².

Krieg in der Ukraine

Der Krieg in der Ukraine zeigt erste Auswirkungen in der Ostregion (Wien, Niederösterreich, Burgenland), wo zunehmend ukrainische Geflüchtete die Schulen und Kindergärten besuchen. Die Fachstellen versuchen, im Rahmen ihrer regulären Aktivitäten auch auf die Bedürfnisse dieser Gruppe einzugehen. Darüber hinaus wird reflektiert, dass dies auch eine Belastungssituation für

109

siehe z. B. <https://www.fachstelle.at/online-angebote/> und <https://www.fachstelle.at/category/arbeitsmaterial-online> (Zugriff am 4. 7. 2022)

110

siehe z. B. <https://www.praevention.at/familie/elternleitfaden-zum-thema-cannabis> (Zugriff am 4. 7. 2022)

111

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Soziales/Soziale-Themen/jugendstrategie/psychosoziale-gesundheit.html> (Zugriff am 13. 7. 2022)

112

<https://www.wohlfuehl-pool.at/> (Zugriff am 13. 7. 2022)

andere Beteiligte (z. B. Lehrpersonal) darstellen kann. In Wien nutzt das Institut für Suchtprävention zudem sein Netzwerk an Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, um durch Informationspakete auf Unterstützungsangebote in Wien aufmerksam zu machen, die dabei helfen können, psychische Belastungen und Krisen abzufedern und damit auch einer Suchtentwicklung vorzubeugen (z. B. Praxiswegweiser für ärztliche Betreuung in ukrainischer Sprache, Beratungsangebote für Unterkunftgeber:innen). Dieses Informationsangebot ist in der Entwicklungsphase und soll laufend ergänzt werden.

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Aus der Fülle suchtpreventiver Aktivitäten, die in Österreich umgesetzt werden, wurden für das vorliegende Kapitel einige Beispiele herausgegriffen, um das Angebotsspektrum zu veranschaulichen. Dazu meldeten alle Fachstellen für Suchtprävention bzw. die Drogen-/Suchtkoordinationen in den Bundesländern mittels eines standardisierten Erhebungsblatts dem Kompetenzzentrum Sucht der GÖG aktuelle Standardmaßnahmen, Pilotprojekte und sonstige neue Entwicklungen (zum Stand Mai 2022). Zusätzliche Informationen (z. B. zu den Auswirkungen von COVID-19 bzw. des Kriegs in der Ukraine) stellten ebenfalls die Fachstellen für Suchtprävention bzw. die Drogen-/Suchtkoordinationen bereit. Darüber hinaus wurden Datenanfragen an relevante Netzwerke bzw. Einrichtungen (z. B. an die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* und an das *Nationale Zentrum Frühe Hilfen*) geschickt.

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newslettern der Fachstellen für Suchtprävention, der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung*, des Bildungsressorts (seit 2018 BMBWF) und des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen und auch in früheren Berichten zur Drogensituation sowie im *Best-Practice-Portal* der EBDD.

4.6 Bibliografie

Ahlers, J.; Baumgartner, C.; Augsburger, M.; Wenger, A.; Malischnig, D.; Boumparis, N.; Berger, T.; Stark, L.; Ebert, D. D.; Haug, S.; Schaub, M. P. (2022). Cannabis Use in Adults Who Screen Positive for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: CANreduce 2.0 Randomized Controlled Trial Subgroup Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24 (4), e30138

Baumgartner, C.; Bilevicius, E.; Khazaal, Y.; Achab, S.; Schaaf, S.; Wenger, A.; Haug, S.; Keough, M.; Hodgins, D.; Schaub, P. (2019). Efficacy of a web-based self-help tool to reduce problem gambling in Switzerland: study protocol of a two-armed randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(12), e032110

- Baumgartner, C.; Schaub, M. P.; Wenger, A.; Malischnig, D.; Augsburg, M.; Lehr, D.; Blankers, M.; Ebert, D. D.; Haug, S. (2021a). "Take Care of You" – Efficacy of integrated, minimal-guidance, internet-based self-help for reducing co-occurring alcohol misuse and depression symptoms in adults: Results of a three-arm randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 225, 108806
- Baumgartner, C.; Schaub, M. P.; Wenger, A.; Malischnig, D.; Augsburg, M.; Walter, M.; Berger, T.; Stark, L.; Ebert, D. D.; Keough, M. T.; Haug, S. (2021b). CANreduce 2.0 Adherence-Focused Guidance for Internet Self-Help Among Cannabis Users: Three-Arm Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(4), e27463
- BMBWF (2018). Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule. Konsum von illegalen Suchtmitteln durch Schülerinnen und Schüler. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wien
- BMF (2021). Österreichischer Aufbau- und Resilienzplan 2020–2026. Bundesministerium für Finanzen. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017a). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017b). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMUK (1997). Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997
- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung. Wien
- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021). Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- EMCDDA (2009). Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention. Thematic papers, Office for Official Publications of the European Communities. Luxembourg

- EMCDDA (2011). European drug prevention quality standards. A manual for prevention professionals. EMCDDA Manuals No 7, The Publications Office of the European Union. Luxembourg
- Haas, S.; Unger, T.; Weigl, M. (2021): Qualitätsstandard Frühe Hilfen. Version 2, November 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich. Wien
- Malischnig, D.; Baumgartner, C.; Schaub, M. P. (2020). CANreduce 2.0: Reduzierung des Cannabiskonsums unter Berücksichtigung von psychischen Komorbiditäten wie der Generalisierten Angststörung – Zwei Fliegen auf einen Schlag? *Suchttherapie*, 21 (04), 194–204
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2022). Tabak und Nikotin. Positionspapier der österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bregenz, Eisenstadt, Graz, Innsbruck, Klagenfurt, Linz, Salzburg, St. Pölten, Wien
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Positionspapier der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung. Graz, Klagenfurt, Eisenstadt, Wien, St. Pölten, Linz, Salzburg, Innsbruck, Bregenz und Bozen
- Sagerschnig, S.; Winkler, P.; Witt-Döring, F. (2022). Frühe Hilfen. Zahlen, Daten und Fakten 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- SHW (2022). Tätigkeitsbericht 2021. Bereich Suchtprävention. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Uhl, A.; Springer, A. (2002). Professionelle Suchtprävention in Österreich: Leitbildentwicklung der Österreichischen Fachstellen für Suchtprävention. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien
- Uhl, A.; Schmutterer, I.; Kobra, U.; Strizek, J. (2013) Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. Stand 2019. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK). Wien
- Uhl, A.; Bachmayer S.; Schmutterer, I.; Strizek J. (2020). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen. Gesundheit Österreich. Wien
- West, R. (2013). Models of addiction. EMCDDA Insights Nr. 14. Publications Office of the European Union. Luxembourg

4.7 Zitierte Bundesgesetze

BGBI 1989/620. Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens (Glücksspielgesetz – GSpG) über die Änderung des Bundeshaushaltsgesetzes und über die Aufhebung des Bundesgesetzes betreffend Lebensversicherungen mit Auslosung

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

BGBI. Nr. 431/1995. 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 – TNRSKG)

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Aksakalli, Sevim	BMBWF – Abteilung I/2 Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung
Fraudorfer, Andrea	BMBWF – Abteilung I/2 (Schulpsychologie, Gesundheitsförderung und psychosoziale Unterstützung, Bildungsberatung)
Magerl-Riegler, Verena	Soziale Dienste Burgenland GmbH, Fachstelle für Prävention und Koordination von Sucht- und Abhängigkeitserkrankungen Fachbereich Suchtprävention Burgenland
Rögl-Höllbacher, Nicole	Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg
Schmidbauer, Rainer	Leiter des Instituts Suchtprävention, pro mente Oberösterreich
Schmöckel, Sonja	BMA – Abteilung III/B/4 – Förderungen, Jugendliche
Weißensteiner, Markus	Leitung Abteilung Suchtprävention, Fachstelle für Suchtprävention NÖ

4.9 Anhang

Tabelle A4. 1:

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

Kennwert	Schuljahr 2018/2019	Schuljahr 2019/2020	Schuljahr 2020/2021	Schuljahr 2021/2022
	Gemeinsam stark werden (zusammen.wachsen*)			
teilnehmende Lehrkräfte	499	623	600	774
teilnehmende Volksschulen	136	167	169	202
	plus			
bis dato zertifizierte Lehrkräfte (Ausbildung abgeschlossen)	1.631	1.899	2.288	2.705
davon neu zertifizierte Lehrkräfte	167	268	389	417
Lehrkräfte in Ausbildung**	1.919	2.054	1.958	1.781
Lehrkräfte, die das Programm umsetzen (geschätzt)**	3.195	3.558	3.821	4.037
erreichte Klassen (geschätzt)	2.130	2.372	2.548	2.692
erreichte Schüler:innen (geschätzt)	48.990	54.551	58.595	61.907
	movin' (MOVE***)			
geschulte Personen	552	342	204	468
durchgeführte Kurse	36	22	15	33

Zur Beschreibung der Maßnahmen siehe Abschnitt 4.2.2. Die Zahlen sind auf ganz Österreich bezogen. Zahlen zum neuen Programm *Wetterfest* werden ab dem nächsten Berichtszeitraum vorliegen.

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

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

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

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

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung	127
5.1	Zusammenfassung.....	127
5.2	Aktuelle Situation.....	129
5.2.1	Strategien und Koordination.....	129
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	132
5.2.3	Schlüsseldaten	133
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	139
5.2.5	Qualitätssicherung	147
5.3	Trends.....	149
5.4	Neue Entwicklungen.....	151
5.5	Quellen und Methodik.....	155
5.6	Bibliografie	156
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	158
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	158
5.9	Anhang.....	159

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2021 geschätzt 26.600 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus etwa 5.200 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2021 begonnen haben, und etwa 21.000 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2020/2021 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 21.800 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit multiplem Konsummuster – aus. Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis (etwa 2.650 Personen). Kokain und Stimulanzien stellen für etwa 1.750 Personen die Leitdroge dar.

Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 77 und 82 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf.

Trends

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils der Opioiden bei den Klientinnen und Klienten, die sich erstmals in ihrem Leben einer drogenspezifischen Behandlung unterziehen. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei Cannabis im gleichen Zeitraum eine Zunahme.

Betrachtet man die letzten fünf Jahre, zeigt sich beim Prozentanteil von Cannabis ein leichter Rückgang, bei jenem von Kokain ein leichter Anstieg und bei Opioiden eine stabile Situation. Insgesamt ist bei der Interpretation dieser Daten zu berücksichtigen, dass der weitaus größte Teil der Personen in Suchtbehandlung im niedergelassenen Bereich in Substitutionstherapie ist und die damit zahlenmäßig relevanteste Gruppe in diesen Zahlen nicht enthalten ist.

Besonders hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei etwas über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹¹³ von Personen mit Opioidproblematik.

Neue Entwicklungen

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

COVID-19

Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden Behandlungen sowohl im Bereich der Opioid-Substitutionsbehandlung als auch in den DOKLI-Einrichtungen in den meisten Fällen weitergeführt werden konnten. Der Rückgang der Behandlungsbeginne, insbesondere der Erstbehandlungen, gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. Da davon auszugehen ist, dass sich ihre Lebenssituation bzw. die Schwere ihrer Suchterkrankung aufgrund der Belastungen durch COVID-19 kaum verbessert, sondern im Gegenteil eher verschlechtert haben wird, liegt der Schluss nahe, dass sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 erhöhen wird.

Krieg in der Ukraine

Für suchtgefährdete und suchtkranke Personen, die sich in Wien befinden, bieten die Einrichtungen der Suchthilfe Wien eine Vielzahl von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten an. Alle Angebote sind für die betroffenen Personen kostenlos und beinhalten je nach Bedarf Clearing, Vermittlung, Beratung, Betreuung, Diagnostik und medizinische Behandlung. Persönliche Gespräche können nach Terminvereinbarung auch mit einem: einer Videodolmetscher:in (Ukrainisch/Russisch) geführt werden. Daten aus dem Opioidsubstitutionsregister zeigen, dass mit Stichtag 23. 6. 2022 insgesamt 17 Ukrainer:innen, deren Behandlungsbeginn nach dem 24. 2. 2022 (Kriegsbeginn) lag, in Österreich in Behandlung waren. Es ist plausibel, dass es sich bei diesen Personen

113

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

zumindest zum Teil (maximale Anzahl) um Kriegsflüchtlinge handelt, die in Österreich Aufnahme gefunden haben.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

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

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

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

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

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

- » Kundmachung und Kofinanzierung von Einrichtungen der Suchthilfe, die gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach § 11 SMG, vgl. Kapitel 2) durchführen wollen, durch das BMSGPK (entsprechend § 15 und 16 SMG)
- » Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch das BMJ (vgl. Kapitel 1)
- » Führen eines Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen in der Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) durch das BMSGPK (§§ 24 und 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)
- » Bereitstellen von Suchtgiftvignetten¹¹⁴ für die Verschreibung von Suchtgiften (§ 22 SV, vgl. Kapitel 2) und einer Datenbank zum Erfassen der Ärztinnen und Ärzte, die zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen gemäß *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (WbVO) berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

In § 15 SMG ist die obengenannte Kundmachung von Einrichtungen der Suchthilfe unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und in ausreichender Zahl mittels Bundesgesetzblatts vorgeschrieben. Darin festgehalten sind auch die Vorgaben, die diese Einrichtungen zu erfüllen haben, sowie das Prozedere der Kundmachung und der Dokumentation der Tätigkeiten. Hinsichtlich der Finanzierung der Tätigkeit von Suchthilfeeinrichtungen in Form von Zuschüssen durch den Bund ist in § 16 SMG eine Kann-Bestimmung (vgl. Kapitel 2) enthalten. Davon ausgenommen sind jedenfalls jene Maßnahmen der Krankenbehandlung, für die ein Sozialversicherungsträger, eine Krankenfürsorgeanstalt oder ein Sozialhilfeträger aufzukommen hat. Die Zuschüsse des Bundes sind von der Höhe der Mittel anderer Gebietskörperschaften abhängig (§ 16 SMG).

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

114

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

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

Eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch die zuständigen Amtsärztinnen und -ärzte. Sie haben u. a. die Qualifikation der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob diese:r in der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Üblicherweise vidieren¹¹⁵ die Amtsärztinnen und -ärzte die von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ausgestellten Substitutionsdauerverschreibungen (vgl. Abschnitt 5.2.5). Diese Vidierungspflicht ist jedoch aktuell pandemiebedingt noch bis einschließlich 30. Juni 2023 in bestimmten Fällen ausgesetzt (vgl. Kapitel 2).

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

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

Abgesehen von der Substitutionsbehandlung spielen Amtsärztinnen und -ärzte auch hinsichtlich gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 SMG eine wichtige Rolle (vgl. auch Kapitel 2). Sie entscheiden, welche Personen zu einer Begutachtung eingeladen werden, führen diese durch und treffen entsprechende Einschätzungen hinsichtlich des drogenbezogenen Behandlungsbedarfs der begutachteten Personen. Des Weiteren entscheiden sie, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme

115

Vidierung: Beglaubigung der medizinischen Notwendigkeit der Verschreibung inklusive Prüfung, ob dabei alle gesetzlichen Vorgaben eingehalten wurden. Bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung auch verweigern.

notwendig ist und welcher Art sie sein sollte. In der Folge sollten sie die begutachteten Personen auch dazu motivieren, diese gesundheitsbezogene Maßnahme in Anspruch zu nehmen. Bei Bedarf können die Amtsärztinnen und -ärzte auch eine Bestätigung dafür einfordern.

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

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

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich steht Personen mit einer Suchterkrankung das gesamte Gesundheitssystem zur Verfügung und wird von diesen auch genutzt. Zusätzlich gibt es für sie auch auf Suchterkrankungen spezialisierte Einrichtungen. Spezifische Angebote zur ambulanten Suchtbehandlung sind einerseits bei Einrichtungen angesiedelt, die entweder ausschließlich auf das Thema Sucht spezialisiert (z. B. *Verein Dialog*) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum psychosozialer Dienstleistungen anbietet (z. B. Soziale Dienste Burgenland GmbH). Andererseits spielen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner:innen, Psychiater:innen), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ambulanzen von (psychiatrischen) Krankenhäusern eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung.

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

Stationäre Einrichtungen

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

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

5.2.3 Schlüsseldaten

Personen, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenproblemen begonnen haben, und ihre Konsummuster

Es folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2021 wegen Drogenabhängigkeit eine Behandlung begonnen haben. Es handelt sich dabei um Schätzungen, die Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und des Abdeckungsgrads in DOKLI bzw. der Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister enthalten.

Insgesamt haben im Jahr 2021 in Österreich geschätzt 5.529 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	3.421
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	924
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	917
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	267
Suchtbehandlungen insgesamt	5.529

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

Abbildung 5.1 zeigt, dass 59 Prozent der geschätzten 5.529 Personen, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen multipler Konsummuster; 22 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain stellt für elf Prozent und andere Stimulanzien stellen für sechs Prozent der Klientel die Leitdroge¹¹⁶ dar.

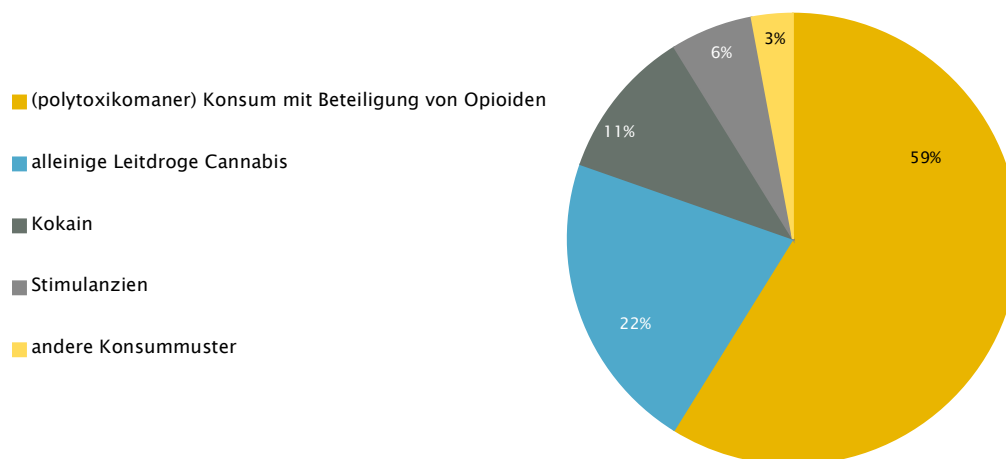
116

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

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

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition¹¹⁷ herangezogen:
Opioide > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

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

Personen im Behandlungsbereich insgesamt und ihre Drogenkonsummuster

Jenen etwa 5.529 Personen, die im Jahr 2021 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen 21.058 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder in den Jahren davor eine Behandlung begonnen hatten, die bis 2021 (oder länger) andauerte. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 26.587 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

117

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

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2021 (Schätzung)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	11.402
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.914
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.350
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft*	921
Suchtbehandlungen insgesamt	26.587

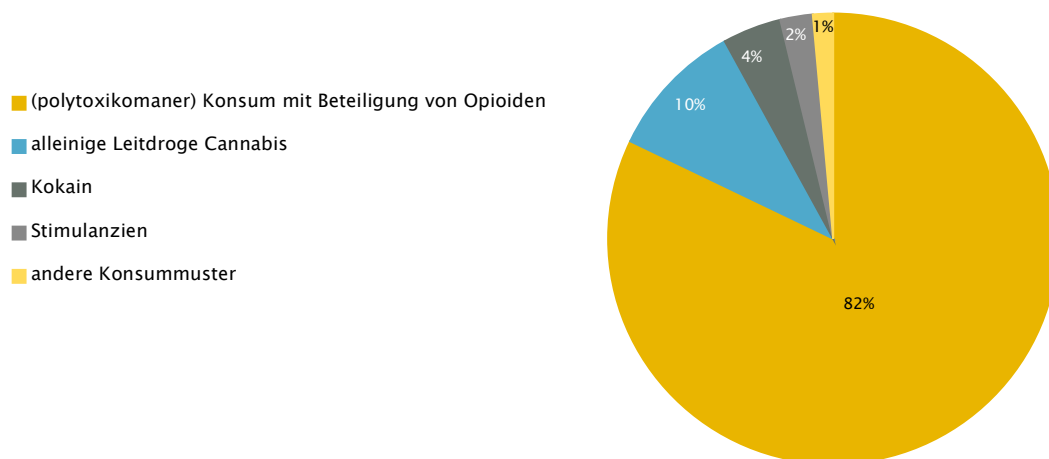
* Die hier angegebene Zahl weicht von der entsprechenden Zahl in Kapitel 8 ab, da der Zahl in Kapitel 8 eine Stichtagserhebung zugrunde liegt. Die hier angegebene Zahl bezieht sich hingegen auf das gesamte Jahr.

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

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil (82 %) der 26.587 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen multipler Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidproblematik an allen behandelten Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.2:

Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung) 2021



Es wurde die hierarchische Leitdrogengdefinition herangezogen:

Opiode > Kokain > Stimulanzen > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

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

Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen 2.628 (10 %) Behandelte dar, die Cannabis als alleinige Leitdroge angeben. Kokain (1.122 Personen), Stimulanzen (619 Personen) und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Charakteristika behandelter Personen

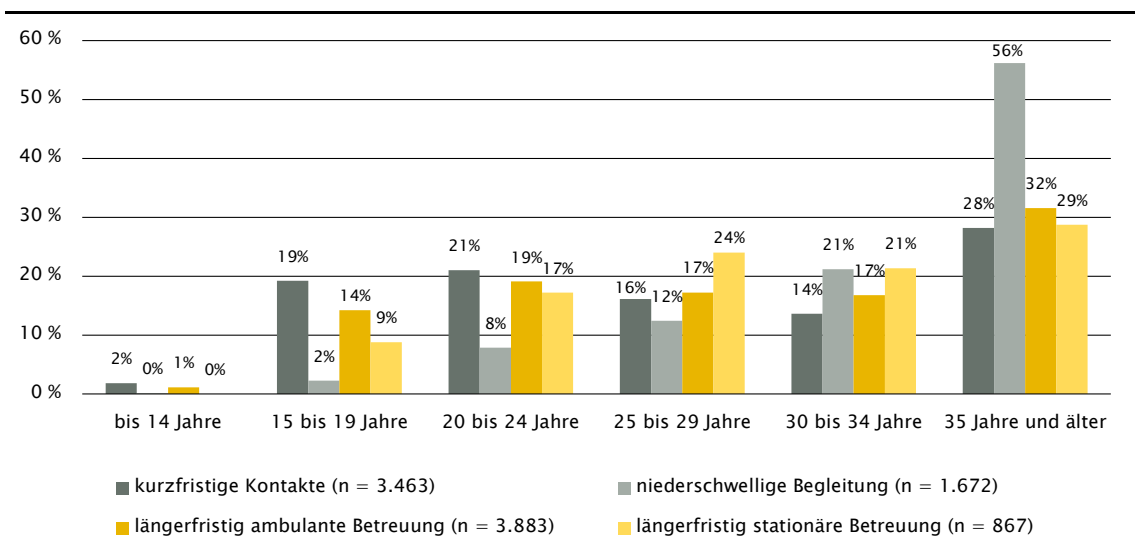
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten. Die wenigen vorhandenen Daten bezüglich der Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.4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

Es liegen Daten über insgesamt 3.883 Personen vor, die im Jahr 2021 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. Davon begaben sich 1.740 Klientinnen und Klienten **erstmalig** in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 867 Personen begonnen, bei 219 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 1.672 Personen erfasst, die im Jahr 2021 eine **niederschwellige Begleitung** in Anspruch nahmen, und 3.463 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen zwei Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 21 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 20 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 41 Prozent (längerfristige stationäre Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Verteilung der Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung

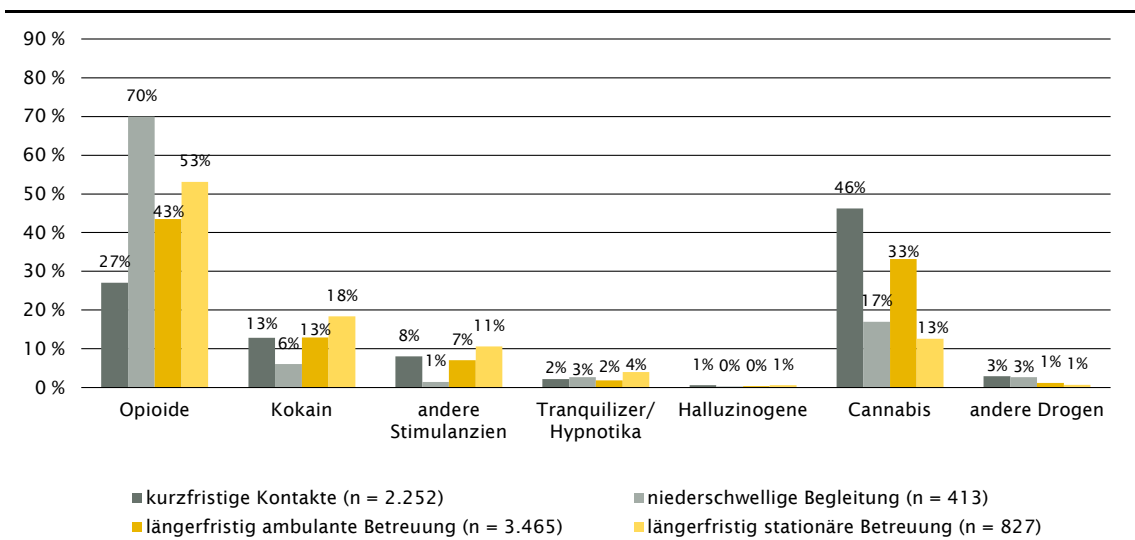


Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 18 und 23 Prozent (vgl. auch Tabelle A5.1).

Drogenkonsummuster: Abbildung 5.4 zeigt, dass in allen Settings Personen mit Leitdroge Opiode oder Cannabis den größten Anteil ausmachen. Kokain und andere Stimulanzien spielen als Leitdroge hingegen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 5.4:
Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2021)

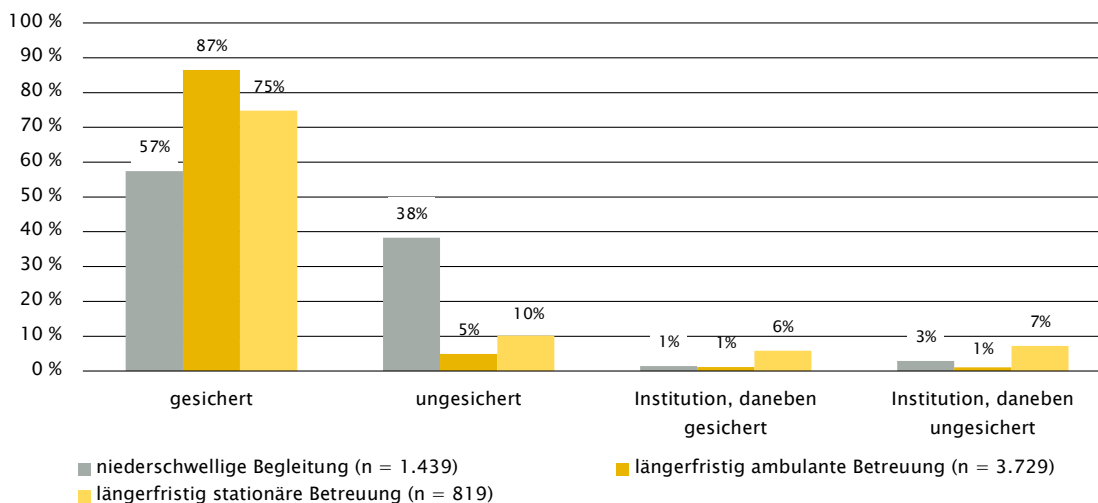


Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Intravenöser Konsum: 26 Prozent der längerfristig ambulant und 43 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (kurzfristige Kontakte: 17 %, niederschwellige Betreuung: 62 %; vgl. Tabelle A5.3).

Soziale Situation: Im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting geben 87 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 75 bzw. 57 Prozent der Personen gesichert (vgl. Abbildung 5.5 und Tabelle A5.4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn der:die Klient:in aufgrund seiner:ihrer Suchterkrankung mangels Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten im längerfristig ambulanten sowie im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle A5.5). Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 37 %, niederschwellige Begleitung: 13 %, längerfristige stationäre Betreuung: 10 %; vgl. Tabelle A5.6).

Abbildung 5.5:
Personen, die sich 2021 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung¹



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

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige geben der Suchthilfekompass¹¹⁸ sowie regionale Informationsplattformen (z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark¹¹⁹ oder die 2022 in Tirol in Betrieb genommene Homepage für psychosoziale Versorgung.¹²⁰)

Der Großteil der spezialisierten ambulanten Einrichtungen bietet Beratung, Betreuung und Behandlung – und damit das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Maßnahmen nach § 11 SMG (vgl. Kapitel 2) – unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an; häufig werden dort

118

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 7. 7. 2022).

119

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (Zugriff am 7. 7. 2022)

120

<https://www.psychosoziale-angebote.tirol> (Zugriff am 12. 7. 2022)

auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nichtsubstanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Neben spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung Suchtkranker, dies gilt insbesondere für die Substitutionsbehandlung.

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

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

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung suchtkrankter Frauen hochrelevant. Diesem Bedarf steht der Umstand gegenüber, dass spezifische Angebote für Frauen nicht überall verfügbar sind. Der *Verein Dialog* bietet aber beispielsweise eigene Beratungszeiten für Frauen (*Frauensache*) an, während deren auch keine Männer in der Einrichtung anwesend sind.¹²¹ Das Schweizer Haus Hadersdorf bietet mit der dezentralen Außenstelle *Gesundheitsgreisslerei* eine ambulante Therapieeinrichtung von Frauen für Frauen an. Frauenspezifisch und feministisch orientiert wird dort ein geschützter Rahmen für Frauen mit einer Abhängigkeitserkrankung (Alkohol und/oder illegale Substanzen) geboten, die eine Behandlung, Betreuung oder Rehabilitation suchen.¹²²

Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die in mehreren Bundesländern zur Verbesserung der Versorgung substanzabhängiger Schwangerer und Mütter mit Kleinkindern umgesetzt werden (siehe z. B. Abschnitt 5.4). Diese Maßnahmen zielen sowohl auf die Verbesserung der gesundheitlichen Situation der substanzabhängigen Mütter ab als auch auf jene

121

<https://www.dialog-on.at/angebote/frauensache> (Zugriff am 12. 7. 2022)

122

<https://diegesundheitsgreisslerei.at> (Zugriff am 12. 7. 2022)

ihrer Lebenssituation und damit auf eine suchtvorbeugende Wirkung für die betroffenen Kinder (vgl. Kapitel 4).

Darüber hinaus gibt es ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind, etwa die in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, sowie allgemeine ambulante Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereitstellen wie z. B. der *Verein Dialog*.¹²³

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

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

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass¹²⁴ und andere, regionale Informationsplattformen, z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark¹²⁵ oder die 2022 in Tirol in Betrieb genommene Homepage für psychosoziale Versorgung, die alle Hilfsangebote aus dem Bereich Psychiatrie/Sucht auf einer Plattform vereint¹²⁶). Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten Substanzen an.

Interventionen und Programme für spezifische Zielgruppen im ambulanten und stationären Setting

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen

123

<https://www.dialog-on.at/aktuelles/einzelberatung-fuer-jugendliche> (Zugriff am 7. 7. 2022)

124

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen aufgelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 7. 7. 2022).

125

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (Zugriff am 7. 7. 2022)

126

<https://www.psychosoziale-angebote.tirol> (Zugriff am 12. 7. 2022)

konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls thematisiert und berücksichtigt, wenn sie Teil des multiplen Konsums sind. Doch es gibt auch verstärkt Konzepte zur gemeinsamen Behandlung verschiedener Suchtformen innerhalb einer stationären Einrichtung. Beispielsweise steht die Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen des Landesklinikums Amstetten-Mauer für den körperlichen Entzug sowohl von Alkohol und illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen¹²⁷. Die abstinenzorientierte Tiroler Einrichtung Emmaus¹²⁸ behandelt sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioidabhängigkeit.

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

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

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

E-Health-Interventionen im Drogenbereich

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

In Wien wurde eine digitale Plattform für psychische Gesundheit entwickelt, die im Dezember 2019 unter dem Namen *MINDBASE* online ging und 2021 um eine zusätzliche Maßnahme erweitert wurde.

127

<https://mauer.lknoe.at/fuer-patienten/abteilungen/3-psihiatrische-abteilung-fuer-abhaengigkeitserkrankungen/informationen> (Zugriff am 7. 7. 2022)

128

<https://www.emmaus-innsbruck.at/was/was.php> (Zugriff am 7. 7. 2022)

Auf der Plattform wird neben Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen auch eine Reihe geprüfter Onlinetools als Hilfe zur Selbsthilfe kostenlos und anonym zur Verfügung gestellt wie z. B. das Onlineselbsthilfeprogramm *CANreduce* mit dem Ziel, Cannabiskonsum einzuschränken oder ganz zu beenden. (SDW 2020; SDW 2021)

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

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

Evaluation von Suchtbehandlung

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

Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung wurden immer wieder Studien durchgeführt (zuletzt Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Auch die GÖG führt regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durch, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation dargestellt sind, z. B. Analysen von Haltequoten oder von Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen (Busch et al. 2021; Weigl et al. 2016). 2018 wurde eine Mortalitätskohortenanalyse von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung für den Zeitraum 2002 bis 2016 berechnet (Busch et al. 2019).

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die Menschen in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit und sozialen Integration unterstützen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. Maßnahmen im Freizeitbereich haben einerseits das Ziel, gewisse Fähigkeiten und Kompetenzen zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung, Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen sozialer Kontakte genutzt werden können. Der Psychosoziale Dienst

Niederösterreich bietet beispielsweise sogenannte Clubs an, die von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern betreut werden und gemeinsame Freizeitaktivitäten ermöglichen (Hörhan, p. M.). Neben den arbeitsmarktintegrativen Angeboten der Suchthilfeeinrichtungen und den spezifischen sozialökonomischen Betrieben (z. B. *fix & fertig* in Wien¹²⁹), die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. Um dies zu fördern, werden in den Bundesländern v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter:innen umgesetzt.

Eine zentrale Voraussetzung für die (Re-)Integration suchtkranker Menschen sind bedarfsgerechte Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik. In Wien entwickelte daher die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice Wien (AMS) und dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) unter Mitfinanzierung des Europäischen Sozialfonds (ESF) das Projekt *FöBeS* (Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker), das auf bereits etablierte arbeitsmarktpolitische Betreuungsstrukturen im Bereich von Suchterkrankungen (z. B. *Standfest* vom *Verein Dialog* in Wien oder das einschlägige Angebot des Vereins *Wiener BerufsBörse*) zurückgreift. Ende 2020 ist die ESF-Förderperiode ausgelaufen. Die Kooperation zwischen AMS und SDW konnte dennoch für 2021/2022 verlängert werden. (SDW 2021)

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

Umsetzung der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

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

Wer unter welchen Voraussetzungen Substitutionsbehandlung durchführen darf, ist in der *Suchtgiftverordnung* (BGBl II 1997/374) bzw. der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (BGBl II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5). Österreichweit sind laut BMSGPK 679 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer, p. M.). 603 (89 %) von ihnen haben per Stichtag 31. 12. 2021 auch Substitutionsbehandlungen durchgeführt.

129

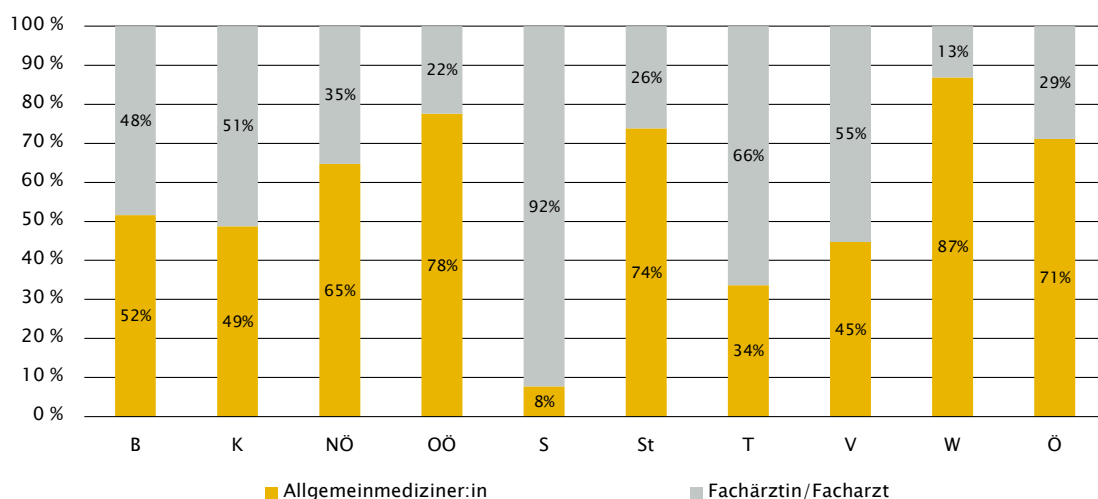
mehr Information unter <https://www.fixundfertig.wien> (Zugriff am 12. 7. 2022)

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

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

Abbildung 5.6:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner:innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2021)



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

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

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2021 waren insgesamt 20.138 Personen als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet, 1.089 von ihnen zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 5.3 zeigt die Verteilung dieser Personen über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen in puncto Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.3:

Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2021 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	378	1.247	2.949	2.315	557	1.468	1.143	707	8.285	19.049
Erstbehandlung	21	110	214	208	46	106	52	21	311	1.089
Gesamt	399	1.357	3.163	2.523	603	1.574	1.195	728	8.596	20.138

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

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

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

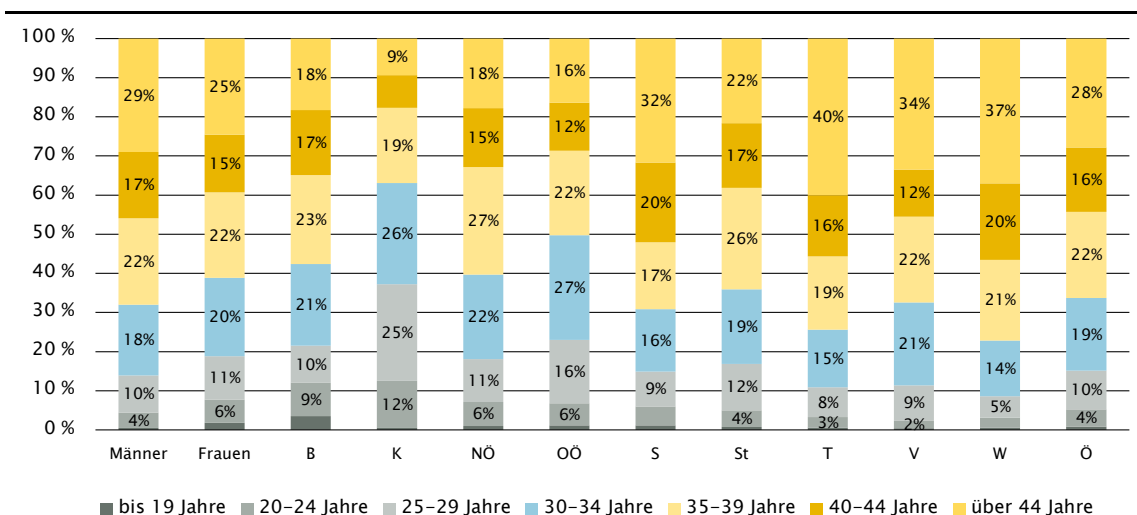
Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 20.138 im Jahr 2021 insgesamt als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen sind 75 Prozent männlich. Die Geschlechterverteilung der 1.089 im Jahr 2021 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (78 % Männer).

Abbildung 5.7:

Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2021



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

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

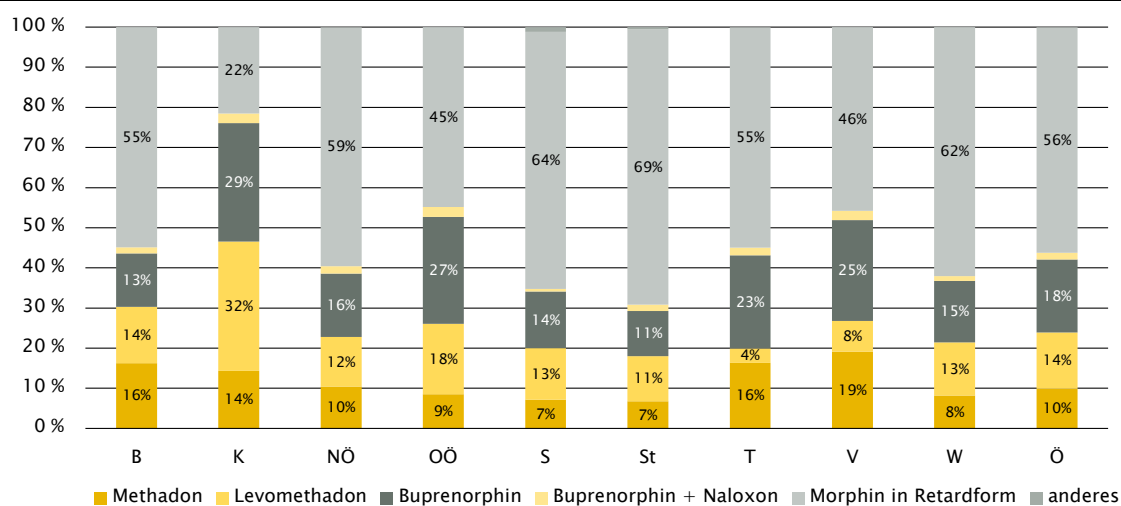
Abbildung 5.7 zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2021 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten über

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

Weitere Aspekte der Organisation und Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung

Abbildung 5.8 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (56 %), gefolgt von Buprenorphin (18 %) und Levomethadon (14 %) bzw. Methadon (10 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haftanstalten eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt dort eine wesentlich größere Rolle (37 %) als außerhalb des Strafvollzugsbereichs.

Abbildung 5.8:
Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2021



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich
Die Angaben beziehen sich auf 20.042 der insgesamt 20.138 Personen, da bei 96 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

5.2.5 Qualitätssicherung

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

Für die **Qualitätssicherung** in der Substitutionsbehandlung ist vor allem die medizinische Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*¹³⁰ von Bedeutung, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde (ÖGABS et al. 2017). Dort wird zunächst auf die ärztliche Haltung und ethische Grundlagen sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen der Opioid-Substitutionstherapie (OST) dargestellt und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters ist ein Ausblick in Betreff einer möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie bildet die Basis dafür, dass OST wie andere medikamentöse Behandlungen gewertet wird.

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

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

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

- » das Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG (BMGF 2017),
- » die Leitlinie des Bundesministers für Gesundheit zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden (vgl. GÖG/ÖBIG 2012),
- » vom Qualitätszirkel SDHN festgelegte Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk in Wien (SDW 2019),
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ,
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ,
- » die Checkliste Substitution in der Steiermark¹³¹,
- » Qualitätsstandards bei der Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder in der psychiatrischen Abteilung des AKH Wien (SDW 2019).

130

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie-%E2%80%93-Qualit%C3%A4tsstandards-f%C3%BCr-die-Opioid-Substitutionstherapie.html> (Zugriff am 12. 7. 2022)

131

Ärzttekammer Steiermark: <https://www.aekstmk.or.at/507?articleId=4869> (Zugriff am 11. 7. 2022) mit Link zur Checkliste: <https://www.substituieren.at> (Zugriff am 11. 7. 2022)

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

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

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

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

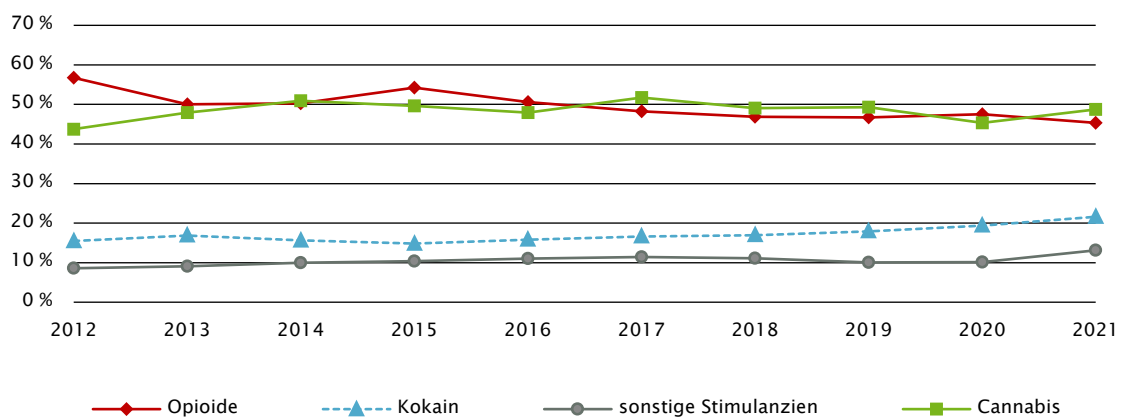
Schließlich ist in diesem Zusammenhang auch auf Evaluationsstudien hinzuweisen (vgl. Abschnitt 5.2.4), die von einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden und deren Ergebnisse der Weiter- entwicklung der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote dienen.

5.3 Trends

Die DOKLI-Daten zeigen bis zum Jahr 2013 eine deutliche Abnahme des Anteils der Opioiden bei den Klientinnen und Klienten, die sich erstmals in ihrem Leben einer drogenspezifischen Behand- lung unterziehen. Im Gegensatz dazu zeigt sich bei Cannabis im gleichen Zeitraum eine Zunahme. Betrachtet man die letzten fünf Jahre, zeigt sich beim Prozentanteil von Cannabis ein leichter Rückgang, bei jenem von Kokain ein leichter Anstieg und bei Opioiden eine stabile Situation (vgl. Abbildung 5.9).

Abbildung 5.9:

Leitdrogen im Zeitverlauf bei Personen, die sich erstmals im Leben einer längerfristigen Suchtbehandlung unterziehen, in DOKLI 2012–2021



Anmerkung: Darstellung nach hierarchischer Leitdroge: Opiode > Kokain > Stimulanzien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

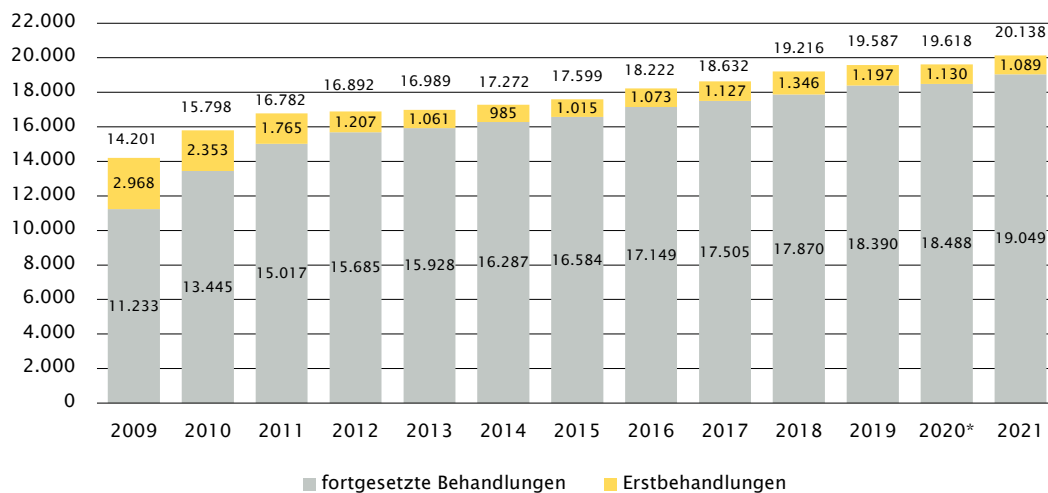
Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Die jährlich steigende Zahl der Meldungen aktuell in Substitutionsbehandlung befindlicher Personen kann als Hinweis auf die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen interpretiert werden (vgl. Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10:

Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2012–2021



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

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

** Aufgrund (coronapandemiebedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

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

5.4 Neue Entwicklungen

Im Jahr 2021 wurde entsprechend den Schwerpunkten der vergangenen Jahre von der SDW weiterhin abteilungsübergreifend an der Verbesserung bestehender Angebote für die Zielgruppen „Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum“, „Substanzabhängige schwangere Frauen und Mütter/Eltern und deren Neugeborene/Kinder“ sowie „substanzabhängige Menschen mit Migrationshintergrund“ gearbeitet (SDW 2022).

Zudem hat in Wien die Steuerungsgruppe „Rehabilitation und Substitution“ die in den Vorjahren erarbeiteten Richtlinien für die Versorgung substituierter Patientinnen und Patienten in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten besprochen und sich mit den Fragestellungen rund um die OST-Behandlung in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten auseinandergesetzt.

Hinsichtlich der **Versorgung** opioidabhängiger Personen mit **Opioid-Substitutionsbehandlung** ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der Substitutionsbehandlung (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema. In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern. So fand z. B. im März 2021 und 2022 in Wien die Fortbildung „Opioid-Substitutionstherapie – leicht gemacht“ in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Wien, der Österreichischen Gesundheitskasse

Wien, der Wiener Apothekerkammer, dem Sucht- und Drogenbeauftragten der Stadt Wien und der MA 15 statt. Das Ziel war, Ärztinnen und Ärzte zur Substitutionsbehandlung zu motivieren (SDW 2022). In der Suchtberatung Obersteiermark wird seit Jänner 2020 ein vorerst auf drei Jahre festgelegtes Projekt umgesetzt, um dem Mangel an Ärztinnen und Ärzten im Bereich der Substitutionsbehandlung entgegenzuwirken. Im Bezirk Leoben werden in enger Zusammenarbeit mit der Suchtmedizinischen Ambulanz Bruck Personen in Substitutionsbehandlung nicht nur psychotherapeutisch und sozialarbeiterisch, sondern auch medizinisch versorgt. (Cichy, p. M.).

Die Arbeitsgruppe des Beirats für psychosoziale Versorgung in Tirol hat im Jahr 2021 Konzepte für die Umsetzung zweier Projekte erarbeitet: 1. die Eröffnung vier Psychosozialer Zentren (Innsbruck, Imst, Wörgl, Lienz; Eröffnung im Laufe des Jahres 2022) sowie 2. eine Homepage für psychosoziale Versorgung in Tirol, die alle Hilfsangebote aus dem Bereich Psychiatrie/Sucht auf einer Plattform vereint (online seit April 2022)¹³².

Weiters soll der Lieferengpass bzw. zwischenzeitliche Lieferausfall des Opioidsubstitutionsmedikaments „Substitol retard Kapsel“ (Substitol) nicht unerwähnt bleiben. Da in Österreich neben Substitol eine zweite Arzneispezialität mit Morphin in retardierter Formulierung für die Opioid-Substitutionstherapie zugelassen ist, konnte eine Versorgung der Patientinnen und Patienten mit diesem in Österreich alternativ zur Verfügung stehenden Medikament gewährleistet werden. Das BMSGPK war hinsichtlich des Lieferengpasses bzw. Lieferausfalls in ständigem Austausch mit dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen (BASG). Es wurde zwischenzeitlich ein Exportverbot verhängt, um die Arzneimittelversorgung in Österreich sicherzustellen.

COVID-19

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

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

In Wien wird Patientinnen und Patienten, die sich gerade in Heimquarantäne befinden, von der Suchthilfe Wien angeboten, für sie Substitutionsmedikamente oder auch psychopharmakologische Arzneimittel aus der Apotheke zu holen und zu ihnen nach Hause zu bringen (SDW 2022).

132

<https://www.psychosoziale-angebote.tirol> (Zugriff am 12. 7. 2022)

Aus Vorarlberg wird, rückblickend vom Jahr 2022 aus, berichtet, dass durch die COVID-Maßnahmen vor allem im niederschweligen Bereich Angebote teilweise gar nicht oder nur in reduziertem Ausmaß angeboten werden konnten. Mittagstischangebote wurden beispielsweise über weite Strecken als Take-away-Angebote geführt. (Schedler, p. M.)

Auch aus Oberösterreich wird berichtet, dass durch die Pandemie Angebote phasenweise gar nicht oder nur in reduziertem Ausmaß bereitgestellt wurden. Auch hier sind es vor allem die niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen. Aber auch in den Beratungsstellen wurden teilweise nur telefonische oder E-Mail-Beratungen durchgeführt. (Schwarzenbrunner, p. M.)

Aus Niederösterreich wird berichtet, dass die Suchthilfeeinrichtungen während der Lockdownphasen offen hatten und der Kontakt zu Klientinnen und Klienten weiter stattfand. Die Opioid-Substitutionsbehandlung hat während der COVID-19 Quarantäne in Niederösterreich sehr gut funktioniert. Durch den Wegfall von Wegzeiten (Ärztin/Arzt bzw. Behörde) waren Patientinnen und Patienten gut versorgt und beruhigt. Eine Fortführung dieser Art der Vidierung wird begrüßt, bzw. wird die geplante E-Vidierung hier als zielführend angesehen. (Hörhan, p. M.)

Aus Wien wird berichtet, dass alle Einrichtungen im Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk ihr Angebot weiterhin so angepasst haben, dass das Infektionsrisiko für Patientinnen und Patienten sowie für Mitarbeiter:innen minimiert wurde und gleichzeitig die Versorgung so gut wie möglich aufrechterhalten werden konnte. Alle Behandlungen und Beratungen, bei denen dies möglich war, wurden bis auf weiteres via Telefon oder Videotelefonie durchgeführt. Persönliche Termine waren bei Bedarf aber nach wie vor möglich. (SDW 2022)

Ein Bild, inwieweit sich diese Veränderungen im System der Suchthilfe auf die Behandlungszahlen der Jahre 2020 und 2021 ausgewirkt haben, lässt sich anhand der Daten aus dem Substitutionsregister und aus DOKLI nachvollziehen.

Insgesamt zeigt sich, dass die bereits bestehenden **Substitutionsbehandlungen** auch während der COVID-19-Krise gut aufrechterhalten werden konnten. Ein leichter Rückgang zeigt sich hingegen bei den lebensbezogenen Erstbehandlungen und bei den Behandlungsbeginnen (vgl. Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4:

Personen in Substitutionsbehandlung 2019, 2020 und 2021 im Vergleich

	2019	2020*	2021	Veränderung von 2019 auf 2020 in Prozent	Veränderung von 2019 auf 2021 in Prozent
lebensbezogene Erstbehandlungen	1.197	1.130	1.089	-6 %	-9 %
Personen, die eine Behandlung begonnen haben	2.228	2.060	2.058	-8 %	-8 %
insgesamt behandelte Personen	19.587	19.618	20.138	0 %	+3 %

* Aufgrund (coronapandemiebedingt) nachgemeldeten Behandlungen wurden die Substitutionszahlen des Jahres 2020 neu berechnet.

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

Ein Vergleich der im Pandemiejahr 2020 in **DOKLI-Einrichtungen wegen einer illegalen Drogenproblematik** behandelten Personen mit dem Durchschnitt der Jahre 2017 bis 2019 zeigt folgendes Bild: Die Zahl der insgesamt behandelten Personen ist 2020 im stationären Bereich zurückgegangen, im ambulanten Bereich dafür aber gestiegen¹³³. Bei Behandlungsbeginn und insbesondere bei Erstbehandlungen zeigen sich sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich nennenswerte Rückgänge (vgl. Tabelle 5.5). Im Jahr 2021 wurden die Rückgänge im stationären Bereich mehr als überkompensiert. Im ambulanten Bereich gab es bei Behandlungsbeginn und Erstbeginn weiterhin etwas niedrigere Werte als 2017–2019.

Tabelle 5.5:

Längerfristig behandelte Personen in DOKLI-Einrichtungen nach Behandlungssetting 2017–2019, 2020 und 2021 im Vergleich

Behandlungssetting und Art der Behandlung	Mittelwert 2017–2019*	2020	2021	Veränderung von 2017–2019 auf 2020 in Prozent	Veränderung von 2017–2019 auf 2021 in Prozent
stationär: lebensbezogene Erstbehandlungen	166	139	219	-16 %	+32 %
stationär: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	746	682	867	-9 %	+16 %
stationär: insgesamt behandelte Personen	1.117	1.050	1.287	-6 %	+15 %
ambulant: lebensbezogene Erstbehandlungen	1.883	1.717	1.739	-9 %	-8 %
ambulant: Personen, die eine Behandlung begonnen haben	4.021	3.847	3.881	-4 %	-3 %
ambulant: insgesamt behandelte Personen	9.429	10.760	10.594	+14 %	+12 %

* Aufgrund von Schwankungen bezüglich der Anzahl datenmeldender DOKLI-Einrichtungen wurde für den Vergleich der Veränderung ein Mittelwert von drei Jahren herangezogen.

Quelle: DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Dies deckt sich mit Berichten aus Einrichtungen und von Sucht- und Drogenkoordinationen der Bundesländer, wie beispielsweise Befragungen im Rahmen des Projekts „Suchtbehandlung in der Krise“ ((Strizek et al. 2020, Strizek et al. 2021) gezeigt haben. Personen, die bereits in Behandlung waren, konnten großteils weiterbehandelt werden. Es ist auch anzunehmen, dass laufende Behandlungen während der Pandemie (aufgrund der zusätzlichen Belastung der Patientinnen und Patienten) eher weniger oft beendet wurden. Der Rückgang der Behandlungsbeginne, insbesondere der Erstbehandlungen, gibt jedoch Grund zur Sorge. Es ist anzunehmen, dass einige Suchtkranke, die sonst in Behandlung gekommen wären, aufgrund von COVID-19 keinen Anschluss ans System der Suchthilfe gefunden haben. Es ist davon auszugehen, dass sich ihre Lebenssituation

133

Auch bei diesem Anstieg ist davon auszugehen, dass Behandlungen pandemiebedingt seltener (als) beendet (dokumentiert) wurden und es daher trotz sinkender Behandlungsbeginne zu einer gestiegenen Gesamtzahl behandelter Personen kam. Aufgrund der Erhebungsart der Variable „Behandlungsende“ in DOKLI ist deren Auswertung in diesem Zusammenhang nicht aussagekräftig (pro Person wird eine beendete Behandlung gemeldet, unabhängig davon, in welchem Setting sie stattfand oder um welche Behandlungsart es sich dabei handelte).

bzw. die Schwere ihrer Suchterkrankung aufgrund der Belastungen durch COVID-19 kaum verbessert, sondern im Gegenteil eher verschlechtert haben wird. Daher liegt der Schluss nahe, dass sich der Behandlungsbedarf in der Zeit nach COVID-19 erhöhen wird.

Krieg in der Ukraine

Für suchtgefährdete und suchtkranke Personen, die sich in Wien befinden, bieten die Einrichtungen der Suchthilfe Wien eine Vielzahl von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten an. Alle Angebote sind für die betroffenen Personen kostenlos und beinhalten je nach Bedarf Clearing, Vermittlung, Beratung, Betreuung, Diagnostik und medizinische Behandlung. Persönliche Gespräche können nach Terminvereinbarung auch mit einem:einer Videodolmetscher:in (Ukrainisch/Russisch) geführt werden (SDW 2022).

Daten aus dem Opioidsubstitutionsregister zeigen, dass mit Stichtag 23. 6. 2022 insgesamt 17 Ukrainer:innen, deren Behandlungsbeginn nach dem 24. 2. 2022 (Kriegsbeginn) lag, in Österreich in Behandlung waren (p. M. Bayer). Es ist plausibel, dass es sich bei diesen Personen zum Teil um Kriegsflüchtlinge handelt, die in Österreich Aufnahme gefunden haben.

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

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

in mehr als zwei; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

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

Studien

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

5.6 Bibliografie

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

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

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

Busch, M.; Anzenberger, J.; Uhl, A. (2019): *Mortalität von Menschen mit Opioidabhängigkeit*. Suchtmedizin, 21 (6)

Busch, M., Klein, C., Uhl, A., Haltmayer, H., Cabanis, M., Westenberg, J. N., Vogel, M., Krausz, R. M. (2021). Retention in the Austrian opioid agonist treatment system: a national prospective cohort study. Harm Reduction Journal, 18, 25

Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Drogenarbeit Z6. Innsbruck

- Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025). Version 1.0. Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.). Graz
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring. Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013a). DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Land Salzburg (2020). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2025. Entwicklung einer integrierten Versorgung von Menschen mit Suchterkrankungen. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Wien
- SDW (2019). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2020). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2020. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2021). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2021. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2022). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2022. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

Springer, A.; Uhl, A.; Strizek, J. (2008): Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31, 2, Wien, 5-18

Stiftung Maria Ebene (2021). Jahresbericht 2020. Stiftung Maria Ebene. Frastanz

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

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Horvath, I.; Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

5.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

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

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Schedler, Arno	Amt der Vorarlberger Landesregierung
Schwarzenbrunner, Thomas	Suchtkoordination Oberösterreich

5.9 Anhang

Tabelle A5.1:

Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart

Alter (in Jahren)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
0 bis 4 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14 (in Prozent)	1	4	2	0	0	0	1	2	1	0	0	0
15 bis 19 (in Prozent)	18	24	19	2	3	2	13	20	14	7	18	9
20 bis 24 (in Prozent)	21	20	21	8	8	8	19	19	19	15	27	17
25 bis 29 (in Prozent)	16	15	16	12	13	12	18	14	17	25	17	24
30 bis 34 (in Prozent)	13	14	14	21	22	21	17	17	17	22	16	21
35 bis 39 (in Prozent)	12	12	12	21	27	23	13	12	13	14	9	13
40 bis 44 (in Prozent)	8	5	7	17	14	16	9	6	8	8	7	8
45 bis 49 (in Prozent)	4	2	4	9	8	9	5	4	5	4	3	4
50 bis 54 (in Prozent)	3	2	3	5	2	4	3	2	3	2	2	2
55 bis 59 (in Prozent)	1	1	1	4	3	4	2	2	2	2	1	1
60 bis 64 (in Prozent)	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0
65 bis 69 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	2.679	784	3.463	1.281	391	1.672	2.999	884	3.883	714	153	867
unbekannt (absolut)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quellen: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.2:

Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBam b m	LBam b w	LBam b alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opioide (in Prozent)	26	30	27	70	71	70	42	49	43	52	59	53
Heroin (in Prozent)	20	19	19	58	61	59	34	37	34	35	38	36
Methadon (in Prozent)	2	2	2	9	2	8	3	5	4	7	9	7
Buprenorphin (in Prozent)	3	3	3	7	7	7	5	6	5	4	6	4
Morphin in Retardform (in Prozent)	8	10	9	21	15	20	12	14	13	23	27	23
anderes Opioid (in Prozent)	2	2	2	0	0	0	3	2	2	1	0	0
Kokaingruppe (in Prozent)	16	13	15	8	10	8	19	15	18	38	23	36
Kokain (in Prozent)	16	13	15	8	10	8	19	14	18	38	23	35
Crack (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	0	2
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	11	15	11	2	2	2	11	13	11	21	22	22
Amphetamine (z. B. Speed; in Prozent)	8	8	8	1	2	1	8	9	8	17	17	17
MDMA („Ecstasy“) und Derivate (in Prozent)	2	5	3	1	0	1	3	5	3	7	7	7
anderes Stimulans (in Prozent)	3	5	3	0	0	0	2	3	2	2	5	2
Tranquillizer/Hypnotika (in Prozent)	7	6	7	11	10	11	9	9	9	19	28	20
Benzodiazepine (in Prozent)	7	6	6	11	10	11	8	9	9	19	28	20
Barbiturate (in Prozent)	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
anderer Tranquillizer / anderes Hypnotikum (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene (in Prozent)	1	1	1	0	0	0	1	1	1	3	3	3
LSD (in Prozent)	1	0	1	0	0	0	0	1	1	2	3	2
anderes Halluzinogen (in Prozent)	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1
Cannabis (in Prozent)	61	54	59	19	13	18	52	42	49	47	41	46
Schnüffelstoffe (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	1
Alkohol (in Prozent)	10	8	9	0	4	1	7	6	7	16	26	18
andere Drogen (in Prozent)	1	1	1	14	9	13	1	2	2	4	1	4
Leitdroge (Nennungen)	2.496	719	3.215	501	110	611	4.287	1.224	5.511	1.528	345	1.873
Leitdroge (Personen)	1.728	524	2.252	331	82	413	2.689	776	3.465	678	149	827
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	168	48	216	25	14	39	83	11	94	5	0	5
nur Begleitdroge (Personen)	710	183	893	924	295	1.219	164	81	245	3	1	4
Drogenanamnese fehlt (Personen)	73	29	102	1	0	1	63	16	79	28	3	31

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Nennungen.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.3:

Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent)

intravenöser Drogenkonsum / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
nein (in Prozent)	84	80	83	39	34	38	75	71	74	59	48	57
ja (in Prozent)	16	20	17	61	66	62	25	29	26	41	52	43
gültige Angaben (absolut)	2.459	707	3.166	1.069	344	1.413	2.865	850	3.715	668	143	811
unbekannt (absolut)	213	76	289	187	33	220	124	33	157	44	10	54
missing (absolut)	7	1	8	25	14	39	10	1	11	2	0	2

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.4:

Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart

aktuelle Wohnsituation (wie?) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung; in Prozent)	—	—	—	59	53	57	86	87	87	74	78	75
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit; in Prozent)	—	—	—	37	44	38	5	5	5	11	7	10
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsi- tuation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	2	1	1	1	1	1	6	6	6
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	3	3	3	1	1	1	7	7	7
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	0	0	0	0	2	1	0	1	0
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	3	4	3	1	1	1
Haft (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	3	1	2	1	0	1
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	1.103	336	1.439	2.876	853	3.729	672	147	819
unbekannt (absolut)	—	—	—	152	41	193	117	29	146	31	5	36
missing (absolut)	—	—	—	26	14	40	6	2	8	11	1	12

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.5:

Ab 25-Jährige, die im Jahr 2021 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

höchste positiv abgeschlossene Schulbildung / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
keine (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	2	1	2	4	0	4
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	2	1	2	1	1	1
Pflichtschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	38	43	39	44	42	44
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	44	32	42	43	40	42
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	4	8	5	3	6	3
AHS, BHS (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	7	11	8	4	8	5
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	3	4	3	2	2	2
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	—	—	—	1.867	483	2.350	531	83	614
unbekannt (absolut)	—	—	—	—	—	—	155	35	190	26	1	27
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	5	1	6	1	0	1

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant, LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.6:

Personen, die im Jahr 2021 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBam b m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	—	—	—	15	7	13	39	31	37	10	12	10
arbeitslos (in Prozent)	—	—	—	44	46	45	35	31	34	60	42	56
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	—	—	—	12	24	15	6	12	8	9	8	9
Kind, Schüler:in, Student:in (= sog. erhaltene Person; in Prozent)	—	—	—	3	3	3	4	7	4	1	5	2
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist:in (in Prozent)	—	—	—	5	8	5	6	9	7	6	12	7
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	—	—	—	13	7	12	10	11	10	7	9	7
nichterwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt (in Prozent)	—	—	—	26	21	25	15	16	15	25	33	26
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	—	—	—	1.122	333	1.455	2.830	843	3.673	625	132	757
unbekannt (absolut)	—	—	—	131	44	175	157	40	197	31	7	38
missing (absolut)	—	—	—	28	14	42	12	1	13	58	14	72

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Angaben. „unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

* KUKO = Kurzkontakt, NIS = niederschwellige Begleitung, LBamb = längerfristige Betreuung ambulant,
LBstat = längerfristige Betreuung stationär

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	167
6.1	Zusammenfassung.....	167
6.2	Aktuelle Situation.....	169
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	169
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	170
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	170
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	175
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	176
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	184
6.2.7	Qualitätssicherung	188
6.3	Neue Entwicklungen.....	189
6.4	Quellen und Methodik.....	193
6.5	Bibliografie	196
6.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	198
6.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	199
6.8	Anhang.....	199

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2021 je nach Datenquelle bis zu 79 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegten sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2021: 0 % bis 1 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei i. v. Konsumierenden liegt seit mehreren Jahren, je nach Datenquelle, zwischen zehn und etwa dreißig Prozent (2021: 10 % bis 28 %). Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu.

Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung lag die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2021 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2022 publiziert (Anzenberger et al. 2022).

Schadensminimierung/Harm-Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die Strategien der Bundesländer für ihre jeweilige Sucht- und Drogenpolitik. Einschlägige Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei die **Abgabe sterilen Injektionszubehörs**, die in **acht von neun Bundesländern** – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Seit November 2019 besteht für Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, auch in **Wiener Apotheken** kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Im Berichtsjahr konnte das Spritzentauschangebot um zwei weitere Standorte ausgeweitet werden und umfasst nun insgesamt fünf Wiener Apotheken.

Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Substitutionsbehandlung kann als (höher-schwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden. Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet.

Neue Entwicklungen

In Oberösterreich, Salzburg und Tirol startete das **bundesländerübergreifende Modellprojekt *baseCamp mobil***. Das Angebot zielt als mobile Anlaufstelle auf drogenkonsumierende und medikamentenabhängige Menschen ab und bietet Infogespräche, Unterstützung und Beratung zu Suchtthemen und zum Lebensalltag, Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Informationen zu Safer Use und Safer Sex, Spritzentausch, HIV- und Hepatitis-C-Screenings sowie Gesundheitsberatung.

Durch das **Wiener Pilotprojekt *Suchthilfe vor Ort*** erhalten Klientinnen/Klienten mit problematischem Substanzkonsum oder einer substanzbezogenen Abhängigkeit in vier Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe vor Ort bedarfsorientierte suchtspezifische Hilfe von Expertinnen/Experten der SHW und des *Ambulatoriums der Suchthilfe Wien*. Auch in einigen Einrichtungen der Flüchtlingshilfe ist das seit April 2021 operativ tätige Projekt bereits erfolgreich angelaufen.

COVID-19

Die Einrichtungen der Suchthilfe konnten im zweiten COVID-19-Jahr größtenteils auf bewährte Sicherheitsmaßnahmen zurückgreifen. Die Aufrechterhaltung des Kontakts zu möglichst vielen Klientinnen und Klienten durch eine **weitreichende Anpassung von Unterstützungsangeboten** war eine übergeordnete Maxime in vielen ambulanten Versorgungseinrichtungen. Speziell in der ambulanten Versorgung kam es seit Beginn der Coronapandemie zu einem enormen **Ausbau von Telehealth-Angeboten** (per Telefon oder Videotelefonie). Besonders stark eingeschränkt waren **Angebote im Gruppensetting** wie z. B. Gruppentherapien, Beschäftigungsprojekte, Tagesstruktur, wodurch die soziale Komponente einer Suchtbehandlung stark in Mitleidenschaft gezogen wurde. Eine Schließung stationärer Einrichtungen – wie sie im ersten Lockdown zum Teil geschah – konnte in den folgenden Lockdowns weitgehend verhindert werden.

Insgesamt haben die pandemiebedingt notwendigen Umstellungen teilweise eine **Flexibilisierung von Suchthilfeangeboten** bewirkt, regulatorische Prozesse vereinfacht und ein verstärktes Vertrauen in die Fähigkeit von Klientinnen/Klienten zum eigenverantwortlichen Handeln erfordert.

6.2 Aktuelle Situation

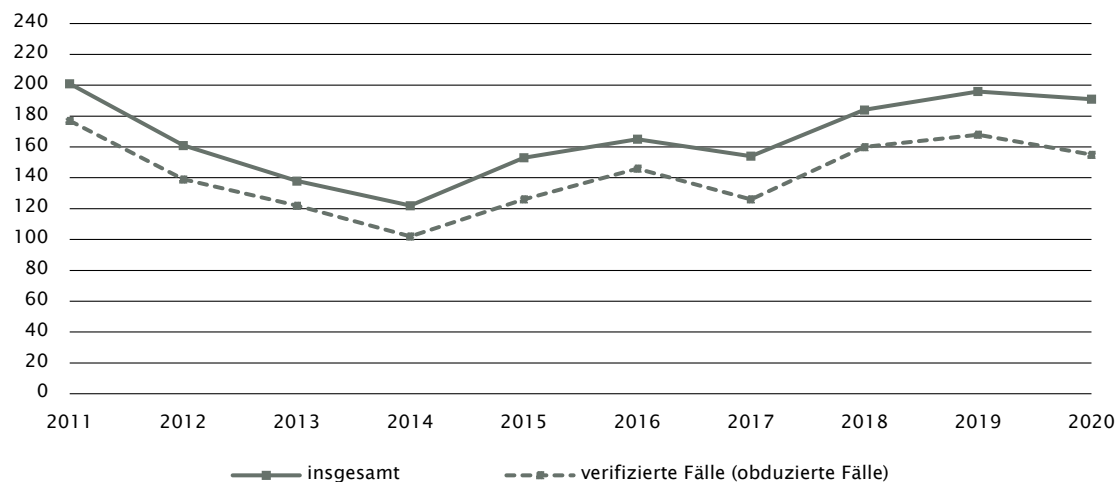
6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Aufgrund der verspäteten¹³⁴ Meldung von Verdachtsfällen für das Jahr 2021 werden im Folgenden nur die Zahlen bis 2020 dargestellt. Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Bis zum Jahr 2019 ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Absinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde. 2020 zeigt sich wieder ein leichter Rückgang. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6.2 und Tabelle A6.3 im Anhang.

Abbildung 6.1:

Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2011–2020



Die Daten für 2021 lagen aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

134

Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung lag die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2021 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2022 publiziert (Anzenberger et al. 2022).

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen bzw. Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen in der Praxis zum Teil T-Diagnosen der ICD-10¹³⁵, zum Teil F10-/F19-Diagnosen, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen, ohne zusätzliche T-Diagnosen vergeben werden – Letzteres vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrunde liegender Suchterkrankung.

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2021 insgesamt 320-mal betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert (insg. 27.920-mal). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf Personen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Beteiligte illegale Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betrafen vorwiegend THC (n = 77), Kokain (n = 66), MDMA (n = 35), „Speed“ (n = 24), Heroin (n = 24), LSD (n = 16), Crystal Meth (n = 16) und GHB (n = 10), alle weiteren Substanzen waren weniger als zehnmal beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgten aufgrund einer Mischintoxikation (Schiel et al. 2022).

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die wichtigsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei i. v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht in Tabelle 6.1 dargestellt sind. Weil die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind hier genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2021 streute die Prävalenzrate für Hepatitis B in den verfügbaren Datenquellen von zehn Prozent bis 28 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch die Legende von Tabelle 6.1). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte aus den vorhandenen Datenquellen liegen seit dem Jahr 2010 zwischen 0 und 36 Prozent.

135

T36-T50 Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (v. a. T40, T42, T43 und T50)

Die Hepatitis-C-Prävalenz wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte bzw. erfolgreich behandelte HCV-Infektion. Zur Feststellung einer akuten oder chronischen HCV-Infektion muss ein positiver HCV-Antikörpernachweis durch eine Bestätigungsuntersuchung verifiziert werden. Dazu dient die HCV-PCR (Polymerasekettenreaktion), die zum Nachweis viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2021 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei 76 bis 79 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt und dass ein Großteil noch nicht erfolgreich behandelt wurde und/oder sich nach einer erfolgreichen Behandlung reinfiziert hat (vgl. *Ambulatorium Suchthilfe Wien*: 50 %). Die HCV-Ab-Prävalenz hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau eingependelt. Abbildung 6.2 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 6.1:
Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2021

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate	HIV-Rate
<i>Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg</i>	—	—	—
<i>Ambulatorium Suchthilfe Wien</i>	28 % (53/192) ¹	79 % (160/202)	1 % (2/249)
<i>Kontaktladen², Graz</i>	10 % (4/41) ¹	76 % (31/41)	0 % (0/41)
drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2021 ³	nicht erfasst	—	—

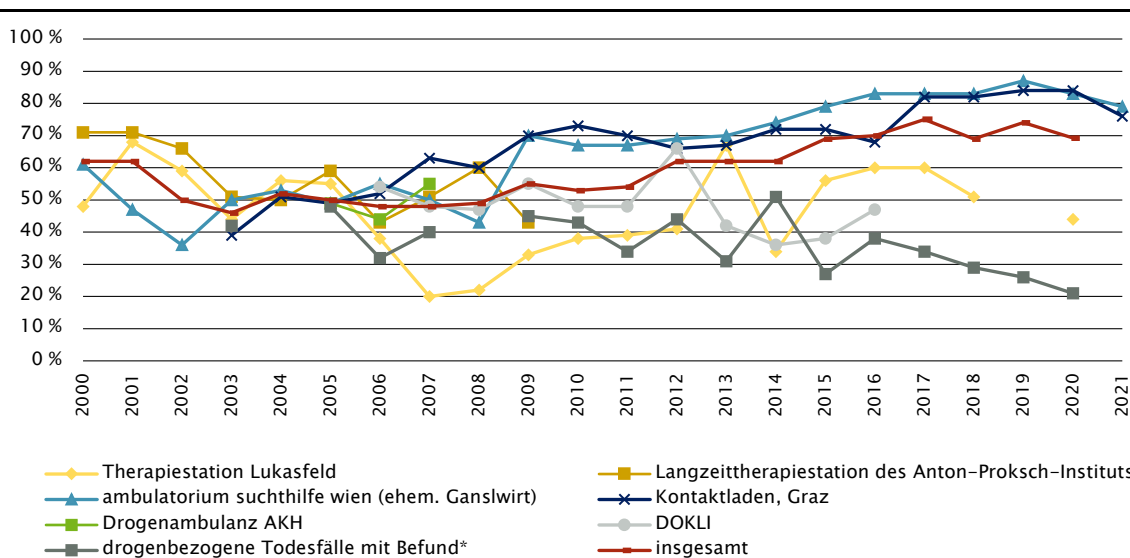
¹ Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, Anti-HBc und Anti-HBs.

² vormals in den Berichten zur Drogensituation als *Caritas Marienambulanz* bezeichnet

³ Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2021 konnte für den vorliegenden Bericht bis Redaktionsschluss keine Statistik über Infektionskrankheiten bei drogenbezogenen Todesfällen erstellt werden.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.2:
HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2021



*Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2021 konnte für den vorliegenden Bericht bis Redaktionsschluss keine Statistik über HCV-Ab-Infektionsraten bei drogenbezogenen Todesfällen erstellt werden. Es werden in dieser Zeitreihe daher nur die Zahlen bis 2020 dargestellt.

Quelle: ST9, GÖG – DOKLI bzw. Schmutterer/Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV-Prävalenzrate lag 2021 in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen null und einem Prozent.

Anfang der 1990er-Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau, wobei die höchsten Werte jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden werden, in deren Fall auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festzustellen sind (z. B. 2019: 2–6 %; 2020: 1–3 % vgl. Busch et al. 2021 und GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle im Epidemiologiebericht Sucht Anzenberger et. al. 2022).

Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten (HCV, HIV) außerhalb des Routinemonitorings

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion-Hepatitis-C-Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Hepatitis-C-Ansteckungsweg der intravenöse Drogenkonsum ist. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fällen nicht bekannt oder nicht angegeben ist (*aCtion-Hepatitis-C-Datenbank*, 2012).

Eine Erhebung in sechs österreichischen Gefängnissen zeigte, dass 74 Prozent der in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen inhaftierten Personen HCV-Antikörper-positiv waren; 45 Pro-

zent (d. h. 60 % der HCV-Ab-Positiven) waren HCV-RNA-positiv, also chronisch an Hepatitis C erkrankt. Rund zehn Prozent waren HIV-positiv (Zeitraum der Datenerhebung inkl. Testungen: Mai 2016 bis Mai 2017; Silbernagl et al. 2018; vgl. Kapitel 8).¹³⁶

Im März 2019 startete in Wien das Projekt *Let's end hepatitis C in Vienna* unter der Federführung der *Klinik Ottakring* (ehem. Wilhelminenspital) in Kooperation mit dem *Ambulatorium Suchthilfe Wien* sowie der MA 15 – Gesundheitsdienst der Stadt Wien. Im Sinne der von der WHO vorgeschlagenen Strategie der „micro-elimination“ wurde hier versucht, in einer definierten, überblickbaren Subgruppe – in diesem Fall die Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten (ca. 6.500) – virale Hepatitiden zu eliminieren. Da die Patientinnen und Patienten – zumindest bis zum Ausbruch der COVID-19-Pandemie – einmal pro Monat eines von acht Bezirksgesundheitsämtern in Wien aufsuchen mussten, wurde ihnen im Rahmen des Projekts dort die Möglichkeit zur Information und Testung angeboten – mit dem Ziel eines möglichst lückenlosen HCV-Screenings sowie einer Weitervermittlung positiv Getesteter zur weiteren Abklärung und Behandlung. Bis Mitte März 2020 (Beginn des ersten Lockdowns in Österreich) konnte das Projekt in sechs von acht Bezirksgesundheitsämtern umgesetzt werden. Seither konnte es pandemiebedingt vorläufig nicht wie geplant zu Ende geführt werden. Bisher zeigte sich, dass, obwohl viele Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten und auch die Testbereitschaft als zufriedenstellend eingestuft wurde, eine anschließende Behandlung nicht in dem erhofften Ausmaß in Anspruch genommen wurde. Um positiv getestete Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, Barrieren zu überwinden und ihren Weg in die Behandlung zu finden, ist nun ein sogenanntes Peer-Involvement-Projekt in Planung. Dabei sollen geschulte Peers, die sich in Opioid-Substitutionstherapie befinden und selbst bereits eine Hepatitis-C-Therapie im Rahmen einer *directly observed therapy* erhalten haben, telefonisch und bei Bedarf auch als Begleitperson und zur Motivation zur Verfügung gestellt werden. (SHW 2021). Erste Ergebnisse zeigen, dass von insgesamt 1.592 Patientinnen und Patienten 51 Prozent HCV-Antikörper-positiv (811) und 17 Prozent HCV-RNA-positiv (271) waren (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Im Jahr 2021 wurden insgesamt 175 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) eingeschlossen. Bei vierzehn (bzw. 8 %) von ihnen wird davon ausgegangen, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben. Bei 55 Prozent werden als Ansteckungsweg sexuelle Handlungen zwischen Männern (MSM¹³⁷) vermutet, bei 26 Prozent heterosexuelle Handlungen. Bei elf Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (Zangerle p. M.). Die Anzahl der Personen mit dem Ansteckungsweg i. v. Konsum war in den letzten zehn Jahren relativ konstant rückläufig (siehe Abbildung 6.3), was auf einen Rückgang der Neuinfektionen in dieser Risikogruppe hindeuten könnte.

136

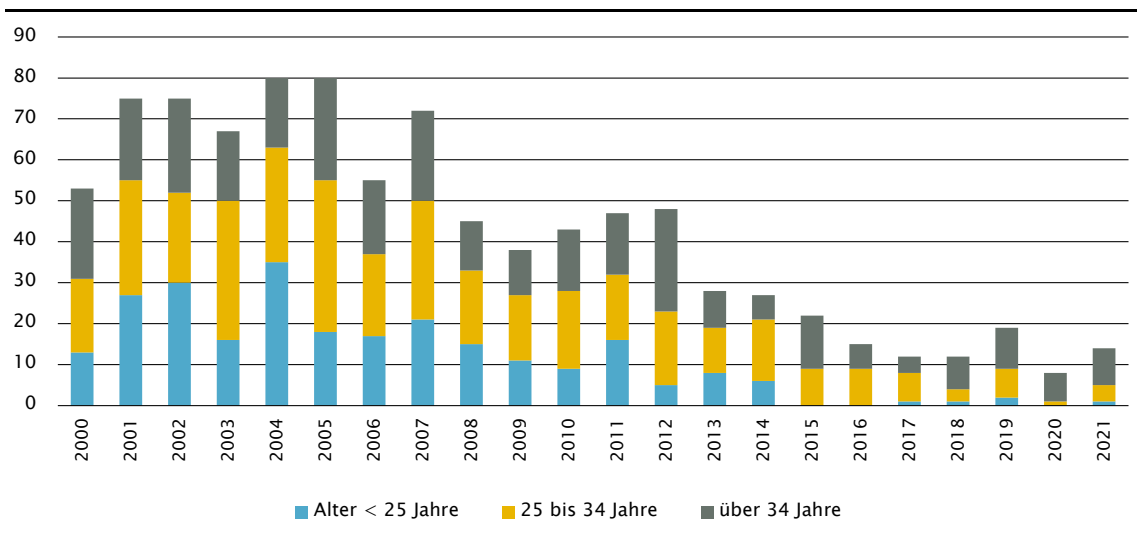
Zu Beginn der Erhebung befanden sich in den sechs Gefängnissen 218 Personen in Opioid-Substitutionstherapie. 129 von ihnen (d. h. 59 %) konnten in die Studie aufgenommen und auf Hepatitis C getestet werden; das sind rund 15 Prozent aller österreichweit Inhaftierten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Opioid-Substitutionstherapie waren.

137

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

Abbildung 6.3:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie 2000–2021



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

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle-Sharing)

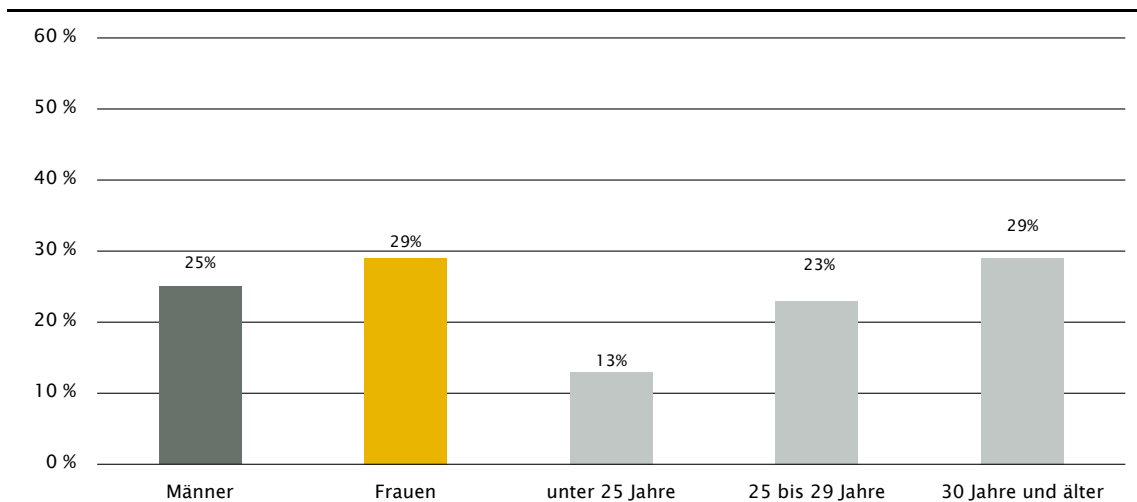
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI Daten zum Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die folgenden Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹³⁸ und auf Personen, die bereits intravenös konsumiert haben oder konsumieren und 2021 eine ambulante Betreuung begonnen haben. 26 Prozent dieser Personengruppe geben an, bereits (mindestens) einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben. Das Needle-Sharing liegt bei den meisten dieser Personen länger als ein Jahr zurück (84 %). Frauen geben hier etwas häufiger als Männer Needle-Sharing an. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 6.4).

138

In der Wiener „DOKU neu“ wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 6.4:

Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2021 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 501)*



* = Österreich ohne Wien, da diese Variable in der Wiener „DOKU neu“ nicht erhoben wird

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen **somatischen Krankheiten** assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Psychiatrische Komorbidität bezieht sich in erster Linie auf Depressionen, Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Die niederschwellige medizinische Einrichtung *I.K.A.* (Graz) berichtet beispielsweise für das Jahr 2021, dass 74 Prozent ihrer 429 betreuten Patientinnen/Patienten **mindestens eine psychiatrische Komorbiditätsdiagnose** aufweisen. Davon entfallen mit 31 Prozent die meisten Diagnosen auf Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, gefolgt von 29 Prozent affektiven Störungen und 19 Prozent neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (*I.K.A.* 2022).

Das im April 2019 gestartete **niederschwellige Psychotherapieangebot** im Tageszentrum *Jedmayer* konnte auch im Berichtsjahr weitergeführt werden. Insgesamt haben dort 13 Klientinnen/Klienten eine Psychotherapie in Anspruch genommen, sechs Betreuungen wurden in diesem Jahr beendet und drei neu begonnen. Insgesamt gab es 297 persönliche und 199 telefonische Kontakte (SHW 2022a).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *Jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Versicherung“ und „Wohnen/Schlafplatz“ die „Gesundheit“ als dritter großer Problembereich thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht. Bei *change* und der Anlaufstelle *homebase* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild, bei Letzterer stehen vor allem Themen

im Bereich Soziales (Ausbildung, Freundinnen/Freunde, Familie, Liebesbeziehungen etc.) im Vordergrund (SHW 2022b). Genaue Aussagen über die bundesweite Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden.

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Die im Jahr 2015 veröffentlichte *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) erachten Angebote der Schadensminimierung als einen zentralen Bestandteil. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung Hochrisikokonsumierender verstanden, die Maßnahmen wie zum Beispiel Spritzentausch und -verkauf, die Prävention drogenrelevanter Infektionskrankheiten oder Überlebenshilfe umfasst. Auch die Opioid-Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden (vgl. Kapitel 5).

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich bei den Ländern. Darunter fällt eine Vielzahl von Interventionen, die vorwiegend von Einrichtungen angeboten werden, die auf die Arbeit mit Suchtkranken spezialisiert sind. Zumeist sind es voneinander unabhängige Trägerorganisationen, die eine oder mehrere Einrichtungen führen und mit den jeweiligen Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren kooperieren. Finanziert werden die schadensminimierenden Maßnahmen jeweils durch verschiedene Ressortbudgets auf Länderebene (vgl. Kapitel 1).

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es, abgesehen vom Burgenland, in allen Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt. In Oberösterreich, Salzburg, der Steiermark, Tirol, Vorarlberg und seit 2021 auch in Kärnten gibt es scenebedingt zusätzlich auch **Angebote in Kleinstädten**. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Schadensminimierende Ansätze werden in Niederösterreich durch die Suchtberatungen und im Burgenland durch die Sozialen Dienste abgedeckt. Für das Drogenambulatorium Klagenfurt wurde zusätzlich für die Zielgruppen instabile Patientinnen/Patienten, Nichtversicherte, Patientinnen/Patienten, die sich noch nicht in Behandlung befinden, Hochrisikokonsumierenden/-konsumenten und Konsumentinnen/Konsumenten, die sich in einer Krise befinden, eine niederschwellige Anlaufmöglichkeit konzipiert, die seit 2020 in Betrieb ist (Nemeth p. M.).

Die **Behandlung gesundheitlicher Folgen** wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen

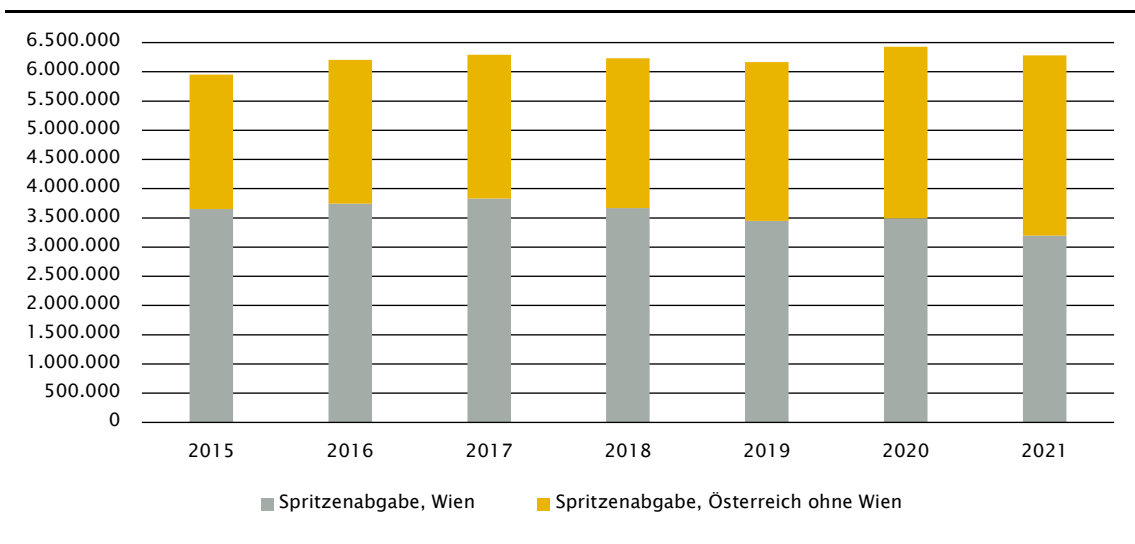
eine Schnittstellenfunktion in Bezug auf höherschwellige medizinische Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

Spritzentausch und -verkauf

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe niederschwelliger Einrichtungen und aufsuchender Angebote, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Das Angebot zum kostenlosen Spritzentausch in niederschwelligen Einrichtungen wird mit Ausnahme des Burgenlands in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 17 derartige Angebote in 15 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Seit Beginn 2022 können an vier Standorten der Suchtberatungen in Niederösterreich (Neunkirchen, Tulln, St. Pölten und Amstetten) Spritzen getauscht werden, ein weiterer Ausbau dieses Angebots ist geplant (Suchtkoordination Niederösterreich 2022). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in sechs Bundesländern (Oberösterreich, Kärnten, Salzburg, Steiermark, Tirol und Vorarlberg) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 22 Automaten in 18 Städten zu kaufen. Die Abgabe steriler Spritzen erfolgt in der Steiermark, in Kärnten und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs **abgegebenen Spritzensets** ist in den letzten fünf Jahren österreichweit **kontinuierlich gestiegen**, nämlich von 5.157.666 abgegebenen Spritzen im Jahr 2014 auf 6.281.456 im Jahr 2021. Mit 6.427.076 abgegebenen Spritzen wurde 2020 der bisher höchste Wert erreicht (vgl. Abbildung 6.5 bzw. Tabelle A6.4). In Tirol und Wien wurden im Jahr 2021 etwas weniger Spritzen abgegeben als im Jahr davor.

Abbildung 6.5:
Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien 2015–2021



Quelle: ST10, Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die **meisten Spritzen in Drogenhilfeeinrichtungen** ausgehändigt, im Jahr 2021 waren es rund 5.800.000 (vgl. Tabelle A6.4). Die Rücklaufquote gebrauchter

Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2022a). Darüber hinaus wurden über **Spritzenautomaten** ca. 115.000 Spritzensets und im Rahmen des **aufsuchenden Drogenstreetworks** in Wien, der Steiermark und Kärnten über 12.000 Spritzen abgegeben¹³⁹. An den Automaten erfolgt die Abgabe zu- meist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze(n) und Nadel(n) unter- schiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert.

Seit November 2019 besteht für Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, in zwei **Wiener Apothe- ken**, einer im 11. und einer im 20. Bezirk, kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Im Jahr 2020 kam eine weitere Apotheke im 11. Bezirk hinzu, und auch im Berichtsjahr 2021 gelang eine Ausweitung des Angebots um zwei zusätzliche Apotheken, die eine im 11. und die andere im 22. Bezirk. Damit werden in insgesamt fünf Wiener Apotheken Spritzen getauscht. Die Wiener Apothekerkammer unterstützte die Realisierung dieser Maßnahme (SDW 2022). Neben den gängi- gen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf ist es in Österreich auch möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken **käuflich** zu erwerben.

Seit Jänner 2020 bieten auch **Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe** Spritzentausch an. Es handelt sich dabei aktuell um 17 Einrichtungen der Organisationen Rotes Kreuz, Obdach Wien, Samariterbund Wien und Caritas Wien. Das kostenlose Angebot der Suchthilfe Wien umfasst die einmalige Aufstellung der Spritzentauschbox in der Einrichtung, (bei Bedarf) die Schulung der Mit- arbeiter:innen, die Bestellung und Lieferung von Safer-Use-Materialien sowie die Abholung und Entsorgung des Materials durch ein Entsorgungsunternehmen. Der Fonds Soziales Wien (FSW) un- terstützte die Realisierung dieser Maßnahme. Im Jahr 2021 verzeichneten die Einrichtungen ins- gesamt rund 17.000 diesbezügliche Kontakte, bei denen rund 290.000 Spritzen getauscht wurden (SDW 2022).

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzentauschs auch Einzelberatungen sowie ver- einzelt **Trainings zu Safer Use / Safer Injecting** angeboten. Über verschiedene Onlineangebote der Einrichtungen finden zudem Beratungen anonym sowie zeit- und ortsunabhängig statt. Konkrete Daten betreffend die Anzahl der Trainings bzw. die Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Sinne eines Peer-Involvements und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung („health education approach“) finden in Österreich wenig Beachtung.

Das Angebot der Tiroler Notunterkunft *Mentvilla* wurde aufgrund der Pandemie bereits im Jahr 2020 zu einer 24-h-Unterkunftsmöglichkeit für obdachlose Menschen umfunktioniert und die An- laufstelle durch die mobile Betreuung und Begleitung erweitert. Für suchtkranke Menschen, die außerhalb der *Mentvilla* untergebracht sind bzw. selbstständig wohnen, gab es auch im Berichtsjahr die Möglichkeit einer Beratung und Begleitung durch Sozialarbeiter:innen (Caritas Diözese Innsbruck 2022, Grüner p. M.).

139

Die Zahlen beziehen sich auf Wien, die Steiermark und Kärnten. In Vorarlberg ist die Zahl der durch das Drogenstreetwork abgegebenen Spritzen in den Spritzenzahlen der Einrichtungen inkludiert.

In Wien ergänzt *Change – Beratungsstelle für Menschen mit Suchtproblemen* das Angebot der Einrichtung *Jedmayer* mit Informations- und Beratungsangeboten, Spritzenaustausch, einem betreuten Tagesaufenthaltsraum für etwa zehn Klientinnen/Klienten und gemeinwesenorientierter Straßensozialarbeit und ist damit ein weiteres wichtiges Angebot innerhalb der niederschweligen Drogenarbeit in Wien (SDW 2022). Insgesamt wurden im Berichtsjahr bei *Change* 7.589 Kontakte verzeichnet (durchschnittlich 28 Klientinnen/Klienten pro Tag) (SHW 2022a).

Prophylaxe gegen und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV- bzw. Hepatitis-Status-Bestimmungen**. HIV-Status-Bestimmungen werden kostenlos in vierzehn niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten, kostenlose Hepatitis-Status-Bestimmungen in zehn niederschweligen Einrichtungen in vier Bundesländern.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über HIV- und HCV-Status-Erhebungen bei i. v. Drogenkonsumierenden¹⁴⁰, die vor dem in DOKLI dokumentierten Behandlungsbeginn stattfanden. Im stationären Betreuungssetting haben sich im Jahr 2021 83 Prozent der dokumentierten Personen innerhalb der letzten zwölf Monate einem HIV-Test unterzogen und 84 Prozent einem HCV-Test. Im längerfristig ambulanten Betreuungsbereich liegen die Testhäufigkeiten bei rund 50 Prozent (49 % für HIV-Tests und 51 Prozent für HCV-Tests).

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zwölf niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien* erhielten im Berichtsjahr 92 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. 36 davon konnten die Grundimmunisierung 2021 erfolgreich abschließen, weitere 22 erhielten eine Auffrischungsimpfung. Die übrigen 36 haben die Grundimmunisierung entweder begonnen oder fortgesetzt (SHW 2022a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 173 Personen vor, zum HBV-Impfstatus solche von 170 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2021 sowohl für HAV als auch für HBV 45 Prozent¹⁴¹. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tuberkulose-Impfrate (Tbc-Impfrate) von sechzehn Prozent basiert auf den Angaben von 106 Personen. Anzumerken ist hier jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz aussagen, als rein über eine vorangegangene Impfung zu informieren.

140

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings wird weder das Testergebnis noch der Testzeitpunkt abgefragt.

141

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

Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern Initiativen zur **Behandlung von Hepatitis C**. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch eigene Hepatitisambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. In Oberösterreich werden über niederschwellige Anlauf- und Kontaktstellen kostenlose Schnelltests angeboten und Klientinnen/Klienten mit positivem Testergebnis über Kooperationsprojekte mit den regionalen Krankenanstalten in weitere diagnostische Abklärung und Behandlung geführt. In Tirol gibt es im niederschweligen Setting ebenfalls Testungen an mehreren Orten mit Vermittlung in gastroenterologische und hepatologische Ambulanzen im Falle einer positiven Befundung. In Kärnten und Vorarlberg werden in Drogenberatungsstellen kostenlose Testungen angeboten und Beratungen über Behandlungsmöglichkeiten an Kliniken durchgeführt. In Salzburg gibt es ein Kooperationsprojekt zwischen substituierenden Ärztinnen/Ärzten und dem Uniklinikum Salzburg. In Niederösterreich startete 2019 am Universitätsklinikum St. Pölten ein Pilotprojekt, das Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm den Zugang zur Behandlung vereinfachen soll. Die Kosten der Behandlung mit modernen DAA¹⁴² werden österreichweit von den Krankenkassen – unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp – übernommen (vgl. Schwarzenbrunner p. M., Grüner p. M., Neubacher, p. M., Drobesch-Binter, p. M., Caritas Diözese Graz-Seckau 2018, Schabus-Eder p. M., Maieron 2020, Hörhan p. M., DVSV 2021).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *Ambulatorium Suchthilfe Wien*, dem *Verein Dialog*, der *Klinik Ottakring* / 4. Medizinische Abteilung sowie mehr als 200 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA in Form einer *directly observed therapy* (DOT) für Personen in Substitutionsbehandlung auszeichnet. Im Zeitraum August 2015 bis Ende 2021 haben insgesamt 607 Patientinnen/Patienten die Behandlung begonnen, 479 von ihnen haben sie und das Zwölf-Wochen-Follow-up beendet. Bei über 99 Prozent von ihnen konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (Schütz et al. 2018, SHW 2022a).

Bezüglich Testungen auf, Behandlungen von und Impfungen gegen Infektionskrankheiten in Haft siehe Kapitel 8.

Drug-Checking und Reduktion von Notfällen

Drug-Checking ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting**, wird aber ausschließlich in Wien (*checkit!*) und Tirol (*Drogenarbeit Z6*) umgesetzt (vgl. SHW 2022b und Drogenarbeit Z6 2022). In Graz befindet sich ein solches Angebot in Vorbereitung. Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse in Hinblick auf besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum dem österreichischen Informations- und Frühwarnsystem (vgl. Kapitel 3). Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse findet sich in Kapitel 7.

142
direct acting antivirals

Checkit! analysierte im Jahr 2021 1.336 abgegebene Proben (2020: 982 Proben) im Rahmen dreier Events und eines Outreach-Einsatzes (45), über zwei kooperierende Wiener Apotheken (726) sowie im stationären Drug-Checking in der *homebase* (565). Insbesondere im zweiten Quartal des Berichtsjahrs, in welchem der Lockdown in Ostösterreich eine Schließung des stationären Drug-Checkings erforderte, wurde das im Jahr 2020 neu geschaffene Drug-Checking-Angebot über die beiden Apotheken (im 12. bzw. 9. Bezirk) vermehrt in Anspruch genommen (SHW 2022b).

Das im Jahr 2019 von der Europäischen Kommission genehmigte Projekt *SCANNER* (DG Justice) stellt eine internationale Kooperation zwischen dem *checkit!*-Labor und ausgewählten Drug-Checking-Einrichtungen dar. Hauptziel des Projekts ist es, Erkenntnisse über die Dynamik und die Folgen des Konsums Neuer psychoaktiver Substanzen vor dem Hintergrund eines sich schnell verändernden (Online-)Drogenmarkts zu gewinnen. Das *checkit!*-Labor an der Medizinischen Universität Wien dient dabei als Referenzlabor zur Identifizierung Neuer psychoaktiver Substanzen (NPS). Im Jahr 2020 wurden die ersten Validierungen zwischen Laboren (Ringversuche) vorbereitet, 2021 konnte das Labor alle NPS der drei enthaltenen Probenchargen erfolgreich identifizieren (SHW 2022b).

Bei *Drogenarbeit Z6* in Tirol wurden 398 Proben aus dem Drug-Checking-Programm zur chemischen Analyse abgegeben. Aufgrund der durch die COVID-19-Pandemie bedingten Einschränkungen wurden auch 2021 weniger Proben als in den Jahren davor untersucht. (2018: 483, 2019: 513, 2020: 354 Substanzproben) (*Drogenarbeit Z6* 2022). Unter Mithilfe unterschiedlicher Systempartner:innen in der Tiroler Soziallandschaft sowie des Bildungsbereichs und anhand der darauf folgenden zahlreichen Anfragen bzgl. Cannabis und der Möglichkeit, dieses auch analysieren zu können, wurde gezeigt, dass Drug-Checking auch bei Cannabis ein sinnvolles und nachhaltiges Instrument in der Prävention sein kann. Die *Drogenarbeit Z6* startete deshalb zusammen mit der Gerichtsmedizin Innsbruck eine Pilotphase zum **Cannabis-Drug-Checking**, bei der vermehrt Cannabisproben als Teil des Standardprogramms auf das Vorliegen synthetischer Cannabinoide untersucht wurden (vgl. Kapitel 7). In Übereinkunft mit der Gerichtsmedizin Innsbruck ist das Land Tirol zu dem Ergebnis gekommen, Testungen für Cannabis nicht generell anbieten zu wollen, sondern nur bei einem Verdacht auf enthaltene synthetische Cannabinoide (Suchtkoordination Tirol 2022).

Seit Ausbruch der Coronapandemie wird das Onlineportal der *Drogenarbeit Z6* häufig im Rahmen des Drug-Checking-Angebots für die Ergebnisbekanntgabe genutzt. Gerade für Personen, die außerhalb Innsbrucks wohnen, ermöglicht die **Onlinebekanntgabe** eine bequeme und zeitnahe Information über die Zusammensetzung der abgegebenen Substanzen. Das Analyseresultat wird als PDF-Datei zur Verfügung gestellt und beinhaltet eine Risikoeinschätzung, Harm-Reduction-Empfehlungen, Informationen zu den detektierten Substanzen und Safer-Use-Tipps. Die Klientinnen/Klienten des Drug-Checkings haben über die Onlineberatung die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich weiterführend informieren und beraten zu lassen (*Drogenarbeit Z6* 2022).

Überlebenshilfe

Konkrete Initiativen zur **Prävention von Überdosierungen** und zum **Umgang mit Notfällen** sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumierende wie auch für Mitarbeiter:innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Websites verfügbar¹⁴³.

Naloxon ist ein gängiges **Notfallmedikament bei Opioidüberdosierungen** und ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte, bzw. gehört Naloxon zur Standardausrüstung von Notärztinnen/-ärzten und Rettungswägen. Derzeit wird es in Österreich nicht flächendeckend direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. Jedoch gibt es **Take-home-Naloxon-Projekte** in der Steiermark, in Wien und seit 2020 auch im Burgenland. Im Burgenland richtet sich das Angebot speziell an Drogenkonsumierende im Jugendalter und wird von der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Eisenstadt (Träger: Soziale Dienste Burgenland GmbH) koordiniert (p. M. Taferner-Kraigher). Im Rahmen des Take-home-Naloxon-Projekts in der Steiermark wurden im Berichtsjahr fünf Einzelschulungstermine abgehalten (2019: 11, 2020: 3) und dabei insgesamt acht Teilnehmer:innen (teilweise aus gemeinsamen Haushalten) in Erster Hilfe im Drogennotfall geschult und mit Naloxon-Kits ausgestattet. Bisher ist es noch nicht gelungen, die Kosten der Ausbildungen in die Regelfinanzierung der Stadt Graz zu übertragen (Ploder p. M.).

Das *Ambulatorium Suchthilfe Wien* erarbeitete 2019 ein **Schulungskonzept für kompetentes Handeln bei Opiatüberdosierungen** auch in Bezug auf die Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon in Form eines Nasensprays. Das Projekt wurde in der Folge einrichtungsübergreifend vom *Ambulatorium Suchthilfe Wien* und von *Jedmayer* durchgeführt. Eigens dafür geschulte Mitarbeiter:innen vermitteln den Klientinnen und Klienten, wie man sich im Notfall richtig verhält, wie man Erste Hilfe leistet und wie man das Nasenspray mit Wirkstoff Naloxon richtig anwendet. Zudem wird den Teilnehmenden eine Packung mit zwei Einzeldosen des Medikaments ausgehändigt. Im Jahr 2021 wurden an sieben Terminen insgesamt 20 Klientinnen/Klienten geschult. Das Projekt wird 2022 fortgesetzt (SHW 2022a).

Safer Use und Gesundheitsförderung

Das **Safer-Use-Safer-Sex-Pilotprojekt** vom Wiener Netzwerk Chemsex, das aus unterschiedlichen Fachorganisationen aus der MSM-Beratung, der Beratung in Sachen sexuelle Gesundheit und der Suchtberatung besteht, wurde im Berichtsjahr fortgeführt und gemeinsam von der Aidshilfe Wien und dem Institut für Suchtprävention (ISP) umgesetzt. Das Angebot richtet sich vor allem an Männer, die mit Männern Sex haben (MSM) und sowohl im privaten Setting als auch im Partysetting

143

z. B. <https://doit.at/safer-use/>; [http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/uberdosierung-notfalle](http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/uberdosierung-notfalle;);
<https://checkit.beranet.info>; <https://www.drogenarbeit6.at/konsum/drogennotfall.html> (Zugriff jeweils am 8. 6. 2022)

Suchtmittelkonsum und Sex kombinieren (Chemsex). Ziel des im Jahr 2020 entwickelten Projekts ist es, Beratungsgespräche zu risikoärmerem Konsum und Sex (Harm-Reduction) für die Zielgruppe anzubieten und diese durch Bereitstellung von Safer-Use-Safer-Sex-Materialien zu fördern. Die *Partypacks* beinhalten zielgruppenspezifische Safer-Sex- und Safer-Use-Materialien für den nasalen Konsum psychoaktiver Substanzen. Die *Slampacks* („to slam“ oder „slammen“: szenespezifischer Begriff für intravenösen Konsum) beinhalten zielgruppenspezifische Safer-Sex-Materialien und Safer-Use-Materialien für den intravenösen Konsum psychoaktiver Substanzen (SDW 2022).

Der Informations- und Beratungsstand des Tiroler *MDA basecamp*, der Personen selektiv von **gesundheitsschädlichem Verhalten abhalten bzw. Schadensminderung** bezwecken soll, wurde im Jahr 2020 durch Lastenradeinsätze in der Stadt Innsbruck ersetzt. Das Lastenrad ermöglicht es, das Angebot der *Drogenarbeit Z6* flexibel und mobil zu gestalten, sein Einsatz wurde auch im Berichtsjahr fortgeführt (Drogenarbeit Z6 2022).

Die *Drogenarbeit Z6* hat 2020 die *PartyBox* bzw. ein **Gesundheitspräventionspaket** entwickelt, um die Angebote für die Klientel auch **im privaten Bereich** erreichbar zu machen. Das Konzept wurde im Berichtsjahr weiter ausgearbeitet und erhielt eine Sondersubvention der Thoolen Foundation. Eine *PartyBox* ist für bis zu zehn Personen ausgelegt und beinhaltet unter anderem detaillierte Substanzinformationen in Form von Flyern, Erste-Hilfe-Flyer mit umfangreichen Maßnahmen bei einem Notfall im privaten Setting, Rechtsinformationen für Partys im nichtöffentlichen Raum, Harm-Reduction-Utensilien, Safer-Sex-Artikel sowie Gehörschutz. Die *PartyBoxen* wurden während der Lastenradeinsätze, Partywork- und Mobile-Jugendarbeit-Einsätze sowie durch das Angebot des stationären Drug-Checkings an Jugendliche und junge Erwachsene ausgegeben – in Verbindung mit einem kurzen Aufklärungsgespräch hinsichtlich der Inhalte und Informationen zu diversen Themen der Drogenprävention. Im Berichtsjahr wurden 78 der kostenlosen *PartyBoxen* erfolgreich an Klientinnen/Klienten verteilt, dennoch wird das Projekt *PartyBox* aufgrund fehlender finanzieller Mittel 2022 auslaufen (Drogenarbeit Z6 2022).

Das **Vorarlberger Eventbegleitungsprojekt *taktisch klug*** bietet seit 2008, gemeinsam mit Partnerinnen/Partnern aus der Offenen Jugendarbeit und der Drogenhilfe, Angebote und Hilfestellungen zu legalisiertem und illegalisiertem Drogenkonsum, gesundheitlicher Schadensminimierung, Sucht und anderen jugend- und entwicklungsspezifischen Themen wie Gewalt, Sexualität oder Rassismus an. Damit werden Veranstaltende und Besucher:innen bei jährlich ca. 50 Events niederschwellig und anonym unterstützt. Auf der Website der unabhängigen Organisation sind außerdem Informationsblätter zu verschiedenen Substanzen (u. a. Alkohol, Cannabis, synthetische Cannabinoide, Benzodiazepine) sowie unterschiedliche Blogbeiträge zu Themen wie Safer Use, Genuss vs. Sucht oder Cannabislegalisierung zu finden.¹⁴⁴

144

<https://www.taktischklug.at/> (Zugriff am 4. 7. 2022)

Streetwork

Streetwork verfolgt das Ziel, Kontakt zu schwer erreichbaren Suchtkranken aufzubauen und sie in das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk sowie in das allgemeine Sozial- und Gesundheitssystem zu vermitteln. In Wien erfolgt diese niedrigschwellige Drogenarbeit über die Straßensozialarbeit von *Streetwork*, die von *Change* durch das Zurverfügungstellen der Räumlichkeiten als Basisstation und als Rückzugsraum unterstützt wird. 2021 war *Streetwork* wienweit an rund 200 verschiedenen Orten tätig, an denen insgesamt 2.046 Besuche verzeichnet wurden (SHW 2022a).

Im Berichtsjahr startete das bundesländerübergreifende Projekt *baseCamp mobil*, ein gemeinsames Modellprojekt von pro mente OÖ mit der Suchthilfe Salzburg und Caritas Tirol, welches vom Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz finanziert wird (vgl. Abschnitt 6.3).

6.2.6 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Psychosoziale und psychiatrische Versorgungsangebote

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (vgl. Weigl et al. 2014). Die Behandlung von Klientinnen und Klienten mit psychotischem Krankheitsbild stellt die Einrichtungen der Suchthilfe vor besondere Herausforderungen, da diese Klientel neben einer suchtmmedizinischen Betreuung auch eine psychiatrische Behandlung benötigt. Die Integration von Menschen mit Suchterkrankungen in die medizinische Regelversorgung wird zunehmend Thema, wobei in diesem Zusammenhang von einem umfassenden Suchtbegriff ausgegangen wird (vgl. Weigl et al. 2017).

Interventionen und Maßnahmen, die auf den **allgemeinen Gesundheitszustand** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in alle Betreuungs- und Behandlungsbereiche der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich ist psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrales Thema der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *Jedmayer* bietet seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „**Bezugsbetreuung**“ an – mit dem Ziel, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Zielgruppe sind hier suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2021 nahmen 278 Personen eine solche Bezugsbetreuung in Anspruch, wobei 107 Betreuungen von 2020 übernommen und 171 im Berichtsjahr neu begonnen wurden (SHW 2022a).

In der SDW wurde entsprechend den Schwerpunkten der vergangenen Jahre auch 2021 weiterhin abteilungsübergreifend an der **Verbesserung bestehender Angebote** für die Zielgruppen „Jugendliche mit problematischem Substanzkonsum“, „substanzabhängige schwangere Frauen und Müt-

ter/Eltern und deren Neugeborene/Kinder“ sowie „substanzabhängige Menschen mit Migrationshintergrund“ gearbeitet. Damit soll die Nachhaltigkeit der in den Schwerpunktjahren erarbeiteten Maßnahmen und Konzepte langfristig gesichert werden. Im Berichtsjahr fanden zwei Mutter-Kind-Gruppen (Frühjahr und Herbst zu je acht Einheiten) zur **Förderung der Erziehungskompetenz suchtkranker Mütter** statt (SDW 2022).

Die **digitale Plattform für psychische Gesundheit MINDBASE.at** ist seit Dezember 2019 online und wurde im Berichtsjahr 2021 intensiv beworben. Dort sind Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen zusammengefasst. Als Hilfe zur Selbsthilfe steht dort außerdem eine Reihe geprüfter Onlinetools kostenlos und anonym zur Verfügung. Ziel des digitalen Angebots ist eine **Erhöhung der Reichweite für die Themen Sucht bzw. psychische Erkrankung** und infolgedessen eine Entstigmatisierung dieses Themenbereichs (SDW 2022).

Die *Suchthilfe Tirol* bietet seit Herbst 2018 einmal pro Monat in der Beratungsstelle Wörgl sowie seit Ende 2020 in der Beratungsstelle Hall in Tirol (vor der Übersiedlung dorthin gab es dieses Angebot in Innsbruck) **allgemeinpsychiatrische Sprechstunden** an. Damit wurde den Klientinnen und Klienten auch im Berichtsjahr 2021 Zugang zu psychiatrischer Betreuung beispielsweise für Diagnosen, Medikamentierungsfragen und Abklärung von Komorbiditäten ermöglicht (Suchthilfe Tirol 2022; Haring p. M.).

Der **Psychosoziale Krisendienst Tirol** bietet seit Herbst 2020 **telefonische sowie aufsuchende Krisenintervention** an – mit dem Ziel, professionelle Hilfe für eine Erstabklärung leicht zugänglich zu machen. Dabei werden eine Gefährdungseinschätzung und eine Krisenintervention vorgenommen und wird, wenn notwendig, in Absprache mit der Patientin / dem Patienten eine Weiterbehandlung koordiniert. Die Träger sind die Vereine *Suchthilfe Tirol* und *Psychosozialer Pflegedienst Tirol*. Für obdachlose Menschen mit einer Drogenproblematik, die in einer Tiroler Obdachloseneinrichtung untergebracht waren und ärztliche Unterstützung für eine medikamentöse Einstellung bzw. Substitution benötigten, fand außerdem eine enge Zusammenarbeit mit der Drogenfachstation B3 des LKH Hall in Tirol statt. Im Jahr 2021 wurden insgesamt 3.345 telefonische Gespräche dokumentiert, und es wurden zehn aufsuchende Einsätze mit Ausfahrten durch den Psychosozialen Krisendienst Tirol durchgeführt (Suchthilfe Tirol 2022).

In Wien übernimmt der **Spitalsverbindungsdienst CONTACT**, der in das *Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien* eingebettet ist, die **Beratung und Betreuung suchtkranker Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern** und ihre Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2021 erbrachte *CONTACT* Leistungen für 464 Klientinnen und Klienten mit illegalem Substanzkonsum. Zudem führten Mitarbeiter:innen von *CONTACT* Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus durch. Die inhaltlichen Schwerpunkte waren wie auch im Jahr 2020 die Betreuung **suchtkranker Schwangerer und Mütter sowie der Zielgruppe 40+**. Bei Letzterer stellt der hohe Anteil Pflegebedürftiger bzw. Schwerkranker mit ihren besonderen Bedürfnissen eine große Herausforderung für die Betreuung und Behandlung dar. Zudem fand eine pandemiebedingt veränderte und verstärkte Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Suchtkranke in der Klinik Penzing im Bereich der Vermittlung der vor Ort behandelten Klientinnen und Klienten an das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk statt – mit dem Ziel, die Spitäler in der Pandemie verstärkt zu entlasten (SDW 2022).

Ziel des **Liaisondienstes *Konnex***, der ebenfalls einen Teil des *Ambulatoriums der Sucht- und Drogenkoordination Wien* bildet, ist es, die **Betreuung Suchterkrankter in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs** zu unterstützen. Dieses Angebot wird u. a. von Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, der mobilen und stationären Pflege und Betreuung, der Jugendwohlfahrt, der Behindertenhilfe, der Flüchtlingshilfe sowie von arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen genutzt. Im Rahmen der Fachberatungstätigkeit von *Konnex* fanden im Jahr 2021 394 Multiplikatorenkontakte und zehn Begutachtungen von Klientinnen/Klienten statt (SDW 2022).

Die Hilfswerk Steiermark GmbH, die Suchtberatungen in den Bezirken Südoststeiermark, Hartberg/Fürstenfeld und Graz-Umgebung Süd anbietet, hat das seit Anfang der Pandemie eingeführte „**PSD Hilfstelefon**“ bis September 2021 weitergeführt. Alle Sucht- und Beratungseinrichtungen wurden auf ein Telefon umgeleitet, welches von jeweils einem:einer psychosozialen Fachmitarbeiter:in betreut wurde. Entlastungsgespräche und die Weiterleitung zu den jeweiligen Einrichtungen bzw. Kolleginnen/Kollegen wurden damit gewährleistet (Suchtkoordination Steiermark 2022).

Im Herbst 2019 wurde durch die Landes-Zielsteuerung die Finanzierung des dreijährigen Projekts **„Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patientinnen/Patienten im Bereich Obersteiermark mit Schwerpunkt Leoben“** beschlossen, um die Weiterversorgung der in der SMA Bruck auf Substitutionsmedikamente eingestellten opiatabhängigen Patientinnen/Patienten sicherzustellen. Die Suchtberatung Obersteiermark wurde im Jänner 2020 als Suchtberatungsstelle gemäß § 15 SMG anerkannt. Im Bezirk Leoben werden seitdem in enger Zusammenarbeit mit der Suchtmedizinischen Ambulanz (SMA) in Bruck Substitutionspatientinnen/-patienten neben den psychotherapeutischen und sozialarbeiterischen Angeboten auch medizinisch versorgt. Die Indikationsstellung zur Substitutionsbehandlung erfolgt weiterhin in der SMA Bruck; die medizinische Weiterbehandlung sowie die psychosozialen Begleitmaßnahmen werden in der Suchtberatung durchgeführt (Suchtkoordination Steiermark 2022).

Im Burgenland bietet das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Eisenstadt, Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, mit einer Ambulanz, zwei stationären Abteilungen und einer Tagesklinik die Möglichkeit einer umfassenden Abklärung sowie einer individuellen und ganzheitlichen Behandlung im Suchtbereich. Im Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie Oberwart und in der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen im Jugendalter der Kinder- und Jugendpsychiatrie Eisenstadt startete 2021 ein **Beratungsangebot für Jugendliche und deren Angehörige zum Thema substanz- und nichtsubstanzgebundene Süchte**. Zu den Inhalten des Angebots zählen Information und Aufklärung (Substanzwirkungen, Gefahren, Risikobereiche, Safer Use, Substanzkompetenz, Konsumkompetenz), Diagnostik und Abklärung bei Verdacht auf Suchtentwicklung und den möglicherweise zugrunde liegenden Störungsbildern, Diagnostik und Abklärung im Rahmen von §-13-Weisungen, Betreuung und Behandlung im Rahmen von Gerichtsweisungen bzw. „Therapie statt Strafe“ sowie die Behandlung und Therapie suchtspezifischer Störungen sowie Komorbiditäten und psychischer Sekundärerkrankungen. Die Angehörigenberatung findet parallel zur Behandlung und Therapie betroffener Jugendlicher statt. Zudem gibt es ein spezielles Angebot für Jugendliche, in deren Fall ein Elternteil oder beide Eltern selbst an einer Suchterkrankung leiden oder litten (Taferner-Kraigher p. M.).

In Kärnten hat *NEUSTART* im Rahmen des Programms *Use it* ein flächendeckendes niederschwelliges Angebot für **suchtkranke Erwachsene mit intensivem Betreuungsbedarf** (u. a. Schwangerschaft, Elternschaft, Haftentlassung) geschaffen. Das Angebot soll durch die nachgehende psychosoziale Betreuungsstruktur zur Stabilisierung von Krankheitsverläufen bei Drogenkranken beitragen, um gesundheitliche Spätschäden möglichst zu begrenzen bzw. Todesfälle zu vermeiden. Dies erfolgt in enger Kooperation mit den Drogenambulatorien bzw. den behandelnden Ärztinnen/Ärzten. Im Jahr 2021 wurden 2.926 Kontakte im Rahmen von *Use it* dokumentiert (Drogenkoordination Kärnten 2022).

Das von der SDW entwickelte Konzept – „**sam – sozial, sicher, aktiv, mobil – Mobile soziale Arbeit im öffentlichen Raum**“ – wird operativ von der Suchthilfe Wien umgesetzt. Alle sam-Teams sind damit konfrontiert, Konflikte innerhalb von Gruppen (Konfliktkultur, Lautstärke) zu regeln und Menschen mit sozialen und gesundheitlichen Problemlagen in das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk bzw. in das allgemeine Sozialsystem zu integrieren (SDW 2022).

2021 hatte das *Jedmayer* Kontakt zu 1.233 namentlich bekannten Personen, die eine **sozialarbeiterische Leistung** im Segment Information/Beratung/Betreuung in Anspruch nahmen (durchschnittlich 31 Klientinnen/Klienten pro Tag) (SDW 2022).

Allgemeinmedizinische Versorgungsangebote

Suchtkranke haben in der Regel einen erschwerten Zugang zur medizinischen Grundversorgung. In der Steiermark legt die im Oktober 2019 gegründete **Primärversorgungseinheit Allgemeinmedizin Graz Gries** (PVE Gries) den Schwerpunkt ihrer Arbeit u. a. auf die interdisziplinäre Behandlung und Betreuung von Suchtpatientinnen/-patienten und ihren Komorbiditäten. Die Angebote der PVE umfassen u. a. ambulante Reduktionstherapien und Entzüge, psychotherapeutische Interventionen, die Betreuung opiatabhängiger Schwangerer inkl. Nachbetreuung nach der Entbindung, die Anbindung an die Entwicklungsambulanz bzw. die Kooperation mit einer Kinder- und Jugendpsychiaterin sowie eine sozialarbeiterische Hilfestellung, u. a. bei Behördenwegen oder der Wohnversorgung (Cichy p. M.).

Im Rahmen der **niederschweligen medizinischen Grundversorgung** des *Ambulatoriums Suchthilfe Wien* erfolgten im Berichtsjahr 12.398 ärztliche Konsultationen (SHW 2022a). Im Sinne einer **integrierten Versorgung** steht im *Ambulatorium Suchthilfe Wien* ein interdisziplinäres Team von Ärztinnen/Ärzten für Allgemeinmedizin, Fachärztinnen/Fachärzten (Innere Medizin, Gastroenterologie und Hepatologie, Gynäkologie, Psychiatrie und Psychotherapie), diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Krankenpflegern sowie diplomierten Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern zur Verfügung, um auch Patientinnen/Patienten mit komplexeren psychischen und somatischen Erkrankungen den **Zugang zu Diagnostik und Behandlungen** zu ermöglichen. Im Berichtsjahr nahmen auf diese Weise 41 Personen die HIV/AIDS-Ambulanz in Anspruch (bei 101 Konsultationen), 22 Personen die pulmologische Ambulanz (24 Konsultationen) und 84 Personen die Hepatitis-Ambulanz (115 Konsultationen); 35 Patientinnen suchten die Gynäkologin auf (bei 56 Untersuchungen), und bei 371 Personen wurde eine psychiatrische Begutachtung vorgenommen (650 Konsultationen) (SHW 2022a).

Im Kontaktladen der Caritas Diözese Graz Seckau finden dreimal pro Woche die **allgemeinmedizinischen Sprechstunden** im Rahmen der Öffnungszeiten des Kontaktladencafés statt und können umgehend und ohne Terminabsprache von Klientinnen/Klienten besucht werden. Neben der allgemeinmedizinischen Beratung liegt das Hauptaugenmerk auf den Hepatitis-C- bzw. HIV-Testungen und den dazugehörigen Beratungen sowie anderen konsumbedingten Infektionskrankheiten (Caritas Diözese Graz-Seckau 2022).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung schadensminimierender Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung (z. B. die Förderrichtlinien der SDW) oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. das *Ambulatorium Suchthilfe Wien*) – die entsprechenden Qualitätskriterien anwendbar. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben.

Neben der vom BMSGPK herausgegebenen *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* besteht auch in der Steiermark eine *Benzodiazepin-Richtlinie* (vgl. Weigl et al. 2016) und in Wien eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien erstellte Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen, die auch von Kärnten übernommen wurde. Die diesbezügliche Broschüre zielt darauf ab, das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs von Benzodiazepinen zu erhöhen und der verschreibenden Ärzteschaft eine fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe im Umgang mit dieser Medikamentengruppe zu bieten (vgl. SDW 2016).

Im Qualitätszirkel SDHN werden nach dem Prinzip der kontinuierlichen Verbesserung verbindliche Mindeststandards und Rahmenbedingungen für das Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) festgelegt (SDW 2022).

In der Steiermark können durch die **Implementierung eines einheitlichen Förderungscontrollings** seit dem Jahr 2020 vergleichende Daten zur ambulanten Versorgung im Suchthilfebereich generiert werden. Die sowohl klienten- als auch einrichtungsbezogenen Daten sind für die Weiterentwicklung der Suchthilfe essenziell, weil daraus Aussagen in Hinblick auf die Gleichwertigkeit der Versorgung in den sechs Versorgungsregionen getroffen werden können und Grundlagen für Planung und Steuerung geschaffen werden. Auf Basis der Ergebnisse dieser Datenauswertung wurde Anfang 2021 bereits das Angebot in der Versorgungsregion 65 (Voitsberg, Deutschlandsberg, Leibnitz) aufgestockt. Im Berichtsjahr wurde außerdem an der Erstellung von Qualitätsstandards für die ambulante Suchthilfe Steiermark gearbeitet, deren Fertigstellung im Laufe des Jahres 2022 erfolgen wird (Cichy p. M.).

6.3 Neue Entwicklungen

Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Um weitere Gruppen von Personen mit erhöhten HCV-Raten zu erreichen und gegebenenfalls einer Therapie zuzuführen, wurde in Wien mit einem Screening von Wohnungslosen auf HIV, HBV und HCV begonnen, welches das sogenannte *neunerhaus* durchführte – eine Einrichtung mit Gesundheitszentrum, Wohnhäusern und Tageszentren, über die jährlich ca. 5.000 wohnungslose Menschen betreut und medizinisch versorgt werden. Auch bei diesem Projekt gab es pandemiebedingt Adaptierungen. Bis Mai 2022 wurden etwa 500 Personen gescreent. Erste Ergebnisse zeigen, dass ca. zehn Prozent der getesteten wohnungslosen Personen HCV-RNA-positiv sind (48 Personen) – ein Anteil, der auch in anderen Ländern in dieser Gruppe gefunden wurde. Erste auf Basis dieses Screenings ermittelte Personen mit einer chronischen Hepatitis-C-Erkrankung haben bereits mit einer HCV-Therapie begonnen (20 von 48 Personen bis Mai 2022). (Haltmayer/Gschwantler 2021, Gschwantler et al. 2022).

Männer, die Sex mit Männern haben (MSM), zeigen oft eine akute Hepatitis C und Reinfektionen. Über das MSM-TNT-Projekt (MSM Test and Treat) wird am Wiener AKH Männern, die mit Männern Sex haben (MSM), ein Point-of-Care-Screening auf Hepatitis C angeboten. In diesem Zusammenhang wird auch ein sogenanntes HCV-Phone eingesetzt, um Personen telefonisch durch den Prozess der Behandlung, die „cascade of care“, zu begleiten und sie somit erfolgreicher ans Ziel zu bringen. (Haltmayer/Gschwantler 2021, Gschwantler et al. 2022).

Ein weiteres neues Projekt ist ELIMINATE (Elimination Austria East). Hier geht es darum, HCV-RNA-positive Personen, die über andere Projekte nicht erreicht werden konnten, einer Behandlung zuzuführen. Dabei werden die Datenbanken mehrerer Spitäler aus dem Osten Österreichs zusammengespielt, um zu einer Liste von Personen zu kommen, die in den letzten zehn Jahren HCV-RNA-positiv getestet und seither noch nicht erfolgreich behandelt wurden. Die so ermittelten Personen werden telefonisch kontaktiert, gegebenenfalls wird versucht, sie einer Behandlung zuzuführen (Haltmayer/Gschwantler 2021).

Ebenfalls ein neues Projekt ist das HCV-Screening und dessen Evaluierung in Justizanstalten (Gschwantler et al. 2022).

Schadensminimierende Maßnahmen

Im Berichtszeitraum haben sich in den Einrichtungen u. a. folgende Änderungen in Hinblick auf **schadensminimierende Angebote** ergeben (vgl. Tabelle 6.2):

Tabelle 6.2:

Neue schadensminimierende Angebote und Pilotprojekte

Region	Titel der Maßnahme	Kurzbeschreibung
OÖ S T	bundesländerübergreifendes Modellprojekt <i>baseCamp mobil</i>	Das Projekt <i>baseCamp mobil</i> ist ein gemeinsames Modellprojekt von <i>pro mente OÖ</i> , Suchthilfe Salzburg und Caritas Tirol. Die mobilen Anlaufstellen (Busse) für drogenkonsumierende und medikamentenabhängige Menschen bieten Infogespräche, Unterstützung und Beratung zu Suchtthemen und zum Lebensalltag, Hilfe beim Ausfüllen von Anträgen, Informationen zu Safer Use und Safer Sex, Spritzentausch, HIV- und Hepatitis-C-Screenings sowie Gesundheitsberatung. Die ersten Monate zeigten, dass vor allem der Bedarf für Spritzentausch hoch ist, aber auch Beratungen zu Pflege und Safer Use häufig in Anspruch genommen werden.
St	Instagram-Seite <i>triptalksgraz</i> für illegalisierte Substanzen konsumierende jüngere Personen	Der Kontaktladen der Caritas Diözese Graz-Seckau hat mit <i>triptalksgraz</i> eine Instagram-Seite ins Leben gerufen, die Informationen rund um illegalisierte Substanzen und die damit verbundenen Risiken zur Verfügung stellt sowie Safer-Use-Empfehlungen und Harm-Reduction-Tipps gibt. Auf der Plattform wird versucht, einen bestmöglichen Überblick über Substanzen, Wirkweisen, tagesaktuelle Themen, gegenwärtige Substanzwarnungen, rechtliche Informationen sowie Gesundheitsthemen zu schaffen. Der Inhalt richtet sich an junge Menschen, die gelegentlich oder häufig, kontrolliert oder problematisch konsumieren. Gleichzeitig sollen Multiplikatorinnen/Multiplikatoren erreicht werden, die das Wissen an ihre Zielgruppe weitergeben können. Beratungen über Instagram können aus Datenschutzgründen nicht angeboten werden, hierfür wird auf den Link der Onlineberatung des Kontaktladens verwiesen.
St	Angebot „Notfallkoffer“	Das niederschwellige Angebot von <i>Streetwork Deutschlandsberg</i> wurde im Jahr 2021 mit der Ausgabe von „Notfallkoffern“ erweitert. Ein „Notfallkoffer“ besteht aus einer Schachtel mit Übungen und Utensilien (u. a. Schnappband, Gummiball, Mandalas) die angewandt werden können, wenn negative Gefühle und Stress bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu groß werden.
T	Flyer „Drogennotfall“, „Rechte und Pflichten bei Partys daheim“, „Benzodiazepine“ und „Speed“	Die <i>Drogenarbeit Z6</i> publizierte im Berichtsjahr unterschiedliche Informationsmaterialien. Der Flyer „Drogennotfall“ beschreibt verschiedene medizinische Notfälle, die durch Substanzkonsum ausgelöst werden können, und gibt Handlungsempfehlungen. Zudem sind alle wichtigen Notrufnummern in der Infobroschüre enthalten. Der Flyer zum Thema „Rechte und Pflichten bei Partys daheim“ informiert über Rechte, Pflichten und Umgang mit Behörden – mit Fokus auf drogenspezifische Themen sowie Lärmschutzregelungen. Ebenso beinhaltet er die Informationen zum „Hausrecht“. Es ist dort auch angegeben, wann sich im Ernstfall eine weiterführende Rechtsberatung beanspruchen lässt. Die Flyer zu Benzodiazepinen und Amphetamin (Speed) beinhalten Informationen über die gesetzliche Lage, die Wirkung, Risiken und Langzeitfolgen sowie zur Harm-Reduction.
T	Merkblätter „Kokain und Streckmittel“ und „gefälschte XANAX“	Die <i>Drogenarbeit Z6</i> veröffentlichte zwei „Trends & Infos“-Merkblätter. Das Merkblatt „Kokain und Streckmittel“ informiert insbesondere über das in Kokain häufig analysierte Streckmittel Levamisol ¹⁴⁵ . Das Merkblatt „gefälschte XANAX“ informiert über Research-Benzodiazepine ¹⁴⁶ .
W	Pilotprojekt <i>Suchthilfe vor Ort</i>	Bei dem seit April 2021 operativ umgesetzten Pilotprojekt handelt es sich um eine Kooperation zwischen der Suchthilfe Wien (SHW) und dem <i>Ambulatorium der Suchthilfe Wien</i> . Durch <i>Suchthilfe vor Ort</i> erhalten Klientinnen/Klienten mit problematischem Substanzkonsum oder einer substanzbezogenen Abhängigkeit in vier Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe vor Ort bedarfsorientierte suchtspezifische Hilfe von Expertinnen/Experten der SHW und des <i>Ambulatoriums der Suchthilfe Wien</i> . Auch in einigen Einrichtungen der Flüchtlingshilfe ist Suchthilfe vor Ort bereits erfolgreich angelaufen. 2021 wurden in den vier teilnehmenden Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe insgesamt 441 Leistungen für Zielgruppen erbracht, am häufigsten Einzelkontaktarbeit, gefolgt von Beratung und Information.

St = Steiermark, T = Tirol, W = Wien

Quellen: Caritas Diözese Graz-Seckau (2022), Cichy p. M., *Drogenarbeit Z6* (2022), Parhammer p. M., Suchtkoordination Steiermark (2021), Suchtkoordination Tirol (2022), SDW (2022), SHW (2022a), Schwarzenbrunner p. M.

In der Steiermark wurde im Jänner 2021 der **Dachverband der ambulanten Suchthilfeeinrichtungen** gegründet. Der Verein versteht sich sowohl als Expertengremium für Beratung und Behandlung suchtkranker Menschen und ihres sozialen Umfelds als auch als Verhandlungspartner für Förder- und Auftraggeber betreffend Mindeststandards in der Behandlung/Beratung von Menschen mit Suchterkrankungen, Tarifverhandlungen sowie Planung und Durchführung von Angeboten zur Fort- und Weiterbildung von Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern der Suchthilfe (Cichy p. M.).

COVID-19

Die Suchthilfe Wien konnte im zweiten COVID-19-Jahr auf **bewährte Sicherheitsmaßnahmen** wie Platzkontingentierungen, Offenhalten der Notschlafstelle auch am Tag, Weiterführung der aufsuchenden Notversorgung, Schaffung zusätzlichen Raums für die Klientinnen/Klienten, Maskenpflicht, regelmäßige Belüftung und Desinfektion aufbauen (SHW 2022a). Das *Ambulatorium der Suchthilfe Wien* sowie die Tageszentren *Jedmayer* und *Change* konnten im zweiten Pandemiejahr durchgängig offen gehalten werden. Die Inanspruchnahme des Tageszentrums *Jedmayer* blieb – weitgehend unabhängig von COVID-19-Wellen und Lockdownmaßnahmen – stabil, bei einem Schnitt von 66 Besucherinnen/Besuchern pro Tag. Auch die Notschlafstelle stand den Klientinnen/Klienten weiterhin für einen ganztägigen Aufenthalt zur Verfügung (SDW 2022).

Das *Ambulatorium der Suchthilfe Wien* errichtete in Kooperation mit dem Regionalen Kompetenzzentrum, dem *Jedmayer*-Tageszentrum und der Mobilien sozialen Arbeit im öffentlichen Raum eine **niedrigschwellige COVID-19-Impfstraße**. Dieses Pop-up-Angebot konnten die Klientinnen/Klienten spontan und ohne Anmeldung nutzen. Im Zeitraum Juli bis Dezember 2021 wurden 394 Vakzine verimpft – 215 Erst-, 150 Zweit- und 29 Drittstiche. Auch **regelmäßige Testmöglichkeiten** wurden angeboten (SHW 2022a).

Die *Suchthilfe Wien* war mit *sam* und *help U*, Teams der Mobilien sozialen Arbeit im öffentlichen Raum und mit *Streetwork* im Einsatz, um das Risiko einer Ansteckung mit COVID-19 für Menschen, die sich im öffentlichen Raum aufhalten, so gering wie möglich zu halten. Wohnungslose Menschen werden an entsprechende Betreuungsangebote vermittelt und auch mittels mehrsprachiger Infoblätter (in acht Sprachen) über COVID-19 informiert (SDW 2022).

In Wien schuf die **Öffnung der Notquartiere mit Tagesaufenthaltsoption** einen wichtigen Rückzugsort für obdachlose Menschen und reduzierte die Ansteckungsgefahr im öffentlichen Raum.

145

siehe <https://www.drogenarbeit6.at/component/jdownloads/?task=download.send&id=612&catid=14&m=0&Itemid=103> (Zugriff am 20. 6. 2022)

146

Research-Benzodiazepine werden immer häufiger in falsch deklarierten Benzodiazepintabletten festgestellt. Bei Research-Benzodiazepinen handelt es sich um unerforschte Forschungsschemikalien, die um ein Vielfaches potenter sind als die in zugelassenen Medikamenten verwendeten Benzodiazepine (Drogenarbeit Z6 2022). Siehe <https://www.drogenarbeit6.at/component/jdownloads/?task=download.send&id=611&catid=14&m=0&Itemid=103> (Zugriff am 20. 6. 2022)

Zusätzlich wurden obdachlose Menschen zu speziellen Impfkationen für nichtversicherte Menschen begleitet, etwa ins Tageszentrum *Jedmayer* (Suchthilfe Wien), ins Gesundheitszentrum *neunerhaus* oder zum Impfbus der Stadt Wien (SDW 2022).

Um die bestmögliche Versorgung suchtkranker Menschen bei gleichzeitig maximalem Schutz vor neuen Ansteckungen gewährleisten zu können, wurde im *Anton Proksch Institut* eine **Aufnahmestation für suchtkranke Patientinnen/Patienten aller Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks** (Bereich Alkohol und Bereich illegale Drogen) geschaffen. Dort können Patientinnen/Patienten aufgenommen und für max. 14 Tage (Quarantänezeitraum) betreut werden, um dann in den Therapiebereich des *Anton Proksch Instituts* oder in eine andere stationäre Einrichtung des SDHN wechseln zu können. Das entwickelte Modul dient einer 14-tägigen **kontrollierten und betreuten Absonderung** der Patientinnen/Patienten vor Beginn einer regulären stationären Therapie, um eine mögliche COVID-19-Erkrankung auszuschließen und dadurch Patientinnen/Patienten und Mitarbeiter:innen im stationären Bereich zu schützen und die **Aufrechterhaltung stationärer Angebote** im Suchtbereich zu gewährleisten (SDW 2022).

Das *Streetwork Bruck/Kapfenberg* und das *Streetwork Oberes Mürztal* haben das digitale Angebot zur Kontaktaufnahme und Information erweitert. In den verschiedenen Phasen der Lockdowns wurde eine **verstärkte „nachgehende“ Kontaktaufnahme im Rahmen telefonischer Beratungsverläufe** verzeichnet (Cichy p. M.). Seitens *Kontaktladen und Drogenstreetwork* der Caritas in Graz wurde beispielsweise berichtet, dass die notwendigen Betriebsanpassungen und teilweise verhängten Ausgangsbeschränkungen aufgrund der COVID-19-Pandemie speziell im Streetworkbereich einen Rückgang der Kontakte um etwa rund 33 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum 2019 (vor der Coronapandemie) zur Folge gehabt hätten. Das **Take-home-Naloxon-Projekt** der Einrichtung hat aufgrund der COVID-19-Maßnahmen die Schulungstermine in den Jahren 2020 und 2021 nicht wie in den Vorjahren im Gruppensetting abgehalten, sondern in Richtung **Einzelschulungen** adaptiert. Das veränderte Angebot wurde von vielen Klientinnen/Klienten sehr positiv aufgenommen (Ploder p. M.).

In Oberösterreich und Vorarlberg konnten vor allem im Bereich der niederschweligen Kontakt- und Anlaufstellen Angebote teilweise gar nicht oder nur in reduziertem Ausmaß angeboten werden. In den Beratungsstellen wurden weiterhin teilweise nur telefonische oder E-Mail-Beratungen angeboten (Schedler und Schwarzenbrunner p. M.). Aus Niederösterreich wird berichtet, dass der Substanzkonsum seit COVID-19 weniger im öffentlichen Raum sichtbar sei und kaum „Hotspots“ vorhanden seien, was die Kontaktaufnahme für aufsuchende Angebote erschwere (Suchtkoordination Niederösterreich 2022).

Die Tiroler *Drogenarbeit Z6* sieht aufgrund der COVID-19-Pandemie einen **sehr hohen Bedarf an Beratung, Informationsweitergabe und Begleitung** Jugendlicher und Erwachsener zu den Themen illegale und legale Substanzen, Neue psychoaktive Substanzen und Suchtmittelgesetz (Drogenarbeit Z6 2022).

6.4 Quellen und Methodik

Sämtliche Quellen sind in der Bibliografie in Abschnitt 6.6 aufgelistet.

Quellen

Aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung lag die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle zu Redaktionsschluss noch nicht vor. Daher werden die Daten zu den drogenbezogenen Todesfällen 2021 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2022 publiziert (Anzenberger et al. 2022). Seit 1989 sammelt in Österreich das Gesundheitsressort Daten **drogenbezogener Todesfälle**. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt werden. Ergänzt werden die gemeldeten Verdachtsfälle durch eine Liste der Statistik Austria, die Todesfälle mit ausgewählten drogenbezogenen Todesursachen (ICD-10-Codes) enthält. Zur Klassifizierung der sogenannten verifizierten Fälle werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“), d. h. es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod, der durch eine Ärztin / einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tode, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl I 1997/112 in der geltenden Fassung) als auch solche mit **Neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl I 2011/146).

Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet. In der Arbeitsgruppe¹⁴⁷ zu drogenbezogenen Todesfällen wurden im November 2016 Überdosierungen verschreibungspflichtiger opioidhaltiger Schmerzmittel (ohne andere Suchtgifte) diskutiert, und zwar mit folgendem Hintergrund: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen/-patienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen – anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise –

147

In dieser Arbeitsgruppe diskutieren jährlich Expertinnen und Experten verschiedener Bereiche (der Suchthilfe, des BMSGPK, BMJ und BMI, gerichtsmedizinischer Institute, der Statistik Austria) aktuelle Themen betreffs drogenbezogener Todesfälle.

starke Zweifel hinsichtlich ihrer Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden. Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2020 wurden daher zehn Personen, die an einer Überdosierung opioidhaltiger verschreibungspflichtiger Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter:innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung **drogenbezogener Notfälle**. Daten bezüglich Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *checkit!* und *Drogenarbeit Z6* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Ihre Zielgruppe sind Laiinnen und Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen/-ärzte in Anspruch nimmt. Dort eingehende Anrufe werden systematisch dokumentiert. Im Berichtsjahr 2021 wurde die VIZ im überwiegenden Ausmaß von Krankenhausärztinnen/-ärzten (59 %), von der Rettung (18 %), von (Not-)Ärztinnen/(Not-)Ärzten (2 %) kontaktiert. 20 % der Anrufe kamen von Laiinnen und Laien (Schiel et al. 2022).

Die Datenlage hinsichtlich **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i. v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nichtrepräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die wichtigsten Datenquellen stellen hier das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus zwei Drogenhilfeeinrichtungen (*Ambulatorium Suchthilfe Wien* und *Kontaktladen* in Graz) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass zum Teil nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nichtrepräsentativ zu bezeichnen. Dieses Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und Tbc finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten bezüglich der **Durchimpfungsrate** stammen aus DOKLI. U. a. weil es sich dabei um freiwillige Angaben handelt, sind die Daten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Daten zum allgemeinen Impfschutz hinsichtlich Hepatitis A und B können dem *Gesundheitsbericht Österreich*

2009 (GÖG/ÖBIG 2009) entnommen werden. Sie beziehen sich allerdings auf das Jahr 2007 und sind daher nur eingeschränkt zu verwenden.

Die **aCtion-Hepatitis-C-Datenbank** wurde 2004 ins Leben gerufen, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden dort Fälle chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypenverteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, weil die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten geliefert hatten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie über die aktuelle Datenlage in Hinblick auf **Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich** veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gebracht. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Mittels *Standard Table 10 (ST10)* der EBDD bzw. EMCDDA werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe sowie zum Angebot von Safer-Use-Utensilien innerhalb der Einrichtungen gesammelt (vgl. Tabelle A6.4).

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS, in die mittlerweile die Daten von neun Behandlungszentren einfließen. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Klinik Penzing Wien, Med Campus III des Kepler-Universitätsklinikums Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch die Klinik Favoriten (ehem. Kaiser-Franz-Josef-Spital) in Wien dazu und 2018 ein Zentrum in Feldkirch. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 9. 2021 wurden insgesamt 10.545 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 75 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der nichtdiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben (AHIVCOS 2021).

„Sucht(behandlung) in der Krise“ ist ein von der Stiftung Anton Proksch-Institut Wien in Auftrag gegebenes und vom Ministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz kofinanziertes Forschungsprojekt des Kompetenzzentrums Sucht der Gesundheit Österreich GmbH

(GÖG). Im Rahmen dieses Projekts werden kurz- und mittelfristige Auswirkungen der Coronapandemie auf die Versorgung suchterkrankter Menschen sowie auf das Suchthilfesystem in Österreich analysiert. Die Ergebnisse werden in insgesamt drei Kurzberichten – verteilt über den gesamten Projektzeitraum – publiziert (vgl. Strizek et al. 2020, Strizek et al. 2021).

6.5 Bibliografie

aCtion-Hepatitis-C-Datenbank (2012). Auswertung vom 12. Dezember 2012. Durchgeführt von Tschapeller, B. für Joanneum Research, Graz. Übermittelt von Bauer, B., LKH Hörgas/Enzenbach. Graz

AHIVCOS (2021). HIV/AIDS in Austria – 41st Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck

Anzenberger, J.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Anzenberger, J.; Busch, M.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Strizek, J. (2022). Epidemiologiebericht Sucht 2022. Illegale Drogen, Alkohol und Tabak – Annex. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich, Wien

Caritas, Diözese Graz-Seckau (2018). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2017. Graz

Caritas, Diözese Graz-Seckau (2022). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2021. Graz

Caritas, Diözese Innsbruck (2022). Mentvilla, Jahresbericht 2021. Innsbruck

Drogenarbeit Z6 (2022). Tätigkeitsbericht 2021. Innsbruck

Drogenkoordination Kärnten (2022). Jahresbericht 2021 – Prävention und Suchtkoordination. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt am Wörthersee

DVSV (2021). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2021. Dachverband der Sozialversicherungsträger. Wien

- GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Gschwantler, M.; Reiberger, T.; Haltmayer, H. (2022). HCV-Eliminationsprojekte bei High-Risk Populationen. Vortrag vom 15. Mai 2022 beim 24. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. 14. bis 15. Mai 2022, Schlosshotel Mondsee
- Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2021). Let's End Hepatitis C in Vienna. Vortrag vom 9. Mai 2021 beim 23. Substitutions-Forum. Plattform für Drogen-Therapie. Onlinetagung
- I.K.A. (2022). Statistiken I.K.A. 2021. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. In: WAVM-Jahresbericht 2021. Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. Graz
- Maieron, A. (2020). Pilotprojekt. Vereinfachter Behandlungszugang für Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm in Niederösterreich. Präsentation
- Schiel, H.; Bartecka-Mino, K.; Dorner-Schulmeister, S. (2022). Vergiftungsinformationszentrale VIZ Drogen 2016/17/18/19/20/21. Gesundheit Österreich, Wien
- Schmutterer, I.; Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien
- Schütz, A.; Moser, S.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Lang, T.; Schleicher, M.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis*. 2018 Jul; 25(7): 870–873
- SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2022). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2022“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SHW (2021). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2020. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2022a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2021. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2022b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2021. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burdens in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. *Health Policy* 122 (2018): 1392–1402

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

Strizek, J.; Brotherhood, A.; Priebe, B.; Puhm, A. (2021): Sucht(behandlung) in der Krise. Zweiter Kurzbericht. Gesundheit Österreich, Wien

Suchthilfe Tirol (2022). Jahresstatistik 2021. Suchthilfe Tirol. Hall in Tirol

Suchtkoordination Niederösterreich (2022). Input der Suchtkoordination Niederösterreich für den „Bericht zur Drogensituation 2022“. Suchtkoordination des Landes Niederösterreich. St. Pölten

Suchtkoordination Steiermark (2022). Input der Suchtkoordination Steiermark für den „Bericht zur Drogensituation 2022“. Suchtkoordination des Landes Steiermark. Graz

Suchtkoordination Tirol (2022). Input der Suchtkoordination Tirol für den „Bericht zur Drogensituation 2022“. Suchtkoordination Tirol. Innsbruck

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

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Türscherl, E. (2016). Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

6.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

6.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	Kontaktladen, Graz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Haring, Julian	Suchthilfe Tirol
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Parhammer, Monika	Suchtkoordination Salzburg
Ploder, Harald	Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich der Caritas Diözese Graz-Seckau
Nemeth, Margit	Suchtkoordination Kärnten
Neubacher, Thomas	Suchtkoordination Vorarlberg
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg
Schedler, Arno	Amt der Vorarlberger Landesregierung
Schwarzenbrunner, Thomas	Suchtkoordination Oberösterreich
Taferner-Kraigher, Petra	Suchtkoordination Burgenland
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.8 Anhang

Tabelle A6.1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2012–2021

Todesursache	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Intoxikation mit Opiat(en) ¹	11	10	10	6	7	8	9	11	7	n. v.
Mischintoxikation mit Opiat(en) ¹	111	103	85	107	120	97	136	138	129	n. v.
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	8	6	7	10	13	17	12	14	13	n. v.
Intoxikation unbekannter Art	9	3	0	3	6	4	3	5	6	n. v.
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	139	122	102	126	146	126	160	168	155	n. v.
nichtobduzierte drogenbezogene Todesfälle	22	16	20	27	19	28	24	28	36	n. v.
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	161	138	122	153	165	154	184	196	191	n. v.

¹ inklusive opiathaltiger NPS

n. v. = nicht verfügbar: Die Daten für 2021 lagen aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2021 nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6	1,6	1,0	1,6	0,5	n. v.
Kärnten	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0	3,5	6,6	4,7	1,1	n. v.
Niederösterreich	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4	1,4	2,0	3,1	2,9	n. v.
Oberösterreich	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6	1,9	1,1	1,8	1,9	n. v.
Salzburg	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4	2,2	1,1	1,4	1,3	n. v.
Steiermark	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6	1,6	3,0	n. v.
Tirol	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8	2,2	4,7	5,1	4,3	n. v.
Vorarlberg	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3	2,3	1,9	4,6	3,4	n. v.
Wien	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3	5,0	6,1	5,2	5,6	n. v.
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	n. v.
Österreich	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8	2,6	3,1	3,3	3,2	n. v.

n. v. = nicht verfügbar: Die Daten für 2021 lagen aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel,
STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2012–2021 nach Bundesland (absolut)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	2	1	2	3	3	3	2	3	1	n. v.
Kärnten	7	7	5	9	11	13	24	17	4	n. v.
Niederösterreich	23	19	9	21	15	15	22	34	32	n. v.
Oberösterreich	19	14	6	8	16	19	11	18	19	n. v.
Salzburg	10	4	4	2	5	8	4	5	5	n. v.
Steiermark	7	6	11	9	13	15	13	13	25	n. v.
Tirol	14	14	12	14	24	11	24	26	22	n. v.
Vorarlberg	7	10	8	15	11	6	5	12	9	n. v.
Wien	72	63	65	72	67	64	79	68	74	n. v.
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	n. v.
Österreich	161	138	122	153	165	154	184	196	191	n. v.

n. v. = nicht verfügbar: Die Daten für 2021 lagen aufgrund einer Verzögerung bei der Datenlieferung zu Redaktionsschluss noch nicht vor.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.4:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2021

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Anzahl der Streetwork-Angebote	Anzahl der mobilen Stellen	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0	0	0
Kärnten	4 ¹	1	1	0	138.586
Niederösterreich	0	0	0	0	0
Oberösterreich	5	3	0	1	924.599
Salzburg	1	2	0	1	43.425
Steiermark	2 ¹	3 ²	1	0	872.924
Tirol	1	6	0	1	549.449
Vorarlberg	4	7	0	0	557.342
Wien	3 ^{1,3}	0	1	0	3.195.131
Gesamt	17	21		0	6.281.456

¹ inkludiert ein Streetworkangebot² inkludiert einen Präventionsautomaten einer Apotheke³ zusätzlich 17 spezialisierte Angebote in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe und in fünf ausgesuchten Apotheken

Quelle: ST10; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	205
7.1	Zusammenfassung.....	205
7.2	Aktuelle Situation.....	206
7.2.1	Drogenmärkte.....	206
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	209
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	210
7.3	Trends.....	212
7.4	Neue Entwicklungen.....	216
7.5	Quellen und Methodik.....	216
7.6	Bibliografie	217
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	217
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	217
7.9	Anhang.....	218

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Verbraucherland für illegale Drogen. Virtuelle Drogenmärkte (im Darknet, aber auch im offen zugänglichen Internet sowie über Messengerdienste) gewinnen zunehmend an Bedeutung, auch die Sicherheitsbehörden richten verstärkt einen Fokus auf diese neuen zusätzlichen Drogenmärkte. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt gab es im Jahr 2021 in Österreich 34.837 Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), was einen Rückgang um über 13 Prozent im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Von den Anzeigen des Jahres 2021 galten 34.165 gemäß SMG Suchtgiften. Der größte Anteil an den Anzeigen nach SMG betraf Cannabis (24.548). Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (30.954) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen (3.211) bei weitem. Im Jahr 2021 kam es zudem zu 6.338 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr gemäß Straßenverkehrsordnung (StVO) bzw. Führerscheingesetz (FSG). Dem stehen 28.498 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Substitutionsmitteln) enthalten, und *Neuen psychoaktiven Substanzen*. Im Bundeskriminalamt ist zudem eine Meldestelle für Drogenausgangsstoffe eingerichtet.

COVID-19

Aus Sicht der Sicherheitsbehörden gab es auch während der COVID-19-Pandemie keine auffälligen Veränderungen im Bereich der Suchtmittelkriminalität hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisstabilität und Qualität. Es zeigt sich ein Rückgang bei den Anzeigen nach SMG und damit verbundenen Sicherstellungen. Es wird vermutet, dass die vermehrten pandemiebedingten Kontrollmaßnahmen zu Ressourcenanpassungen und Verhaltensänderungen bei Herstellung, Verkauf und Konsum geführt haben. Auch der eingeschränkte Passagier- und Güterverkehr dürfte Auswirkungen gehabt haben. Zusätzlich zeigte sich beim Onlinehandel, dass sich die Anzahl der Vendoren verringert hat. Auch etwaige Lieferengpässe bei der Zulieferung von Drogenausgangsstoffen könnten der Fall gewesen sein. Die Preise der angebotenen Suchtmittel sind jedoch stabil geblieben (BMI 2022).

Der öffentliche Suchtmittelhandel hat sich nach Beendigung der Covid-19-Maßnahmen wieder auf das vorherige Niveau zurückentwickelt.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist Transit- und Verbraucherland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle, hergestellt werden einerseits Cannabisprodukte und andererseits synthetische Suchtgifte in sogenannten Küchenlaboren. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich gering. In Österreich konnten im Jahr 2021 insgesamt 1.028 Orte zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden – über zwei Drittel davon waren indoor angesiedelt –, was gegenüber 994 im Jahr 2020 einen erneuten Anstieg darstellt. In Niederösterreich (6), Salzburg (4), Steiermark (3), Oberösterreich (2), sowie in Wien (1) und Tirol (1), wurden im Jahr 2021 insgesamt 17 Labore zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Synthesziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war, in einem der Labore war Mephedron das Synthesziel. Die erzeugten Suchtmittel dienten meist dem Eigenbedarf bzw. der Versorgung eines regionalen Abnehmerkreises (BMI 2022).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Nach wie vor wird Heroin vor allem über die Balkanroute transportiert, deren Weg von Afghanistan über den Iran, die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich bis ins restliche Westeuropa führt. Trotz der pandemiebedingten Grenzsicherungen war die Verfügbarkeit von Heroin und Opiatprodukten nicht eingeschränkt. Der Kokainschwarzmarkt in Österreich wird über den See- und Luftweg und somit via den internationalen Flughafen Wien-Schwechat aus Süd- und Mittelamerika versorgt. In Österreich wurden 2021 80,5 kg Kokain sichergestellt. Cannabisprodukte werden meist aus Marokko, hier vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich), geschmuggelt. Importiertes Marihuana gelangte 2021, wie auch in den Jahren davor, vor allem aus Albanien, aber auch aus Spanien nach Österreich. Amphetamin, „Ecstasy“ und MDMA werden weiterhin hauptsächlich aus den Niederlanden eingeführt. *Neue Psychoaktive Substanzen*¹⁴⁸ (NPS) werden via Internet aus dem asiatischen Raum bezogen. (BMI 2022).

Der Handel mit illegalen Suchtmitteln im Internet und Darknet ist weiterhin ein großes Thema. Illegale Suchtmittel werden dort bestellt und dann via Postversand, vor allem über den Flughafen Schwechat, verschickt. (BMI 2022).

148

Darunter fallen unterschiedliche Substanzen mit unterschiedlichen Wirkspektren. Die meisten dieser Substanzen sind durch das NPSG (BGBl I 2011/146) reglementiert. Darüber hinaus werden hier weitere Substanzen, die nicht unter das NPSG fallen, als NPS eingestuft, z. B. Mephedron oder sogenannte Research-Benzodiazepine.

Preise und Reinheit der Substanzen

Angaben, die vom BMI zu Preisen der diversen Drogen auf **Straßenverkaufs-niveau** gemacht werden, sind Tabelle 7.1 zu entnehmen. Abbildung 7.1 zeigt den **Schwarzmarktwert der Sicherstellungen** sechs ausgewählter illegaler Suchtmittel im Jahr 2021. Angaben zu diversen Drogen **im Großhandel** finden sich in Tabelle A7.1 im Anhang. Die Daten des BMI hinsichtlich Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2021

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
typisch	10	10	30	50	30	90	10
Obergrenze	15	15	100	120	40	120	20
Untergrenze	6	6	12	40	10	25	6

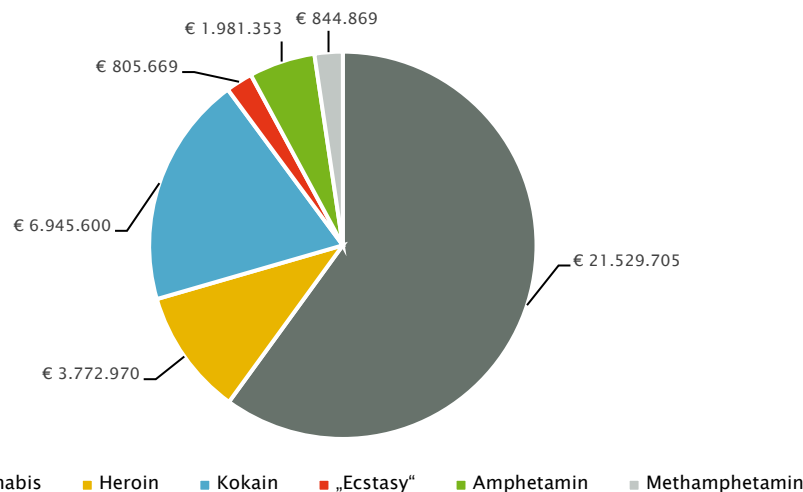
* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.1:

Schwarzmarktwert der Sicherstellungen 2021 in Euro



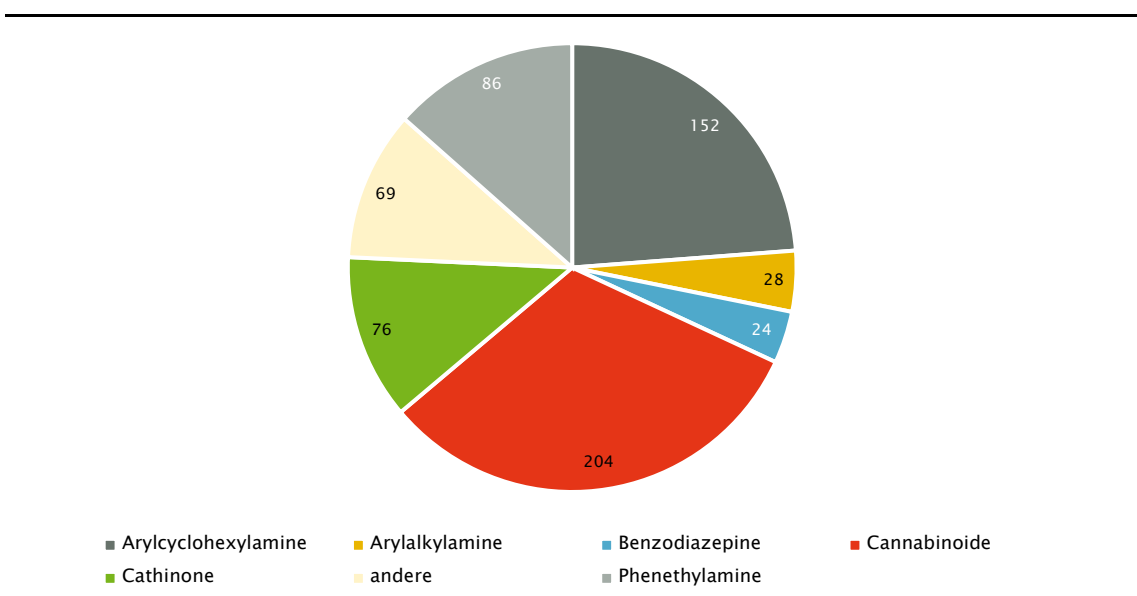
Quelle: BMI 2022; Darstellung: GÖG

Eine Zehn-Jahres-Entwicklung der **Reinheit von Substanzen im Straßenhandel**, basierend auf den Daten des BMI/BK, wie auch die Entwicklung der Reinheit der analysierten Substanzproben in Wien werden in Kapitel 7.3 dargestellt.

Wichtige Informationen über die Entwicklungen des Drogenmarkts stehen ebenfalls aus zwei Drug-Checking-Angeboten aus Wien und Tirol zur Verfügung (siehe dazu Kapitel 3).

Ins österreichische Informations- und Frühwarnsystem wurden insgesamt 639 Fälle mit neuen psychoaktiven Substanzen eingemeldet¹⁴⁹. Zwölf Substanzen wurden 2021 zum ersten Mal in Österreich festgestellt. Es zeigt sich eine hohe Dominanz synthetischer Cannabinoide (32 %) (vgl. Abbildung 7.2). Synthetische Opioide wurden lediglich zweimal identifiziert, was darauf hindeutet, dass diese auf den österreichischen Drogenmärkten keine Rolle spielen. Synthetische Cannabinoide werden besonders häufig bei polizeilichen Aufgriffen nachgewiesen, bei Drug-Checking-Angeboten stehen stimulierende Substanzen (z. B. Cathinone) im Vordergrund.

Abbildung 7.2:
Meldungen im österreichischen Informations- und Frühwarnsystem nach chemischen Obergruppen 2021 (n = 639)



Quelle: österreichisches Informations- und Frühwarnsystem GÖG

149

Im Rahmen des europaweiten Informations- und Frühwarnsystems werden neue Substanzen gemäß einheitlichen europäischen Vorgaben systematisch erfasst, diese können in einigen Fällen von nationalen Gesetzeslagen abweichen. Das heißt, auch wenn Substanzen bereits in die Suchtmittelverordnung übernommen wurden wie beispielsweise MDMB-4en-PINACA, werden sie weiterhin im Rahmen dieses Projekts beobachtet und gemeldet.

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Anzeigen im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Im Jahr 2021 gab es mit insgesamt 34.837 **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz** (SMG) um über 13 Prozent weniger Anzeigen als im Vorjahr. Davon bezogen sich 34.165 Anzeigen auf Suchtgifte. Die meisten der übrigen Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe¹⁵⁰. Als Gründe für den Rückgang bei den Anzeigen werden einerseits verlängerte Ermittlungszeiten aufgrund von Personalmangel und andererseits Verhaltensänderungen bei Herstellung, Verkauf und Konsum als Anpassung an die Lebensbedingungen in der COVID-19-Pandemie vermutet (BMI 2022). Bezogen auf die Bevölkerung, gab es in Kärnten, Tirol und Wien die meisten Anzeigen¹⁵¹ (vgl. Tabelle A7.4).

Differenziert nach der **Art der Anzeige** (siehe auch Abbildung 7.4), zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (30.954) wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei weitem überstieg (3.211 wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG)¹⁵². **Nach involvierten Substanzen differenziert, zeigt sich**, dass Anzeigen wegen Cannabis rund 72 Prozent (24.548) der einschlägigen Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (5.138; rd. 15 %), danach folgen Anzeigen wegen Heroin und Opiaten (8,7 %) sowie Amphetamin (rd. 7,5 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als fünf Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen (vgl. Tabelle A7.7 und Abbildung 7.5). Im Jahr 2021 wurden bei der Staatsanwaltschaft 624 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das NPSG eingebracht, was eine rund elfprozentige Steigerung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (vgl. Tabelle A7.6).

Den insgesamt 34.837 Anzeigen des Jahres 2021 stehen 2.291 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen der Festnahmen nach Art des Vergehens oder nach Substanz etc. gibt (vgl. Kapitel 2). Durch unterschiedliche Schwerpunktsetzungen der Polizei in den einzelnen Bundesländern wie z. B. in Form von Aktionen

150

Details siehe Tabellen A7.1 bis A7.3 im Anhang

151

Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

152

Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift; Verbrechenstatbestände betreffen die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a), wobei allerdings die in § 28 Abs 1 dargestellte Straftat nicht als Verbrechen zu klassifizieren ist. Der Einfachheit halber werden im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

am Flughafen Schwechat in Niederösterreich oder in Form des Fokus auf unterschiedliche Tätergruppen unterscheiden sich auch die Verteilungen der Anzeigen auf Länderebene zwischen den Bundesländern mitunter stark (BMI 2022; vgl. Tabelle A7.3 und Tabelle A7.4).

Suchtmittelbezogene Anzeigen außerhalb der Drogengesetzgebung

Die nachfolgende Tabelle 7.2 zeigt, dass die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols jene wegen Suchtgifts im Straßenverkehr um ein Vielfaches übertrifft. Während die Zahl alkoholbedingter Anzeigen nach einem Rückgang im Jahr 2020 im Jahr 2021 wieder etwas angestiegen ist, zeigt sich bei jenen, die Suchtgift betreffen, seit Jahren ein kontinuierlicher Anstieg, der sich auch 2021 fortsetzte.

Im Jahr 2021 stieg die Zahl der **vorläufigen Führerschein- und Mopedausweisabnahmen** gemäß § 39 FSG auf 17.703. Im Vorjahr lag sie bei 16.177. (Schmid, p. M.). Dieser Anstieg beruht auf einer Zunahme sowohl wegen Alkoholkonsums wie auch wegen Suchtgiftkonsums. Die Zahlen spiegeln auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) wider.

Tabelle 7.2:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2016–2021

Anzeigen	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	1.491	2.192	3.011	4.364	5.519	6.338
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	27.896	28.109	28.067	30.930	25.705	28.498
Gesamt	29.387	30.301	31.078	35.294	31.224	34.836

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots und zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und -dienststellen, der Ermittlungen sowie internationaler polizeilicher Kooperation gegen organisierte Suchtmittelkriminalität ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen unter Fachaufsicht des Bundeskriminalamts die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sowie Bezirkspolizeikommanden mit eingerichteten Ermittlungsgruppen zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Insgesamt werden in Österreich rund 690 speziell ausgebildete Exekutivbedienstete primär im Bereich der Suchtmittelkriminalität eingesetzt. Letztlich werden jedoch die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des SMG sowie des NPSG von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall den Fachdienststellen übergeben bzw. selbst abgearbeitet.

Die in Österreich von den Sicherheitsbehörden gesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten (siehe Abschnitt 7.3). Im Jahr 2021 erfolgten 224 Vertriebswegüberprüfungen im Bereich der nichterfassten Drogenausgangsstoffe. Darüber hinaus sind 291 allgemeine private Hinweise zu möglichen Verstößen nach dem SMG bzw. anderen Deliktbereichen bei der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe¹⁵³ eingelangt (BMI 2022).

Im Rahmen der Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet läuft weiterhin eine Kooperation mit dem internationalen Postzentrum Frankfurt am Main. Die Kooperation mit der Zollverwaltung in Österreich wurde hier weiter ausgebaut. Mittels Kontrollen durch die österreichische Zollverwaltung konnten zwischen Jänner 2016 und Ende Dezember 2021 rund 17.000 Postsendungen mit insgesamt 2.130 Kilogramm Suchtmitteln, Neuen psychoaktiven Substanzen und anderen psychotropen Stoffen, einschließlich 81.230 Stück „Ecstasy“-Tabletten sowie 943 Kilogramm Khat sichergestellt werden. Folgeermittlungen zeigten, dass die aufgegriffenen Briefsendungen ausschließlich über Darknet-Marktplätze bestellt worden waren, etwa 80 Prozent der in Österreich sichergestellten Postsendungen wurden aus den Niederlanden verschickt (BMI 2022).

Das seit Februar 2019 eingerichtete das Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im BMI/BK gemeinsam mit dem Rauschgiftdezernat des Bayerischen Landeskriminalamts das von der EU geförderte Projekt *Combatting suspects dealing in drugs on the internet – prosecution and prevention (CSI-PP)* zielt darauf ab, die Forensik beim Suchtmittelhandel zu optimieren und mit operativen Maßnahmen zu kombinieren. In das noch bis 2022 laufende Projekt sind weiters die Gerichtsmedizin Innsbruck, die Kriminaltechnik des BMI/BK sowie die Zollverwaltung eingebunden (BMI 2022).

Die Kontrollmaßnahmen mit den Schwerpunktkontrollen der Postwege werden in enger Kooperation mit der österreichischen Zollverwaltung des Bundesministeriums für Finanzen durchgeführt. Durch internationale Zusammenarbeit bei zollrechtlichen und kriminalpolizeilichen Maßnahmen wurden im Zeitraum von 1. Jänner 2020 bis 31. Dezember 2021 insgesamt 2.300 für Österreich bestimmte Postsendungen mit einem Gesamthalt von rund 268,5 Kilogramm Suchtmitteln, vor allem Amphetamin und MDMA, 40.115 Stück „Ecstasy“-Tabletten und 1.230 LSD Trips¹⁵⁴ ausforscht. Seit 2018 ist im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität des Bundeskanzleramts ein spezialisiertes Referat eingerichtet. Hier werden u. a. schwerpunktmäßige Ermittlungen gegen den österreichischen Onlinesuchtmittelhandel bzw. Maßnahmen gegen diverse Suchtmittelabnehmer:innen, aber auch ein internationaler Austausch zu dieser Thematik etabliert. (BMI 2022).

153

Drogenausgangsstoffe sind Substanzen, die in der Chemieindustrie und der Medikamentenerzeugung benötigt werden, aber auch zur illegalen Drogenerzeugung verwendet werden können. Für diese Gruppe gelten daher spezifische Überwachungs- und Kontrollvorschriften.

154

Bei einem Trip wird die Droge normalerweise auf Papierstücke, die sogenannten Tickets, Pappen oder Trips, aufgebracht, die dann gelutscht oder geschluckt werden.

7.3 Trends

Obwohl 2021 erneut rückläufig, machen die **Cannabissicherstellungen** (12.100) immer noch knapp 62,3 Prozent der **Sicherstellungen** (12.100) aus, gefolgt von Kokain (1.664; rd. 8,5 %) und Heroin (1.096; rd. 5,6 %) sowie Amphetamin (1.068; rd. 5,5 %). Die Anzahl der Sicherstellungen weiterer Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen. Bei allen Substanzen mit Ausnahme der psychotropen Stoffe enthaltenden Medikamente ist im Jahr 2021 ebenfalls ein Rückgang festzustellen (vgl. Tabelle A7.10).

Die **sichergestellten Mengen** schwanken – aufgrund einzelner Grobsicherstellungen – von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle A7.11 zu entnehmen ist.

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufslevel) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre hinweg Schwankungen. Langfristig waren bei Kokain, Heroin und Amphetamin Steigerungen des durchschnittlichen Wirkstoffgehalts zu beobachten. Die durchschnittliche Reinheit bei braunem Heroin ist nach einem stetigen Anstieg seit 2011 im Jahr 2021 zurückgegangen. „Ecstasy“ und Methamphetamin unterliegen starken Schwankungen. (vgl. Tabelle 7.3).

Tabelle 7.3:

Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2012–2021

Suchtgift/Suchtmittel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cannabisharz (% THC)	11,0	9,8	12,0	15,2	15,1	13,2	15,3	16,5	16,0	16,5
Cannabiskraut (% THC)	9,7	9,6	8,9	9,8	10,8	9,6	8,8	7,0	6,1	9,1
Heroin braun (%)	6,4	7,6	11,9	13,7	13,7	15,0	15,8	17,7	17,7	14,2
Kokain (%)	28,1	26,1	31,6	33,4	45,9	51,4	53,2	51,9	59,7	53,6
Amphetamin (%)	8,4	9,5	10,6	18,5	14,5	13,8	12,4	19,8	21,8	16,0
Methamphetamin (%)	54,4	56,0	63,5	51,5	58,7	57,2	55,1	59,4	62,7	64,6
„Ecstasy“ (%)	50,7	46,0	44,6	48,7	47,7	38,3	49,9	41,5	44,9	61,1

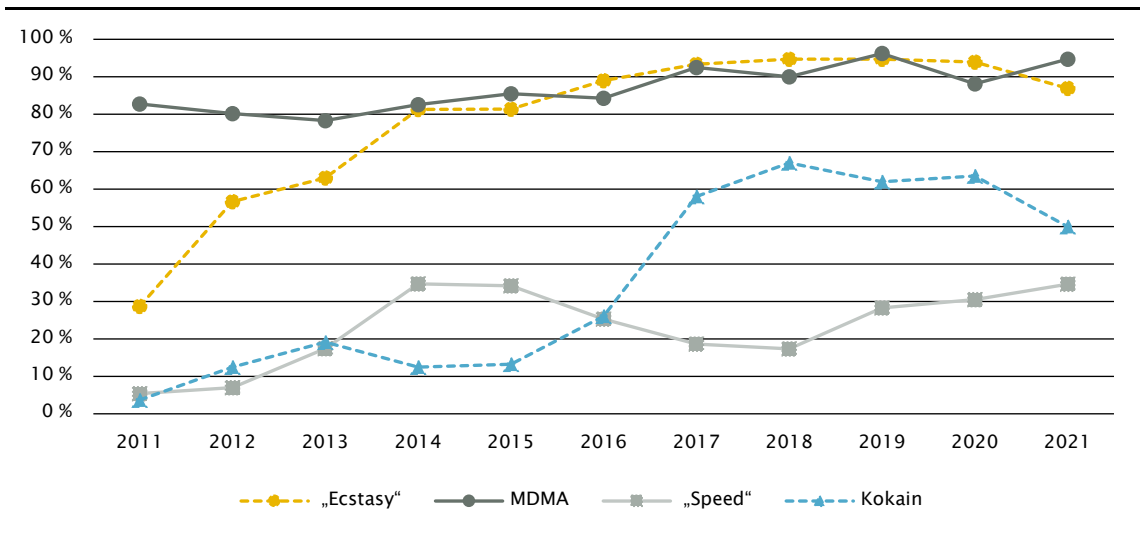
Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Informationen zur **Reinheit von Substanzen** stehen aus dem Drug-Checking zur Verfügung (*checkit!* [Wien], *Drogenarbeit Z6* [Tirol]) zur Verfügung (vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6). Es handelt sich um eine selektive Stichprobe, die essenzielle Aufschlüsse über neue Entwicklungen ermöglicht, aber nur mit Vorbehalt Rückschlüsse auf den gesamten Drogenmarkt in Österreich zulässt. (vgl. SHW 2022, Drogenarbeit Z6 2022 bzw. Oberacher 2022).

Abbildung 7.3 zeigt die Entwicklung der Reinheit der Substanzproben, die im Rahmen von *checkit!* analysiert wurden. Generell war bei „Ecstasy“, MDMA und Kokain ein Trend dahingehend zu beobachten, dass sie außer den erwarteten Substanzen keine bzw. kaum andere pharmakologisch aktive Wirkstoffe beinhalten. 2021 ist der Anteil der Proben, die ausschließlich den erwarteten Wirkstoff enthalten, bei Amphetamin weiter angestiegen, bei Kokain jedoch zurückgegangen.

Die in Tirol analysierten Kokainproben enthielten weiterhin einen hohen durchschnittlichen Wirkstoffgehalt (Oberacher 2022).

Abbildung 7.3:
Anteil der bei *checkit!* analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2012–2021

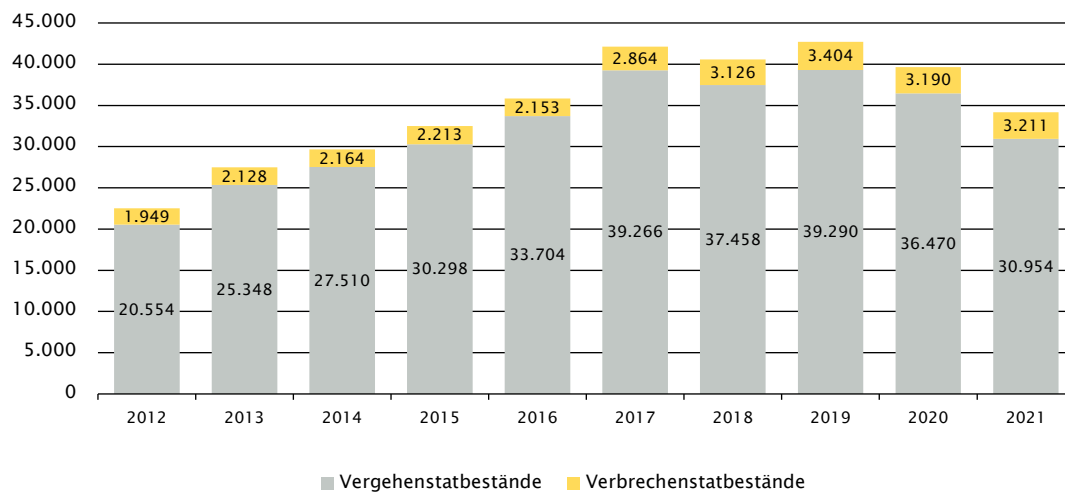


Quelle: SHW 2021; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.4 stellt die **langfristige Entwicklung der Anzeigen** wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG) und Verbrechenstatbeständen (§ 28 und § 28a SMG) dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Ab 2013 stiegen die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen bis zum Jahr 2019 stark an, seit 2019 ist ein Rückgang auf 30.954 Anzeigen zu verzeichnen. Die Zahl der Verbrechenstatbestände ist im Jahr 2021 jedoch wieder leicht angestiegen (Lichtenegger p. M. BMI 2022).

Abbildung 7.4:

Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehen- und Verbrechenstatbeständen 2012–2021

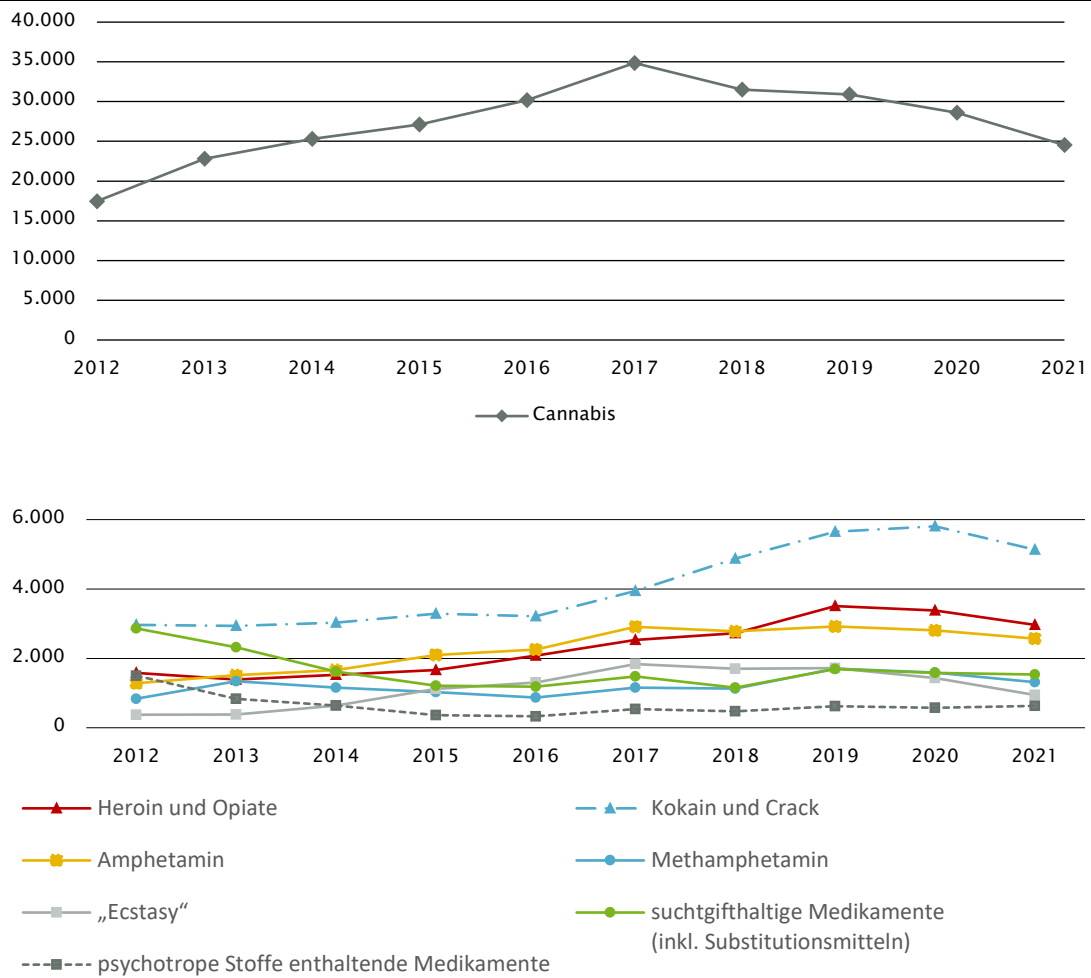


Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.5 präsentiert die Entwicklung der **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgifts**. 2021 ist es bei fast allen Substanzen zu einem Rückgang gekommen.

Abbildung 7.5:

Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgifts 2012–2021



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

Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

In Tabelle A7.12 im Anhang wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch deren sichergestellte Menge der Jahre 2017 bis 2021 dargestellt. Die Anzahl der Sicherstellungen im Jahr 2021 ist, vermutlich auch aufgrund der Ressourcenbindung bei der Umsetzung der COVID-19-Maßnahmen, etwas zurückgegangen. Diese Tendenz ist auch bei den meisten Substanzen zu sehen. Die sichergestellten Mengen werden durch Großsicherstellungen der Exekutive maßgeblich beeinflusst.

7.4 Neue Entwicklungen

COVID-19

Aus Sicht der Sicherheitsbehörden gab es auch während der COVID-19-Pandemie keine auffälligen Veränderungen im Bereich der Suchtmittelkriminalität hinsichtlich Verfügbarkeit, Preisstabilität und Qualität. Es zeigt sich ein Rückgang bei den Anzeigen nach SMG und damit verbundenen Sicherstellungen. Es wird vermutet, dass die vermehrten pandemiebedingten Kontrollmaßnahmen zu Ressourcenanpassungen und Verhaltensänderungen bei Herstellung, Verkauf und Konsum geführt haben. Auch der eingeschränkte Passagier- und Güterverkehr dürfte Auswirkungen gehabt haben. Zusätzlich zeigte sich beim Onlinehandel, dass sich die Anzahl der Vendoren verringert hat. Auch etwaige Lieferengpässe bei der Zulieferung von Drogenausgangsstoffen könnten der Fall gewesen sein. Die Preise der angebotenen Suchtmittel sind jedoch stabil geblieben (BMI 2022).

Der öffentliche Suchtmittelhandel hat sich nach Beendigung der COVID-19-Maßnahmen wieder auf das vorherige Niveau zurückentwickelt (BMI 2022).

7.5 Quellen und Methodik

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK), das auch die Daten betreffend Anzeigen, Preise und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von den beiden Drug-Checking-Einrichtungen *checkit!*¹⁵⁵ und *Drogenarbeit Z6*¹⁵⁶ (vgl. Kapitel 6). Die Zahlen hinsichtlich der Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

155

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

156

Drogenarbeit Z6 bietet in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck *Drug-Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

7.6 Bibliografie

BMI (2022). Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2021. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

Drogenarbeit Z6 (2022). Tätigkeitsbericht 2021. Innsbruck

Oberacher, H. (2022). Drug Checking 2021. Bericht über den Leistungsumfang der durchgeführten chemischen Analysen und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Trends. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck

SHW (2022). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2021. Suchthilfe Wien GmbH. Wien

7.7 Zitierte Bundesgesetze

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

7.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres

7.9 Anhang

Tabelle A7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2021

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
typisch	3.500	3.500	30.000	50.000	6.000	35.000	5.000
Untergrenze	2.500	2.500	12.000	34.000	2.000	20.000	700
Obergrenze	5.000	6.000	70.000	60.000	20.000	60.000	9.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2012–2021

Anzeigen**	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Anzeigen insgesamt	23.797	28.227	30.250	32.907	36.235	42.610	41.044	43.329	40.299	34.837
Ersttäter:innen	19.683	22.979	24.660	17.570	22.715	25.961	23.598	29.499	25.611	19.282
Wiederholungstäter:innen	3.107	3.688	3.717	13.235*	10.741	13.694	14.190	10.561	12.352	13.714

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines erstmalig österreichweit möglichen Vergleichs aller relevanten Datenfelder, wodurch eine verbesserte und genauere Erfassung der entsprechenden Daten – allerdings auch ein Zeitreihenbruch – gegeben ist.

** alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe
Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter:innen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2012–2021

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	687	844	773	855	895	1.001	967	980	869	697
Kärnten	1.165	1.460	1.961	1.607	1.646	2.184	2.403	2.824	2.466	2.440
Niederösterreich	2.683	3.134	3.629	4.019	4.153	5.477	5.051	5.069	4.790	4.663
Oberösterreich	3.547	4.446	5.009	5.104	6.006	7.578	7.537	7.052	7.364	6.011
Salzburg	1.145	1.350	1.502	1.755	2.106	2.265	2.378	2.742	2.591	2.162
Steiermark	1.879	2.465	3.266	3.246	3.363	4.254	4.125	4.961	4.182	3.718
Tirol	2.570	3.929	3.502	3.917	3.987	3.941	3.737	4.191	4.430	3.290
Vorarlberg	1.392	1.251	1.385	1.304	1.498	1.597	1.830	2.046	1.838	1.585
Wien	7.435	8.597	8.647	10.704	12.203	13.833	12.556	12.792	11.130	9.599
Anzeigen gesamt	22.503	27.476	29.674	32.511	35.857	42.130	40.584	42.657	39.660	34.165

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.4:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2012–2021 pro 100.000 EW¹⁵⁷

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	232,1	285,1	261,1	288,8	302,4	338,2	326,7	331,1	293,6	235,5
Kärnten	206,4	258,6	347,4	284,7	291,6	386,9	425,7	500,3	436,8	432,2
Niederösterreich	157,9	184,5	213,6	236,6	244,5	322,4	297,3	298,4	282,0	274,5
Oberösterreich	235,7	295,4	332,8	339,1	399,0	503,5	500,8	468,5	489,3	399,4
Salzburg	203,5	240,0	267,0	311,9	374,3	402,6	422,7	487,4	460,5	384,3
Steiermark	150,0	196,7	260,7	259,1	268,4	339,5	329,2	396,0	333,8	296,8
Tirol	336,3	514,2	458,3	512,6	521,8	515,8	489,1	548,5	579,8	430,6
Vorarlberg	346,6	311,5	344,8	324,6	372,9	397,6	455,6	509,4	457,6	394,6
Wien	384,9	445,1	447,7	554,2	631,8	716,1	650,0	662,3	576,2	497,0
Anzeigen gesamt	251,9	307,6	332,2	364,0	401,4	471,6	454,3	477,5	444,0	382,5

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

157

Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

Tabelle A7.5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2012–2021

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	14	3	7	3	2	1	1	4	6	3
Kärnten	29	36	44	33	12	26	24	22	59	48
Niederösterreich	88	71	43	45	27	39	29	40	47	61
Oberösterreich	229	98	86	32	49	114	118	124	103	123
Salzburg	22	23	5	8	7	16	19	22	22	24
Steiermark	54	26	14	10	10	31	14	36	52	45
Tirol	75	58	52	51	34	51	45	38	65	51
Vorarlberg	25	20	28	9	29	7	13	25	20	25
Wien	758	406	287	187	178	195	193	322	259	283
Anzeigen insgesamt	1.294	741	566	378	348	480	457	633	633	663

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.6:

Verteilung der Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2012–2021

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Burgenland	5	4	3	0	2	1	4	12	14	12
Kärnten	3	5	5	0	7	5	1	13	12	14
Niederösterreich	25	32	25	16	16	44	28	81	65	118
Oberösterreich	10	9	8	11	13	11	35	99	121	124
Salzburg	9	3	5	0	4	3	4	26	23	24
Steiermark	15	35	15	11	13	7	17	48	85	86
Tirol	12	19	40	6	4	7	10	42	16	27
Vorarlberg	2	6	7	2	9	3	7	18	17	15
Wien	12	15	5	2	10	8	27	99	133	204
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48	78	89	133	438	486	624

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.7:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2012–2021

Suchtgift/Suchtmittel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cannabis	17.461	22.798	25.309	27.127	30.184	34.857	31.491	30.905	28.587	24.548
Heroin und Opiate	1.582	1.390	1.529	1.666	2.077	2.533	2.724	3.507	3.381	2.965
Kokain und Crack	2.963	2.936	3.026	3.287	3.211	3.944	4.872	5.653	5.807	5.138
Amphetamin	1.283	1.517	1.663	2.097	2.253	2.909	2.779	2.920	2.804	2.570
Methamphetamin	837	1.337	1.159	1.026	869	1.154	1.133	1.705	1.590	1.313
LSD	129	155	163	189	238	327	344	448	461	422
„Ecstasy“	375	378	642	1.115	1.307	1.835	1.697	1.721	1.434	941
Mephedron	331	285	89	82	75	43	19	37	26	42
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	2.864	2.317	1.616	1.213	1.186	1.478	1.155	1.688	1.579	1.536
sonstige Suchtgifte*	143	164	260	232	381	363	304	494	637	577
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	—	183	135	215	291	203
psychotrope Substanzen	35	59	62	46	37	77	91	150	162	183
psychotrope Medikamente	1.502	837	637	359	330	539	475	622	578	627
Drogenausgangsstoffe	8	18	15	13	8	1	12	1	18	16

— Daten nicht verfügbar

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

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.8:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2021

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	634	1.661	3.726	4.419	1.686	3.143	2.608	1.291	5.380	24.548
Heroin und Opiate	30	423	213	506	126	118	14	50	1.485	2.965
Kokain und Crack	77	436	487	604	315	341	668	271	1.939	5.138
Amphetamin	90	100	433	612	199	333	214	108	481	2.570
Methamphetamin	30	16	224	488	31	55	50	8	411	1.313
LSD	17	22	60	63	25	65	40	19	111	422
„Ecstasy“	34	72	143	146	43	181	74	24	224	941
Mephedron	3	1	6	3	2	2	4	1	20	42
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	8	56	124	294	58	116	58	47	775	1.536
sonstige Suchtgifte*	7	34	111	94	21	82	56	18	154	577
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	5	17	30	27	10	24	28	6	56	203
psychotrope Substanzen	0	21	25	42	10	16	25	16	28	183
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	3	44	46	104	24	44	39	16	307	627
Drogenausgangsstoffe	0	0	11	1	0	0	0	0	4	16

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

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2021 pro 100.000 EW¹⁵⁸

Suchtgift/ Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	214,18	294,24	219,33	293,59	299,68	250,85	341,32	321,40	278,53	274,81
Heroin und Opiate	10,13	74,93	12,54	33,62	22,40	9,42	1,83	12,45	76,88	33,19
Kokain und Crack	26,01	77,23	28,67	40,13	55,99	27,22	87,42	67,47	100,38	57,52
Amphetamin	30,40	17,71	25,49	40,66	35,37	26,58	28,01	26,89	24,90	28,77
Methamphetamin	10,13	2,83	13,19	32,42	5,51	4,39	6,54	1,99	21,28	14,70
LSD	5,74	3,90	3,53	4,19	4,44	5,19	5,23	4,73	5,75	4,72
„Ecstasy“	11,49	12,75	8,42	9,70	7,64	14,45	9,68	5,97	11,60	10,53
Mephedron	1,01	0,18	0,35	0,20	0,36	0,16	0,52	0,25	1,04	0,47
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	2,70	9,92	7,30	19,53	10,31	9,26	7,59	11,70	40,12	17,20
sonstige Suchtgifte ^a	2,36	6,02	6,53	6,25	3,73	6,54	7,33	4,48	7,97	6,46
davon										
psilocin-, psilotin- und psilocybin-haltige Pilze	1,69	3,01	1,77	1,79	1,78	1,92	3,66	1,49	2,90	2,27
psychotrope Substanzen	0,00	3,72	1,47	2,79	1,78	1,28	3,27	3,98	1,45	2,05
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	1,01	7,79	2,71	6,91	4,27	3,51	5,10	3,98	15,89	7,02
Drogenausgangsstoffe	0,00	0,00	0,65	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,21	0,18

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

^aHier sind auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze inkludiert.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

158

Die Darstellung der Anzeigen pro 100.000 Einwohner:innen stellt keinen Indikator für die Suchtmittelkriminalität im Allgemeinen dar, hier spiegeln sich die Ressourcenmöglichkeiten pro Bundesland wider wie z. B. bei verstärkten Einsätzen am Flughafen Wien-Schwechat.

Tabelle A7.10:

Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2012–2021

Suchtgift/Suchtmittel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	7.137	10.139	11.914	13.879	16.697	18.896	17.154	16.263	13.535	12.100
Cannabispflanzen	—	—	—	—	508	534	565	516	564	552
Heroin	393	346	428	605	677	967	1.115	1.267	1.309	1.096
Kokain	912	992	1.078	1.190	1.315	1.571	1.810	2.089	2.000	1.664
Amphetamin	348	496	613	784	828	1.099	1.215	1.322	1.163	1.068
Methamphetamin	259	363	317	304	334	389	544	990	655	535
LSD	47	39	61	69	90	131	180	278	283	255
„Ecstasy“	113	119	212	357	455	818	851	939	597	364
Mephedron	36	54	11	12	8	6	10	15	15	20
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.435	1.129	742	704	655	769	676	1.057	946	750
sonstige Suchtgifte*	65	88	120	127	176	168	167	315	417	344
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	53	90	103	68	155	233	146
psychotrope Substanzen	22	30	26	18	21	33	47	62	56	85
psychotrope Stoffe enthal- tende Medikamente	888	495	417	242	251	349	325	442	377	431
Drogenausgangsstoffe	8	9	16	9	5	-	10	1	16	14

— Daten nicht verfügbar

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.1.1:

Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2012–2021

Suchtgift/Suchtmittel	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat; kg)	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7	1.659,2	1.499,63	1.367,87	2.056,78	2.113,35
Cannabispflanzen (Stk.)	—	—	—	—	24.166	31.102	24.571	26.568	17.881	41.230
Heroin (kg)	222,1	80,2	56,2	69,5	68,9	70	76,4	94,64	104,27	71,53
Kokain (kg)	64,6	24,7	31,0	119,6	86,4	71,4	74,99	87,12	62,99	80,53
Amphetamin (kg)	32,1	21,4	15,9	66,6	87,6	50,3	76,77	122,21	36,84	83,43
Methamphetamin (kg)	3,2	7,6	4,7	2,9	4,8	5,0	8,0	30,2	9,24	10,48
LSD (Trips)	276	618	778	1.848	1.865	1.374	3.564	3.440	7.066	6.546
„Ecstasy“ (Stk.)	8.998	5.768	5.001	10.148	29.485	446.465 ¹⁾	83.037	77.922	89.148	53.121
Mephedron (kg)	2,4	4,0	1,0	0,2	0,02	0,02	0,06	0,48	0,15	22,43
suchtgifthaltige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmitteln	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343	4.820	52.574 ²⁾	59.754	45.115	7.649	15.063
sonstige Suchtgifte (kg)*	1,1	2,2	2,1	3,6	4,8	2,1	6,8	38,74	16,52	68,62
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	—	1,5	1,1	36,77	7,41	4,1
psychotrope Substanzen (kg)	2,9	0,6	0,5	15,4	0,18	1	29,2	0,8	0,27	1,08
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten (Stk.)	18.042	8.423	163.287,5	3.697	4.325	8.077	24.221	27.221	68.594	16.117
Drogenausgangsstoffe**: fest (kg)	2,8	149,7	135,1	2.223,2	—	—	1	—	0,0004	0,36
Drogenausgangsstoffe**: flüssig (l)	—	—	—	—	6,65	—	11	1	15,48	22,75

— Daten nicht verfügbar

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

** Drogenausgangsstoffe wurden bis inklusive 2015 in Kilogramm, ab 2016 in Litern und werden seit 2018 je nach Substanz in Litern und Kilogramm angegeben.

¹⁾ Es gab eine Großsicherstellung von rund 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.).²⁾ Es gab eine Großsicherstellung im Rahmen des *JIFTdrugs/ƒ.air*-Projekts (Lichtenegger, p. M., vgl. Abschnitt 7.2.3).

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.12:

Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl
2017–2021

Wirkstoff	Sicher- stellungen 2017	Menge (Stück) 2017	Sicher- stellungen 2018	Menge (Stück) 2018	Sicher- stellungen 2019	Menge (Stück) 2019	Sicher- stellungen 2020	Menge (Stück) 2020	Sicher- stellungen 2021	Menge (Stück) 2021
Codein	15	170	12	95	2	19	12	189	11	129
Buprenorphin	91	421	46	334	30	172	39	192	93	2.382
Levomethadon	3	9	6	2.953	0	0	0	0	4	18
Methadon	13	199	14	114	19	1.554	12	104	23	578
Morphin retard	523	3.794	462	2.401	802	4.614	667	4.480	486	5.810
Gesamt	645	4.593	570	5.897	853	6.359	730	4.965	617	8.917

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	229
8.1	Zusammenfassung.....	229
8.2	Aktuelle Situation.....	230
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation	230
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	233
8.2.3	Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft	234
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	237
8.3	Trends.....	240
8.4	Neue Entwicklungen.....	240
8.5	Quellen und Methodik.....	242
8.6	Bibliografie	243
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	245
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	245
8.9	Anhang.....	246

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 28 Justizanstalten mit 16 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.566 Haftplätzen (Stand 1. April 2022).

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Hierfür zuständig sind Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter:innen. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, welche die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Mit 1. Oktober 2021 befanden sich rund elf Prozent der Insassin-¹⁵⁹nen/Insassen (919¹⁵⁹) in Substitutionsbehandlung.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös drogenkonsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Dennoch stehen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen und Insassen werden nicht durchgeführt. Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Weder ist eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich, noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen.

Neue Entwicklungen

Im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen gem. § 22 StGB und § 68a StVG werden aktuell die Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen in den Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering auf- und ausgebaut. Auf Grund der Re- bzw. Umorganisation der Justizanstalt Wien-Favoriten in den Jahren 2020/2021 waren insbesondere im Wiener Raum – auch in Hinblick

159

Die hier angegebene Zahl weicht von der Zahl in Kapitel 5 ab, da sich die Zahl in Kapitel 5 auf das gesamte Jahr bezieht. Der hier angegebenen Zahl liegt eine Stichtagserhebung zugrunde.

auf eine gezielte Entlassungsvorbereitung – vermehrt Plätze für entwöhnungsbedürftige Strafgefangene sowie Untergebrachte gemäß § 22 StGB notwendig geworden, weshalb die Justizanstalt Wien-Simmering seit 1. Mai 2022 auch für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig ist. In der Justizanstalt Stein wird ebenso die Abteilung für Insassen gem. § 22 StGB und § 68a StVG ausgebaut und neuorganisiert, um damit auch Strafgefangene mit langen Freiheitsstrafen suchtmäßig und suchttherapeutisch betreuen und behandeln zu können. Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und § 68a StVG zur Verfügung.

Aufgrund der Novelle der Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl II 2020/215) werden, insbesondere was die Erweiterung des Applikationsspektrums betrifft, derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet.

Für 2021 wurden keine pandemiebedingten Auswirkungen auf den Haftbereich berichtet.

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und der Gefängnispopulation

Überblick über die Gefängnisorganisation in Österreich

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der im Bundesministerium für Justiz (BMJ) angesiedelten Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug und Extremismusprävention beinhaltet. Die Umwandlung der bisherigen Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 StGB in die Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug und Extremismusprävention erfolgt im Zuge der Umsetzung des Terror-Bekämpfungsgesetzes zum 1. Jänner 2022.

Das österreichische Vollzugswesen stützt sich auf 28 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit 16 Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.566 Personen. Der Insassenstand betrug mit 1. April 2022 insgesamt 8.599 Personen, wobei 7.680 Personen in Justizanstalten untergebracht waren. Diese Gruppe setzt sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht sind (Untergebrachte), zusammen (vgl. auch Tabelle A8.1 im Anhang). Die restlichen 919 Insassinnen/Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch

überwachtem Hausarrest.¹⁶⁰ Aufgrund von Sanierungsarbeiten und kurzfristigen Belagsreduktionen sind die Belagskapazitäten in den Justizanstalten oft Schwankungen unterworfen.

Die nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über deren Charakteristika. Abteilungen der JA Stein, JA Innsbruck, JA Klagenfurt und JA Wien-Simmering sind speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen und die JA Schwarzau auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt (Maßnahmenabteilungen gemäß § 22 StGB). Die JA Wien-Favoriten, die zuvor auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt gewesen war, wurde in den Jahren 2020/2021 umstrukturiert und ist seitdem für den Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs. 1 StGB zuständig (Weihen, p. M.).

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem gemäß § 49 Abs 1 JGG die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ verankert ist.

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 1. April 2022

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	175	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein Außenstelle Grafenstein	363	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, gelockerter Vollzug und Freigängerhaus Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt Außenstelle Wiener Neustadt	91	männliche Jugendliche und junge Erwachsene Sonderanstalt i. S. des Jugendgerichtsgesetzes
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	161	männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 StGB (geistig abnorme zurechnungsunfähige Rechtsbrecher) sowie Wohngruppenvollzug für männliche Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	497	männliche Erwachsene Freiheitsstrafen über 18 Monate bis max. 6 Jahre, gelockerter Vollzug gem. § 126 StVG
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	224 ¹	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	162	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarzau (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt	196	Frauen, weibliche Jugendliche entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gem. § 22 StGB) und Entwöhnungsbehandlung weibl. Strafgefangener (§ 68a StVG), Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich, Kindergarten für bis zu 23 Kinder
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	männliche Erwachsene

¹⁶⁰

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html> (Zugriff am 10. 7. 2022)

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
		Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren, gelockerter Vollzug
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	189	männliche Erwachsene und Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha gelockerter Vollzug Krems/Donau	839	erwachsene Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 und § 22 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher), Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang, Hochsicherheitsgefängnis und gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	203	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung; Wohngruppenvollzug
Justizanstalt Asten (OÖ)	213	Männer, Frauen weibliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 und Abs 2 StGB und männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1, Wohngruppen mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt
Justizanstalt Garsten (OÖ)	285 ¹	Männer Strafgefängene, Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Untersuchungshäftlinge, Hochsicherheitsgefängnis; derzeit Umstrukturierung in Maßnahmenvollzug gem. § 21 StGB
Justizanstalt Linz (OÖ)	260	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	140	Männer, Frauen, Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	262 ²	Männer Strafgefängene, Strafzeit ab 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	200 ¹	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB in Christian-Doppler-Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	538	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Maria Lankowitz	452 ¹	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB, Freiheitsstrafen über 18 Monate bis lebenslang, sehr hoher Sicherheitsstandard, gelockerter Vollzug; derzeit Ausweitung des Maßnahmenvollzugs gem. § 21 StGB
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	475	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft, Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB
Justizanstalt Feldkirch (V) Außenstelle Dornbirn	150	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate (Jugendliche bis zu 6 Monate), gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wien-Favoriten (W)	69	Maßnahmenvollzug für männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 StGB
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W) Außenstelle Wilhelmshöhe Außenstelle Krems Außenstelle Göllersdorf	1.054	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen, Sonderkrankenanstalt

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf Außenstelle Begutachtungs- und Clearingstelle	82	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern (gem. § 21 Abs 2 StGB). Nach einem Brand im Mai 2020 sind die Sanierungsarbeiten abgeschlossen, und die JA ist wieder komplett belegt.
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	459	Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre, Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation; Abteilung für die Entwöhnungsbehandlung gem. § 68a StVG und Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB

¹ reduzierter Belag aufgrund von Sanierungs- bzw. Umstrukturierungsarbeiten

² reduzierter Belag aufgrund einer fixen Isolations-/Quarantäneabteilung

Quelle: BMJ 2020 und Weihen p. M.; Darstellung: GÖG

Die nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹⁶¹ der österreichischen Justizanstalten (siehe auch Tabelle A8.1). Dabei wird deutlich, dass der Anteil der männlichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten über 90 Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel.

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 bis 2022 zum Stichtag 1. April

Insassen	2010	2014	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Männer	8.251	8.363	8.344	8.493	8.504	8.887	8.474	7.996	8.043
Frauen	562	541	523	513	537	603	581	540	556
Gesamt	8.813	8.904	8.867	9.006	9.041	9.490	9.055	8.536	8.599
davon Jugendliche	193	88	133	145	155	121	118	93	121
davon Personen in Untersuchungshaft	1.909	1.807	1.729	1.880	1.863	1.929	1.615	1.519	1.655

Untersuchungshaft findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

Quelle: Weihen p. M.; Darstellung: GÖG

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums in Haft und vor Haftantritt liegen nicht vor (ältere verfügbare Daten siehe GÖG/ÖBIG 2011, ÖBIG 2001, Weigl et al. 2017 und Stummvoll et al. o. J.).

161

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Inhaftierten, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

8.2.3 Interventionen im Kontext Drogen und Gesundheit während der Haft

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1) weist darauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insbesondere die Versorgung i. v. konsumierender Inhaftierter mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Allerdings stellt die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* nur einen Rahmenplan und keine konkrete Umsetzungsstrategie dar.

Vonseiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinie vor, welche die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015). Gemäß dieser Leitlinie wird die Behandlung drogenabhängiger Insassinnen/Insassen im österreichischen Strafvollzug auch während der Haft durchgeführt, und zwar in Form von

- » Substitutionsbehandlungen im Sinne von Entzugstherapie, Einstellungstherapie, Überbrückungstherapie, Dauertherapie oder Reduktionstherapie,
- » drogentherapeutischer Beratung, Betreuung und Behandlung,
- » medizinisch begleitetem Entzug,
- » drogenfreien Zonen/Abteilungen (DFZ),
- » Abteilungen gemäß § 22 StGB bzw. § 68a StVG sowie der
- » Möglichkeit eines Antrags gemäß § 39 SMG.

Aus dem Äquivalenzprinzip resultiert der Anspruch der Insassinnen/Insassen innerhalb des gesamten Strafvollzugs auf eine adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung, die auch außerhalb des Vollzugs als „State of the Art“ gelten. Bereits bei der Aufnahme in eine Justizanstalt wird die Kontinuität einer Behandlung sichergestellt, und bei der Entlassung werden gezielte Übergangsmaßnahmen ergriffen.

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl 1969/144, StVG), in verschiedenen Erlässen und in den Europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR 2006) geregelt. Das BMJ ist für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten zuständig. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMJ, die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016a).

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen bzw. Anbieterinnen/Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung suchtkranker Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter:innen tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011;

Stummvoll et al. 2017). Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren.

In den Justizanstalten bestehen unterschiedlichste Behandlungsangebote, wobei Erhaltungstherapie, Entzugstherapie, Unterstützung bei der Realisierung des Wunsches nach Abstinenz sowie Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten angeboten werden (siehe dazu auch GÖG/ÖBIG 2011). Der Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB / § 68a StVG wird in den Justizanstalten Schwarzau, Stein, Innsbruck und Klagenfurt sowie seit 1. Mai 2022 auch in der JA Wien-Simmering vollzogen. Substitutionstherapie sowie (psycho)therapeutische Betreuungs- und Behandlungsangebote werden in allen Justizanstalten angeboten.

Prophylaxe und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten

Bei Antritt der Haft werden Care-Pakete an die Häftlinge ausgegeben, die u. a. Kondome und Informationsmaterial zu HIV, Aids und Hepatitis enthalten. Im Sinne der Schadensminimierung sollte in Justizanstalten der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln sichergestellt sein (vgl. BMJ 1998a, 1998b, 1998c). Da dies nicht überall gegeben gewesen war (Weltzien et al. o. J.), wurden 2020 die Leitungen der Justizanstalten durch ein Schreiben des BMJ an die entsprechenden Erlässe zur Schadensminimierung erinnert (Weihen p. M.).

In allen 28 Justizanstalten werden nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Nach Aufnahme der:des Inhaftierten wird eine elektronische Häftlingsakte im Häftlingsinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen (spezifischen Leberwerten) erfolgt eine Biomarkertestung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern erfolgt ein erneutes Screening erst wieder bei der Haftentlassung (HBV, HCV). HBV- und HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht (Schmid et al. 2017). Den Haftinsassinnen und -insassen wird zudem die antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) bzw. die DAA-Behandlung (bei HCV) angeboten. Ergebnisse von Routinescreenings liegen nicht vor.

Spritzentauschprogramme, systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen oder vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Haftinsassinnen und -insassen mit einem positiven HCV-Status werden vor Beginn der DAA-Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten gegen Hepatitis A/B geimpft.

Allgemeinmedizinische, psychosoziale und psychiatrische Versorgung

Um den Gesundheitszustand der Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015) folgend, werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist in allen Justizanstalten entsprechend einer Checkliste standardisiert. Für jede suchtkranke Insassin und jeden suchtkranken Insassen ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der auch die individuellen Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden.

Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im IVV-Ordnungsstrafmodul der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin / des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt hinsichtlich suchtspezifischer Versorgung verständigt werden (siehe dazu auch Abschnitt 8.4).

Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren (Winterleitner p. M.). Genaue Zahlen liegen aber nur für die Substitutionsbehandlung vor.

Weiterversorgung und Kooperationen

Die Leitlinie (BMJ 2015) regelt zudem die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassinnen/Insassen. Beispielsweise gibt es in der Steiermark derartige Kooperationen zwischen dem *Verein b.a.s.*, den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini und der Drogenberatung des Landes Steiermark (Horvath et al. 2017). Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der *Verein Dialog* seit 1999 für Insassinnen/Insassen der beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ) tätig. Der *Verein Dialog* betreute dort im Jahr 2021 insgesamt 1.924 Klientinnen/Klienten und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2022).

Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten, der etwa einmal im Quartal in der Justizanstalt Salzburg vor Ort ist. Wenn Insassinnen/Insassen wegen eines Suchtproblems den Kontakt zum Verbindungsdienst wünschen, nehmen die Sozialarbeiter:innen der JA den Kontakt mit der Drogenberatungsstelle auf. Die Kontaktmöglichkeit besteht auch für die Anwältinnen/Anwälte der Betroffenen oder auch für deren Verwandte. Bei der Aufnahme in die Untersuchungshaft oder Strafhaft werden die Insassinnen/Insassen über das Angebot der Drogenbera-

tungsstelle informiert. Pro Monat ist die Drogenberatungsstelle nur mit etwa einem Fall in Zusammenhang mit Insassinnen/Insassen der JA Salzburg befasst, meist geht es dabei um die Vermittlung eines Therapieplatzes (Parhammer p. M.).

Überlebenshilfe

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten **keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe** wie etwa entsprechende Naloxonprogramme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Naloxon als Fertigprodukt wurde aber anlässlich einer Fortbildung für alle Mitarbeiter:innen der Krankenabteilungen vorgestellt und fachlich diskutiert, im Zuge dessen wurde auch seine Anwendung für den Notfall geübt. Weder ist jedoch eine Mitgabe von Naloxon in die Zelle möglich noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen (Winterleitner p. M.).

Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015). Zum aktuellsten verfügbaren Stichtag, dem 1. 10. 2021, erhielten insgesamt 919 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was etwa rund elf Prozent der Insassinnen/Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8.2). Österreichweit wird prinzipiell in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Über zehn Prozent der Insassinnen und Insassen (in Relation zu den Haftplätzen) sind in folgenden Justizanstalten in Substitutionsbehandlung: Wien-Simmering (23 %), Feldkirch (20 %), Graz-Karlau (15 %), Stein (12 %) und Schwarzau (17 %), Hirtenberg (15 %), Korneuburg (12 %), Klagenfurt (11 %), Garsten (13 %), Sonnberg (10 %), Wr. Neustadt (10 %) und Wien-Josefstadt (17 %). (Weihen p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind weiterhin Methadon (37 % aller Substitutionsbehandlungen) und L-Polamidon (16 %), Compensan (14 %) sowie Suboxone (7 %), Subutex (6 %), Mundidol (5 %) und Substitol (4 %) (Weihen p. M.; vgl. Tabelle A8.2). Damit wird in den Gefängnissen Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb der Haftanstalten (vgl. Kapitel 5). Die zahlenmäßig meisten Methadonverschreibungen erfolgen in der JA Wien-Josefstadt, dem größten Untersuchungsgefängnis Österreichs.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Die bereits in Abschnitt 8.2.3 angesprochenen Leitlinien bzw. Richtlinien werden zum größten Teil in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien beinhalten

u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung dar.

In diesen Leitlinien wird außerdem die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren und betroffenen Personen innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu ermöglichen (Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹⁶²). Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. An die Stelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen¹⁶³, die aus suchtmmedizinischer Sicht Teil des Krankheitsbilds sind, soll nicht strafend, sondern in erster Linie im Sinne der therapeutischen Zweckmäßigkeit reagiert werden. Die in den Leitlinien angeführten Standards wurden zum Großteil bereits im Jahr 2014 als Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung für suchtkranke Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG entwickelt¹⁶⁴ (BMJ 2014). Diesen Standards folgend, die auch unterschiedliche Stadien der Haft (Einlieferung/Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) behandeln, hat jede Justizanstalt ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus Fachdiensten (ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, sozialer und pädagogischer Dienst) der jeweiligen JA zu etablieren/organisieren. Suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) sind zeitnah zur Aufnahme zu erheben. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Haftantritt werden bestehende Substitutionsbehandlungen weitergeführt (vgl. auch Abschnitt 8.2.3).

Der Chefärztliche Dienst hat gemeinsam mit der Suchthilfe Wien einen österreichweiten Qualitätssicherungszirkel für in der Justiz diensttätige Ärztinnen/Ärzte etabliert, der zumindest ein- bis zweimal pro Halbjahr abgehalten wird und dessen Ziel Fallbesprechungen, die Vernetzung und sonstige wesentliche Themen sind. (Winterleitner p. M.).

Substitutionsbehandlung in Haft

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizresorts die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten in der geltenden Fassung (BMJ 2005a), in denen

162

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

163

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

164

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung Strafgefangener bzw. deren mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher:innen.

in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden.

Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Eine unter der Ägide des Gesundheitsressorts erstellte Leitlinie zur Opioid-Substitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 2; ÖGABS et al. 2017).

Prophylaxe gegen und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

Ebenfalls im Rahmen von Erlässen wurden Informationsbroschüren zu den Themen Hepatitis, HIV/Aids in Haft (BMJ 2013, BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c) oder betreffend die Aus- und Fortbildung für Insassinnen/Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Informationsbroschüren erstellt. Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe gegen HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999).

Seit 2016 werden Screeninguntersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden spezifisch getestet. Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes wird 2023 neuerlich eine Auswertung der Screeninguntersuchungen gemeinsam mit der AGES durchgeführt. Die flächendeckende Erhebung und Meldung der epidemiologischen Untersuchungsdaten (Surveillance) in puncto HBV und HCV bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten erfolgt nach dem Epidemiegesetz und fließt damit in die offiziellen Statistiken der neu diagnostizierten Fälle ein. Die gesonderte Veröffentlichung auf JA-Ebene benötigt die Genehmigung der Ressortleitung, welche noch nicht erwirkt werden konnte (Winterleitner p. M.).

Das europäische Projekt EPPIC (Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems)¹⁶⁵ mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasste sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit (vgl. Stummvoll et al. 2017). Auf Basis der Studienergebnisse wurde ein Handbuch für Qualitätsstandards bezüglich Interventionen bei Jugendlichen mit Drogenkonsumerfahrungen in Kontakt mit dem Justizsystem erstellt (Graf et al. 2019).

165

<https://www.euro.centre.org/projects/detail/203> (Zugriff am 11. 7. 2022)

Aus- und Fortbildung

Vonseiten der Strafvollzugsakademie werden 2022 – soweit COVID-19-bedingt möglich – die Seminare „Fortbildungstage der Krankenpflegefach- und Sozialbetreuungsdienste“, „Fachtagung der Psychologinnen und Psychologen“, „Fachtagung der Sozialarbeiter:innen“, „Workshop für Ergotherapeut:innen“, „Suchtkranke im Strafvollzug: Zwischen Frustration, Ohnmacht und Verständnis“ und „Suchtkranke im Strafvollzug – Follow-up: Zwischen Ohnmacht, Verstärkung und Unterstützung“ sowie das Curriculum für Strafvollzugsbedienstete „Beraten, Betreuen und Behandeln von Suchtkranken Teil I“ angeboten (Strafvollzugsakademie/Fortbildungsakademie 2022).

Im weiteren Sinne suchtrelevante Weiterbildungen erfolgten auch zu den Themen „Lehrgang Frauenvollzug, 1. Teil und 2. Teil“, „Lehrgang Jugendvollzug, 1. Teil“ sowie „praxisbezogener Umgang mit herausfordernden Persönlichkeiten von Inhaftierten“ (Weihen, p. M.).

8.3 Trends

In den Justizanstalten wird das Augenmerk vermehrt auf das Thema Infektionskrankheiten und hier insbesondere auf die Behandlung von HCV gerichtet (vgl. Abschnitt 8.4).

Nachdem durch die Novelle zur Suchtgiftverordnung die rechtliche Grundlage für die Erweiterung des Applikationsspektrums von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsform geschaffen worden ist, wird im Strafvollzug diese Methode vermehrt angeboten. Im Zeitraum Januar bis Juni 2021 wurden 20 Insassen auf diese Weise versorgt. Die Veröffentlichung der Studie inkl. Empfehlungen ist erst für Ende 2022 geplant (Winterleitner p. M.).

8.4 Neue Entwicklungen

Im Berichtsjahr wurde weiterhin an neuen Konzepten für die Behandlung von Hepatitis C in Haft gearbeitet, die sich aufgrund des Pandemiegeschehens verzögerten. Im Jahr 2021 haben 90 Insassinnen/Insassen in den Justizanstalten die Behandlung der Hepatitis C mit antiviral wirkenden HCV-Medikamenten (DAA) abgeschlossen (2020: 100 Insassinnen/Insassen) (Winterleitner, p. M.).

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat in der Arbeitsgruppe „Versicherung nach Haft“ in Zusammenarbeit mit der Generaldirektion für Strafvollzug und Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ, dem AMS, der ÖGK (und – in weiterer Folge – mit den jeweiligen Landesregierungen) einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel in Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden und insbesondere nahtlosen Versicherungsschutz erhält. Bisher wurde ein Regelbetrieb in Wien, der Steiermark, Niederösterreich, Kärnten, im Burgenland, in Salzburg (seit Mai 2021) und teilweise in Oberösterreich umgesetzt (Weihen p. M.).

Im Bereich der Entwöhnungsbehandlungen gem. § 22 StGB und § 68a StVG werden aktuell die Abteilungen für Entwöhnungsbehandlungen in den Justizanstalten Innsbruck, Klagenfurt, Stein und Wien-Simmering auf- und ausgebaut. Aufgrund der Re- bzw. Umorganisation der Justizanstalt Wien-Favoriten in den Jahren 2020/2021 waren insbesondere im Wiener Raum – auch in Hinblick auf eine gezielte Entlassungsvorbereitung – vermehrt Plätze für entwöhnungsbedürftige Strafgefangene sowie Untergebrachte gemäß § 22 StGB notwendig geworden, weshalb die Justizanstalt Wien-Simmering seit 1. Mai 2022 auch für den Maßnahmenvollzug gem. § 22 StGB zuständig ist (Weihen p. M.).

In der Justizanstalt Stein wird ebenso die Abteilung für Insassen gem. § 22 StGB und § 68a StVG ausgebaut und neuorganisiert, um damit auch Strafgefangene mit langen Freiheitsstrafen suchtmedizinisch und suchttherapeutisch betreuen und behandeln zu können. Suchtkranken Frauen steht in der Justizanstalt Schwarzaau eine Maßnahmenabteilung gem. § 22 StGB und § 68a StVG zur Verfügung (Weihen p. M.).

Aufgrund der Novelle der Suchtgiftverordnung vom 18. Mai 2020 (BGBl II 2020/215) werden, insbesondere was die Erweiterung des Applikationsspektrums betrifft, derzeit die Leitlinien zur Substitutionsbehandlung in Haft überarbeitet. Nach Angaben des Chefärztlichen Dienstes befinden sich die Leitlinien in der internen Diskussionsphase, die Genehmigung soll im Herbst 2022 erfolgen (Winterleitner p. M.).

Im Berichtsjahr konnte der Wiener *Verein Dialog* sein Angebot erweitern und bietet nun *Psychotherapie in Justizanstalten* an, ein Angebot, um Insassinnen/Insassen bereits während der Haftzeit die Möglichkeit der Auseinandersetzung mit ihren jeweiligen Problemlagen, unter besonderer Berücksichtigung ihrer Suchtproblematik, zu gewähren. Das Angebot umfasst derzeit die Justizanstalten Korneuburg und Gerasdorf (NÖ) sowie die Justizanstalten Simmering und Favoriten (W) (Verein Dialog 2022; Dornhofer p. M.).

COVID-19

Für das Berichtsjahr 2021 wurden keine pandemiebedingten Auswirkungen auf den Haftbereich berichtet. Im Jahr 2020 sank zum einen die Zahl der Insassinnen/Insassen aufgrund von Haftaufschiebungen (vgl. BGBl I 2020/16) und der häufigeren Anwendung des elektronisch überwachten Hausarrests (Weihen p. M.) leicht, zum anderen musste eine Reihe von Schutzmaßnahmen (z. B. temporäre Besuchsverbote, Vollzugsuntauglichkeit wegen [Kontakts mit einer Person mit] COVID-19-Infektion, Einschränkungen beim Freigang (vgl. BGBl I 2020/16) ergriffen werden. Aufgrund dieser Restriktionen konnte das Einbringen von Substanzen von außerhalb stark vermindert werden.

8.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMJ / Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Justizressorts und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe.

Studien

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligte sich zusammen mit Forschungseinrichtungen im UK, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am oben erwähnten EU-Projekt EPPIC, das auf einen Informationsaustausch zu den Themenbereichen Gesundheit und soziale Ungleichheit von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln, abzielte. In Österreich wurden im Zuge dieses Projekts insgesamt 26 Personen im Alter von 14 bis 25 Jahren interviewt. Sechs von ihnen waren weiblich, und 20 hatten einen migrantischen Hintergrund (Stummvoll et al. o. J.). Die Interviews dauerten im Schnitt 30 Minuten und wurden mit *MAXQDA* ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse des Gesamtprojekts wurde das „*Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems*“ publiziert.

Eine Studie von Silbernagl et al. (2019) hat eine hohe Prävalenz der Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) unter solchen Insassinnen/Insassen vier österreichischer Justizanstalten festgestellt, die sich einer Methadonbehandlung unterzogen haben und mit einem Beginn des Substanzkonsums in einem frühen Alter in Verbindung gebracht werden konnten. Zudem wurden Informationen in Bezug auf den biografischen Verlauf der Suchterkrankung der Insassin bzw. des Insassen, die Art der Straftat, psychiatrische Komorbiditäten sowie Daten zur psychopharmakologischen Behandlung anhand standardisierter Interviews erhoben. Die *ADHS-Selbstbeurteilungsskala* (ADHS-SB), die *Wender Utah Rating Scale*, das *Mini-International Neuropsychiatric Interview* sowie der *European Addiction Severity Index* kamen dabei zum Einsatz.

Rezente österreichspezifische Berichte zur Situation hinsichtlich Drogenhandel und -verfügbarkeit in den Gefängnissen im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden im Vorjahresbericht beschrieben (Busch et al. 2021). Seither wurden keine Studien im Bereich Haft publiziert.

8.6 Bibliografie

- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-/Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998
- BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS-/Hepatitis-C-Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18-v.1/1998
- BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes „Take Care“ betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35-V.1/1998
- BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die „Postexpositionelle Prophylaxe“ (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999
- BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ-E52203/0001-V 1/2005
- BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2012). Aus- und Fortbildung für Insassen. BMJ-VD48601/0007-VD 2/2012
- BMJ (2013). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Hepatitis, HIV/AIDS in Haft“. BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013
- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG. BMJ-41902/0002-VD 2/2014
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien
- BMJ (2020). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. Jänner 2020. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2016a). Sicherheitsbericht 2015. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien

- Busch, M.; Anzenberger, J.; Brotherhood, A.; Klein, C.; Priebe, B.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2021): Bericht zur Drogensituation 2021. Gesundheit Österreich. Wien
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Graf, N.; Moazen, B.; Stöver H. (2019). Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems. Frankfurt am Main
- Hofinger, V.; Pilgram, A. (o. J.). Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Im Auftrag der Abt. 8 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien
- Schmid, D.; Spina, A.; Winterleitner, M. (2017). Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der Hepatitis B und Hepatitis C bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten, 2017. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance im Auftrag des BMJ. Präsentation im Rahmen der Veranstaltung Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich am 27. 7. 2017, AGES Wien
- Silbernagl, M., Slamanig, R., Stegemann, M., Sterzer, M., Mayer, L., Fischer, G., Unger, A. (2019). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Status in a Mixed Gender Population of Opioid-Maintained Prison Inmates. *European addiction research*, 25(2), 80–92.
<https://doi.org/10.1159/000496351>

Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum (2022). Jahresprogramm 2022. Bundesministerium für Justiz. Wien

Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R.; Stamatiou, W. (2017). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP4. National Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien

Stummvoll, G.; Kahlert, R.; Goos, C.; Stamatiou, W. (o. J.). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP5 2nd Country Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien

Verein Dialog (2022). Jahresbericht 2021. Verein Dialog. Wien

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

Weltzien, N.; Moser-Riebinger, A.; Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria

8.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

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

BGBl I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz

BGBl II 2020/215. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

StVG BGBl 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

8.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Dornhofer, Margret	Sucht- und Drogenkoordination Wien
Parhammer, Monika	Suchtkoordination Land Salzburg
Weißen, Marit	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Chefärztlicher Dienst, Bundesministerium für Justiz

8.9 Anhang

Tabelle A8.1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2022

Haftart	männliche Erwachsene	männl. Junge Erwachsene*	männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	weibliche Erwachsene	weibl. Junge Erwachsene	weibl. Jugendliche	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	4.739	147	38	4.924	270	4	3	277	5.201	60,48 %
Untersuchungshaft	1.435	73	50	1.558	87	4	6	97	1.655	19,25 %
untergebracht	1.227	30	6	1.263	145	2	1	148	1.411	16,41 %
sonstige Haft***	267	16	15	298	31	1	2	34	332	3,86 %
Summe	7.668	266	109	8.043	533	11	12	556	8.599	100,00 %

* Junge Erwachsene sind im justiziellen Kontext Personen, die einer Tat beschuldigt werden, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendlich ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** umfasst alle Personen mit den Haftarten Anhaltung, Auslieferungshaft, Finanzstrafhaft (inkl. § 173 [4] StPO), Justizgewahrsam, Strafhaft § 173 (4) StPO, § 429 StPO, § 438 StPO, Schubhaft, sonstige Haft, Verwaltungshaft (inkl. § 173 [4] StPO), Übergabehaft, untergebracht i. V. m. § 173 (4) StPO oder Zwangsbeugehaft

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8.2:

Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2021

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	andere Mittel
Eisenstadt	10	4					3		3		
Feldkirch	24	14	1				1		8		
Garsten	38	9	5					8	8		8
Gerasdorf											
Göllersdorf	7	2	2						2		1
Graz-Jakomini	37	4	9						18		6
Graz-Karlau	61	7	13	17	1		7	5			11
Hirtenberg	68	18	4	8			27		8		3
Innsbruck	29	13	7								9
Klagenfurt	35	7	23								5
Korneuburg	27	11	2						9	3	2
Krems	18	9	3					1	2	1	2
Leoben	14	4	3					2	4		1
Linz	25	7	15				2		1		
Ried	19	4	7	1				2	5		
Salzburg	18	1	3	1			1	1	9		2
Schwarzau	32	21					4				7
Sonnberg	35	19	6	1			5	3			1
St. Pölten	11	4		2				1	4		
Stein	94	43	26				2	1	22		
Suben	21	7	2	2			3	1	6		
Wels	10	1	1	3				3	2		
Wien-Favoriten	6	4	1					1			
Wien-Josefstadt	154	121	1	5			1	13	10		3
Wien-Mittersteig											
Wien-Simmering	105		2		44			25	1	1	32
Wiener Neustadt	21	6	9				2		4		
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	919	340	145	40	45		58	67	126	5	93
Verteilung in Prozent		37,0	15,8	4,4	4,9		6,3	7,3	13,7	0,5	10,1

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG