

Bericht zur Drogensituation 2018

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2018

Ergebnisbericht

Autor/in:

Ilonka Horvath

Judith Anzenberger

Martin Busch

Alexander Grabenhofer-Eggerth

Irene Schmutterer

Julian Strizek

Aida Tanios

Marion Weigl

Fachliche Begleitung durch das BMASGK:

Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im Oktober 2018

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

Zitiervorschlag: Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Tanios, Aida; Weigl, Marion (2018): Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich, Wien.

ISBN 978-3-85159-203-0

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

Der Umwelt zuliebe:

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

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 sowohl dem BMASGK als nationaler Bericht als auch als österreichischer 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. Auf Bundeslandebene ist festzustellen, dass suchtspezifische und psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung zunehmend gemeinsam gedacht wird. Dies ist an strukturellen Zusammenlegungen und gemeinsamen Planungsschritten von Sucht und Psychiatrie zu beobachten.

Rechtliche Rahmenbedingungen

Mit 1. Januar 2018 ist eine Novelle zur *Suchtgiftverordnung* in Kraft getreten, welche überwiegend Teil eines Gesamtpakets zum rechtlichen Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung ist. Ein großer Stellenwert kommt dabei einer auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie zu, auf die bezüglich Qualitätssicherung der Behandlung und Behandlungssicherheit referenziert wird. Weiters wurden in der Novelle die Aufgaben der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Amtsärzteschaft sowie das Zusammenwirken zwischen Amtsärzteschaft und behandelnden Ärzten und Ärztinnen klarer definiert. Weitere Änderungen in diesem Zusammenhang betreffen die *Weiterbildungsverordnung orale Substitution*. In einer Novelle zum *Suchtmittelgesetz* (SMG) wurde insbesondere die Möglichkeit der Kooperation der Apotheken und der Gesundheitsbehörden mit der substituierenden Ärzteschaft optimiert mit dem Ziel, Risiken unsachgemäßer Handhabung von Substitutionsmitteln durch Patientinnen und Patienten einzudämmen.

Die Anzahl der Verurteilungen nach § 27 SMG (unerlaubter Umgang mit Suchtgift) ist im Jahr 2017 im Vergleich zum Jahr davor gestiegen und damit fast auf dem Niveau von 2015. Auch die Verurteilungen nach §§ 28 und 28a SMG (Suchtgifthandel bzw. Vorbereitung von Suchtgifthandel) haben zugenommen, liegen aber weiterhin deutlich unter der Anzahl der Anzeigen nach § 27 SMG. Diversionsangebote in Strafverfahren in Bezug auf das SMG kamen 2017 häufiger zur Anwendung als in den Jahren davor.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden in Österreich am häufigsten mit Cannabis statt (Prävalenz etwa 30–40 Prozent bei jungen Erwachsenen). Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von max. 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie max. 2 Prozent für Opioide und *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS). Generell beschränkt sich der Konsum von illegalen Substanzen aber meist auf eine kurze Lebensphase.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der risikoreiche Drogenkonsum. Hier spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten die zentrale Rolle. Aktuelle Schätzungen zufolge konsumieren zwischen 35.000 und 38.000 Personen risikoreich Opioide, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka. Daten aus dem Drogenmonitoring deuten auf hin, dass weniger junge Personen in einen risikoreichen Opioidkonsum einsteigen als in früheren Jahren. Insgesamt zeigt sich eine Alterung der Population mit risikoreichem Opioidkonsum, die auf den chronischen Charakter der Opioid-Abhängigkeit wie auch diverse Versorgungsangebote zurückgeführt werden kann. Die vorhandenen Daten geben derzeit keinen Aufschluss darüber, ob dies ein Rückgang des illegalen Suchtmittelkonsums insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen wie Cannabis oder Methamphetamin bedeutet.

Im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums ist auch auf eine Reihe von Todesfällen in Zusammenhang mit hochdosierten Ecstasy-Tabletten hinzuweisen. Zwar scheinen sich die Ecstasy-Konsummuster nicht geändert zu haben, der Konsum aber aufgrund der oft unerwartet hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein.

Suchtprävention

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpräventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Substanzspezifische Aktivitäten bzw. Interventionen haben in den letzten Jahren vermehrt das Augenmerk auf legale Substanzen wie Alkohol und Tabak gerichtet. Präventive Maßnahmen sind in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Ausgebaut wurden Maßnahmen der selektiven Prävention, inklusive jener im Partysetting und im Bereich der Jugendarbeit. Multiplikatorenschulungen stehen weiterhin im Vordergrund der Präventionsbemühungen.

Suchtbehandlung

Insgesamt befanden sich im Jahr 2017 geschätzt 24.245 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil davon (rund 84 %) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen

jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.379 Personen). Positiv hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende Behandlungsrate von Personen mit Opioid-Problematik.

Eine wesentliche Änderung fand im Bereich der Substitutionsbehandlung statt, wo ein Maßnahmenpaket zu Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung umgesetzt wurde. Kern dieses Maßnahmenpakets ist u. a. eine medizinische Behandlungsleitlinie, die darauf abzielt, dass die Substitutionsbehandlung zukünftig wie andere medikamentöse Behandlungen bewertet wird. Damit ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung von Opioid-Abhängigen getan. In der Folge kann sich diese Veränderung auch positiv auf die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern auswirken, in diesem Feld tätig zu werden, was die Versorgung im niedergelassenen Bereich und v. a. in den ländlichen Regionen verbessern kann.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Insgesamt wurden für das Jahr 2017 auf Basis der Obduktionsbefunde 126 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 28 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2017 von 154 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen. Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle ist somit im Jahr 2017 niedriger als im Jahr davor. Der Anteil der Drogentoten unter 25 Jahren (15 % aller Drogentoten) ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben, aber niedriger als in den Jahren vor 2016. Dieser geringere Anteil dürfte in erster Linie auf eine rückläufige Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioid-Konsum zurückzuführen sein.

Eine Mortalitätskohortenanalyse kommt zum Ergebnis, dass Personen, die eine Opioid-Substitutionsbehandlung beginnen, gegenüber der Allgemeinbevölkerung gleichen Alters eine 4,5-fach erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit haben. Dieser Wert ist deutlich niedriger als in den zum Vergleich herangezogenen Mortalitätsstudien in der EU.

Bezüglich Infektionsraten bestätigt sich, dass Hepatitis C bei intravenös Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt. Der Anteil von Hepatitis-C-infizierten, intravenös Drogenkonsumierenden bleibt seit Jahren auf sehr hohem Niveau. Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2017: 0 % bis 8 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz von intravenös Konsumierenden ist seit Jahren annähernd gleichbleibend (2017: 8 % bis 24 %).

Die Behandlungsmöglichkeiten von HCV-infizierten Drogenkonsumierenden werden weiter vorangetrieben: Die Behandlung wird sowohl in Kliniken (Wien, Graz, Linz, Innsbruck und Salzburg) – meist in Kooperation mit niederschweligen Einrichtungen – angeboten wie auch direkt im niederschweligen Setting (*ambulatorium suchthilfe wien*) bzw. in Kooperation mit Apotheken (Wien, NÖ) gemeinsam mit einer Substitutionsbehandlung. Mittlerweile werden die Kosten für die Behandlung mit neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten durch die Krankenkassen unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp erstattet.

Drogenmärkte und Drogendelikte

Die steigende Bedeutung von virtuellen Drogenmärkten beeinflusst die Tätigkeit der Sicherheitsbehörden. Neben den gängigen Kontrolltätigkeiten und Sicherstellungen kommt dem Drogenhandel im *Deep Web* vermehrt Aufmerksamkeit sowohl vom Regeldienst als auch im Rahmen internationaler Projekte und Kooperationen zu.

Im Jahr 2017 bezogen sich insgesamt 42.130 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG auf Suchtgifte, der größte Teil davon (34.857) betraf Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften. Weitere 480 Anzeigen bezogen sich auf psychotrope Stoffe. Die Zahl der Anzeigen betreffend den unerlaubten Umgang mit Suchtgift gem. § 27 SMG (39.266) überstieg jene betreffend den Suchtgifthandel bzw. die Vorbereitung von Suchtgifthandel gem. § 28 (2.864) bei Weitem. Insgesamt ist die Anzahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (2017: 42.610; 2016: 36.235), was auf eine verstärkte Tätigkeit der Exekutive hinweisen kann. Die Entwicklung der letzten fünf Jahre zeigt einen steigenden Trend bei der Anzahl der Beschlagnahmungen v. a. von Cannabis, Heroin, Kokain, Amphetaminen und Ecstasy. Die beschlagnahmte Menge von Cannabis blieb über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant. In Verbindung mit der gestiegenen Anzahl der Beschlagnahmungen kann vermutet werden, dass in den meisten Fällen kleine Mengen von Cannabis beschlagnahmt werden. Die Produktion von illegalen Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Drogen und Haft

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. 4. 2018 befanden sich mehr als neun Prozent (829 Personen) der Haftinsassinnen/-insassen in Substitutionsbehandlung, was eine leichte Reduktion zum vorjährigen Berichtszeitraum darstellt und auch unter dem Wert von 2016 liegt.

Bei Haftantritt wird der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status der Justizanstalt-Insassinnen/-Insassen erhoben, HCV-positive Insassinnen/ Insassen werden mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt bzw. routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Nadel- und Spritzentauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen sind im österreichischen Strafvollzug nicht implementiert.

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	XI
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
POLITISCHE UND ADMINISTRATIVE RAHMENBEDINGUNGEN	3
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1 Zusammenfassung.....	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	10
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3 Neue Entwicklungen.....	14
1.4 Quellen und Methodik.....	15
1.5 Bibliographie	15
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze (T 5.4).....	17
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	17
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	19
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	21
2.1 Zusammenfassung.....	21
2.2 Aktuelle Situation.....	23
2.2.1 Rechtliche Regelungen	23
2.2.2 Umsetzung	33
2.3 Trends.....	36
2.4 Neue Entwicklungen.....	42
2.5 Quellen und Methodik.....	45
2.6 Bibliographie	46
2.7 Zitierte Bundesgesetze.....	47
2.8 Anhang.....	49
DROGENKONSUM.....	53
3 Drogenkonsum.....	55
3.1 Zusammenfassung.....	55
3.2 Cannabis	57
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	57
3.2.2 Risikoreiche Cannabis-Konsummuster und Behandlung.....	60
3.3 Stimulantien	62
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulantienkonsums	62
3.3.2 Risikoreiche Stimulantien-Konsummuster und Behandlung.....	64

3.4	Heroin und andere Opioide	68
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums	68
3.4.2	Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung.....	71
3.5	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen.....	73
3.5.1	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	73
3.6	Quellen und Studien.....	74
3.6.1	Quellen	74
3.6.2	Studien	76
3.7	Bibliographie und Anhang.....	79
3.7.1	Bibliographie.....	79
3.7.2	Anhang.....	83
SUCHTPRÄVENTION		91
4	Suchtprävention.....	93
4.1	Zusammenfassung.....	93
4.2	Aktuelle Situation.....	94
4.2.1	Strategien und Organisation	94
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	100
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	100
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	102
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	107
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	109
4.2.3	Qualitätssicherung	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	118
4.6	Bibliographie	119
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	121
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	135
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	142
5.2.5	Qualitätssicherung	153
5.3	Trends.....	155
5.4	Neue Entwicklungen.....	157
5.5	Quellen und Methodik.....	160
5.6	Bibliographie	161
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	163
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	164
5.9	Anhang.....	164

GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN	171
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen... 173
6.1	Zusammenfassung..... 173
6.2	Aktuelle Situation..... 174
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität 174
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle 180
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten 181
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen 185
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen 186
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen..... 192
6.2.7	Qualitätssicherung 193
6.3	Neue Entwicklungen..... 193
6.4	Zusätzliche Information 194
6.5	Quellen und Methodik..... 195
6.6	Bibliographie 199
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze..... 201
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge 202
6.9	Anhang..... 202
DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE	207
7	Drogenmärkte und Drogendelikte 209
7.1	Zusammenfassung..... 209
7.2	Aktuelle Situation..... 210
7.2.1	Drogenmärkte..... 210
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen 214
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots..... 216
7.3	Trends..... 217
7.4	Neue Entwicklungen..... 226
7.5	Quellen und Methodik..... 226
7.6	Bibliographie 227
7.7	Zitierte Bundesgesetze..... 228
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge 228
7.9	Anhang..... 229
HAFT	239
8	Haft..... 241
8.1	Zusammenfassung..... 241
8.2	Aktuelle Situation..... 242
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation 242
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme 246
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft 246
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft 249
8.3	Neue Entwicklungen..... 251
8.4	Quellen und Methodik..... 253
8.5	Bibliographie 255

8.6	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	258
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	259
8.8	Anhang.....	260

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer	8
Tabelle 1.2	Suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer	9
Tabelle 1.3:	Ausgaben des österreichischen BMVRDJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2008 bis 2017	13
Tabelle 2.1:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG	27
Tabelle 2.2	Alternativen zur Bestrafung laut SMG	29
Tabelle 2.3:	Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Geschlecht und Altersgruppe, 2017*	34
Tabelle 2.4:	Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011–2017*	34
Tabelle 2.5:	Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012–2017	36
Tabelle 3.1:	Behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2017	65
Tabelle 5.1:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)	135
Tabelle 5.2:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2017 (Schätzung)	136
Tabelle 5.3:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen/Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2017	148
Tabelle 5.4:	Anzahl der dem BMASGK für das Jahr 2017 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern	150
Tabelle 6.1:	Rohe Sterblichkeitsrate in der Kohorte und Sterblichkeit in der Bevölkerung gleicher Altersstruktur wie die Kohorte pro 1.000 Personenjahre und Standardmortalitätsverhältnis	177
Tabelle 6.2:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2017	182
Tabelle 6.3:	Verfügbarkeit der im Rahmen der Schadensminimierung zu Spritzen ausgegebenen Safer–Use–/ Safer–Sex–Utensilien in Österreich	188

Tabelle 7.1:	Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2017.....	211
Tabelle 7.2:	Reinheit (in %) und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2017.....	212
Tabelle 7.4:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro), 2017	214
Tabelle 7.3:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gem. § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gem. § 5 StVO, 2014–2017	215
Tabelle 7.5:	Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich, 2008–2017	220
Tabelle 7.6:	Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/ Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2008–2017.....	221
Tabelle 7.7:	Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2008–2017.....	221
Tabelle 7.8:	Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl, 2014–2017	225
Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 21. Juni 2018.....	243
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016, 2017 und 2018 zum Stichtag 1. April	245
Tabelle A2.1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2007–2017	49
Tabelle A2.2:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe, 2017*	50
Tabelle A2.3:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2017*	50
Tabelle A2.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2008–2017.....	51
Tabelle A3.1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich, 2005 bis 2017	83
Tabelle A3.2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2017	85
Tabelle A3.3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	87

Tabelle A3.4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)	88
Tabelle A3.5:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	89
Tabelle A3.6:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)	90
Tabelle A5.1:	Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart	164
Tabelle A5.2:	Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	165
Tabelle A5.3:	Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht (in Prozent)	166
Tabelle A5.4:	Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	167
Tabelle A5.5:	Über 20-Jährige, die im Jahr 2017 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	168
Tabelle A5.6:	Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart	169
Tabelle A5.7:	Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)	170
Tabelle A6.1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2008–2017	202
Tabelle A6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2008–2017, nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige)	203
Tabelle A6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2008–2017, nach Bundesland (absolut)	203
Tabelle A6.4:	Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion), 2008–2017	204
Tabelle A6.5:	Anteil der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion), 2008–2017	204

Tabelle A6.6:	Entwicklung der festgestellten Substanzen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2008–2017, in Prozent.....	205
Tabelle A6.7:	Spritzentausch und –verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2017	205
Tabelle A7.1:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Ersttätern und Wiederholungstätern, 2008–2017.....	229
Tabelle A7.2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte), nach Bundesland, 2008–2017	229
Tabelle A7.3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe), nach Bundesland, 2010–2017	230
Tabelle A7.4:	Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue–Psychoaktive–Substanzen–Gesetz, nach Bundesland, 2012–2017	230
Tabelle A7.5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Suchtgift/Suchtmittel, 2008–2017	231
Tabelle A7.6:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2017.....	232
Tabelle A7.7:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2008–2017	233
Tabelle A7.8:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, nach Menge, 2008–2017.....	234
Tabelle A7.9:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2008–2017	235
Tabelle A7.10:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristall-Form) gekauften Proben, in Prozent, 2008–2017	236
Tabelle A7.11:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2008–2017	237
Tabelle A8.1:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2018	261
Tabelle A8.2:	Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten, nach Substitutionsmittel, zum 1. April 2018.....	262

Abbildungen:

Abbildung 1.1:	Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	12
Abbildung 2.1:	Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, 2008–2017	37
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2008–2017	38
Abbildung 2.3:	Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezoge- nen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2008–2017*	39
Abbildung 2.4:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behand- lungsrelevantem Konsum), 2017	40
Abbildung 2.5:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis in Prozent, nach Bundesland, 2017	41
Abbildung 2.6:	Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioide in Prozent, nach Bundesland, 2017	42
Abbildung 3.1:	Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahres- prävalenz, Monatsprävalenz) aus dem Wiener Suchtmittel- Monitoring und drei österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe)	58
Abbildung 3.2:	Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)	59
Abbildung 3.3:	Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2017	62
Abbildung 3.4:	Stimulantienkonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)	63
Abbildung 3.5:	Stimulantienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)	64
Abbildung 3.6:	Stimulantienkonsum: Anteil der vorwiegenden Einnahmeform pro Altersgruppe und Droge bei Personen, die im Jahr 2017 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben	67
Abbildung 3.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf.....	69
Abbildung 3.8:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	70

Abbildung 3.9:	Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000–2017 (gleitender Mittelwert)	71
Abbildung 3.10:	Anteile der Heroin-Einnahmeformen* pro Altersgruppe bei Personen, die im Jahr 2017 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (n = 1.139).....	72
Abbildung 3.11:	checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2017	73
Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	136
Abbildung 5.2:	Konsummuster von allen Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2017	137
Abbildung 5.3:	Anteil der Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	138
Abbildung 5.4:	Leitdroge(n) der Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung	139
Abbildung 5.5:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition, nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2017).....	140
Abbildung 5.6:	Personen, die sich 2017 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung	141
Abbildung 5.7:	Versorgungspraxis der Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2017.....	149
Abbildung 5.8:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern (31. 12. 2017)	150
Abbildung 5.9:	Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland, 2017.....	151
Abbildung 5.10:	Personen in Substitutionsbehandlung, nach Substitutionsmittel und Bundesland, 2017	152
Abbildung 5.11:	Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt, 2014–2017.....	153
Abbildung 5.12:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioide und Cannabis (hierarchische Definition), 2008–2017	155
Abbildung 5.13:	Jährlich gemeldete Personen aktuell in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2007–2017	156
Abbildung 5.14:	Opioidabhängige Personen nach Integration in Substitutionsbehandlung, 1999–2017	157

Abbildung 6.1:	Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2007–2017	178
Abbildung 6.2:	Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2007–2017	179
Abbildung 6.3:	Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2017	180
Abbildung 6.4:	HCV-Infektionsraten in Österreich, 2000–2017	182
Abbildung 6.5:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr, 2000–2017	183
Abbildung 6.6:	Needle Sharing (jemals) bei Personen mit i.v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2017 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 687)	184
Abbildung 6.7:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien, 2013–2017	187
Abbildung 6.8:	HIV- bzw. HCV-Testprävalenz von Personen, die im Jahr 2017 eine Betreuung begonnen haben und angeben, bereits intravenös Drogen konsumiert zu haben, nach Betreuungsart.....	189
Abbildung 7.1:	Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich, 2008–2017	219
Abbildung 7.2:	Minimale, durchschnittliche und maximale Reinheit von Cannabis- harz und Cannabiskraut in Österreich, in Prozent THC, 2008–2017	222
Abbildung 7.3:	Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Sucht- mittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechens- tatbeständen, 2008–2017	223
Abbildung 7.4:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittel- gesetz, nach Art des Suchtgiftes, 2008–2017	224

Abkürzungen

3-MMC	3-Methylmethcathinon
5-fluoro ADB	5-fluoro MDMB-PINACA
6-MAM	6-Monoacetylmorphin
Abs	Absatz
AD(H)S	Aufmerksamkeitsdefizit-(Hyperaktivitäts-)Störung
AG	Arbeitsgruppe
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
amb.	ambulant
AMS	Arbeitsmarktservice
ÄndG	Änderungsgesetz
anti Hbc	Hepatitis-B-Virus core Antikörper (gesamt)
anit HBs	Hepatitis-B-Virus surface Antikörper (Oberflächenmerkmale)
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretroviral
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
.BK	Bundeskriminalamt
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
b.a.s.	betrifft Abhängigkeit und Sucht
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BBG	Bundesbegleitgesetz
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (seit Januar 2018)
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
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 (bis Dezember 2017)
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMNT	Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus

BMOEDS	Bundesministerium für öffentlichen Dienst und Sport
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
BWH	Bewährungshilfe
BZP	1-Benzylpiperazin
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
DAA	Direct Acting Antivirals
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DLD	Diagnosen und Leistungsdokumentation
DMT	N,N-Dimethyltryptamin
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOT	Directly Observed Therapy
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (<i>dt.</i> EBDD)
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (<i>engl.</i> EMCDDA)
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EG	Europäische Gemeinschaft
EKO	Erstattungskodex
EPPIC	Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use in Criminal Justice Systems
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union
EUSPR	European Society for Prevention Research
e.V.	eingetragener Verein
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FH	Fachhochschule
FSG	Führerscheingesetz
GBL	Butyro-1,4-lacton
GFA	Gesundheitsfolgenabschätzung
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glückspielgesetz
GZ	Geschäftszahl
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus surface antigen (Hepatitis-B-Virus Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper

HCV-PCR	HCV-Polymerase Chain Reaction
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
HEH	Haftentlassenenhilfe
Hg./Hrsg.	Herausgeber
HiAP	Health in All Policies
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HS	Hauptschule
HVB	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ID	Identification/Identifikation
idgF	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
I.S.O.	Institut für systemische Organisationsforschung
i.v.	intravenös
iVm	in Verbindung mit
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JGG-ÄndG	Jugendgerichtsgesetz-Änderungsgesetz
K	Kärnten
kg	Kilogramm
k.l.	keine Information
KPSD	Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
LDS	Low Dead Space (Spritzen)
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
MDA	<u>3,4-Methylendioxyamphetamin</u>
MDE	<u>3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin</u>
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamin
mg	Milligramm
min.	mindestens
MMC	Methylmethcathinon
MOMA	Modernes Management im Polizeianhaltewesen
MS-BET-PSY	Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
NGO	Non Governmental Organisation
NMS	Neue Mittelschule
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
o. J.	ohne Jahr

OÖ	Oberösterreich, 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
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OST	Opioid Substitution Treatment
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizei-Anhaltezentrum
piB	Prävention in Betrieben
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
PV	Psychotropenverordnung
PVP	Pyrrolidinovalerophenon
QGIS	Quantum Geoinformationssystem
RARHA	Reducing Alcohol Related Harm Alliance
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SAG	Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SCHILF	Schulinterne Fortbildung
SDB	Beauftragter für Sucht- und Drogenfragen
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SGG	Suchtgiftgesetz
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQA	Schulqualität in der Ausbildung
ST	Standard Table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz

StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
SVR-Rate	Sustained Virological Response-Rate
T	Tirol
TA	Tauschgleich
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	Treatment Demand Indicator
TEDI	Trans European Drugs Information
THC	Tetrahydrocannabinol
TPHA	Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay
UE	Unterrichtseinheit/en
U-Haft	Untersuchungshaft
UMF	unbegleiteter minderjähriger Flüchtling
V	Vorarlberg
VGL	gemeinnützige Leistungen
VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
vs.	versus/gegenübergestellt
VSSS	Verona Service Satisfaction Scale
W	Wien
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
WHO	World Health Organization
WPI	Wiener Patientenzufriedenheitsinventar
WU	Wirtschaftsuniversität
Z	Ziffer
ZUF-8	Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH im Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 23. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des BMASGK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert in dieser Rolle 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 BMASGK 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. Sie stellen eine zentrale Grundlage für die Europäischen Drogenberichte und den Country Drug Report für Österreich der EMCDDA dar.

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 Bibliographie 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 zum „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ werden jährlich *Standard Tables* ausgefüllt, die in das *Statistical Bulletin* der EMCDDA¹ einfließen. Die in Österreich vorhandenen Strukturen und die Fülle an gesetzten Maßnahmen werden durch Beispiele veranschaulicht. Diese Auswahl veranschaulicht u. a. möglichst breit umgesetzte oder innovative Projekte, Ansätze für neue Zielgruppen und stellt keine Bewertung dar.

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielzahl von Informationen und Daten erstellt, die der GÖG von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt wurden. 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 zu Teilen des Berichts geliefert. Wir möchten uns bei allen dafür herzlich bedanken. Besonderer Dank

¹

Zu finden unter: http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018_en (Zugriff am 26. 6. 2018)

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

	POLITISCHE UND ADMINISTRATIVE RAHMENBEDINGUNGEN	3
1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	10
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3	Neue Entwicklungen.....	14
1.4	Quellen und Methodik.....	15
1.5	Bibliographie	15
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze (T 5.4).....	17
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	17

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

In Österreich wird die Sucht-/Drogenpolitik durch Gesetze und Verordnungen, aber auch durch Drogen-/Suchtstrategien und -konzepte geregelt. Sucht wird als Erkrankung verstanden und von ausschließlichem Drogenhandel unterschieden. Das Ziel der Drogenpolitik ist eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Zunehmend wird als Ziel formuliert, negative Auswirkungen für die Bevölkerung durch Verhaltenssüchte und den Gebrauch psychotroper Substanzen (unabhängig vom Legalstatus) so gering wie möglich zu halten. Sowohl die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik* als auch die Sucht- und Drogenstrategien bzw. -konzepte der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz, der verschiedene Suchtformen berücksichtigt. Neben den Sucht-/Drogenstrategien bzw. -konzepten sind auch weitere Strategien aus dem Gesundheits- und Sozialbereich relevant, wie z. B. die Rahmen-Gesundheitsziele auf Bundesebene oder spezifische Strategien zum Thema Alkohol auf Länderebene.

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

Wichtige drogenpolitische Gremien sind auf Bundesebene die *Bundesdrogenkoordination* und das *Bundesdrogenforum*, auf Länderebene 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.

Zu öffentlichen Ausgaben hinsichtlich der Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen können für Österreich keine systematischen Aussagen getätigt werden, da die in der Europäischen Union (EU) forcierte COFOG-Klassifizierung² nicht vollständig umgesetzt wird und drogen- bzw. suchtspezifische Ausgaben oft nicht explizit als solche gekennzeichnet werden.

2

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 sind nur die Ausgaben nach den zehn COFOG-Abteilungen – ohne Gruppen und Klassen – verfügbar.

Neue Entwicklungen

Auf Bundeslandebene ist festzustellen, dass suchtspezifische und psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung zunehmend gemeinsam gedacht werden. Dies ist an strukturellen Zusammenlegungen und gemeinsamen Planungsschritten von Sucht und Psychiatrie zu beobachten.

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*³ (BMG 2015). Damit sind im Wesentlichen die Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festgelegt. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass eine möglichst suchtfreie Gesellschaft als Ziel definiert wird. Sucht ist als Erkrankung anerkannt, zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel wird unterschieden. Das österreichweit angewendete Prinzip „Therapie statt Strafe“ wird von der EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EBDD) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet.

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten und stellt neben der *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie den *Gesundheitszielen Österreich* (BMGF 2017) eine weitere, dem Prinzip *Health in All Policies* folgende, bundesweite Strategie dar. Die Suchtpräventionsstrategie bildet einen Orientierungsrahmen über alle zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung und stellt die Gesundheitsperspektive in den Mittelpunkt. Die Bedeutung eines möglichst breiten Maßnahmenpektrums wird hervorgehoben. Für den Bereich *illegale Drogen* wird betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung haben: Personen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Es soll ein diversifiziertes Maßnahmenangebot von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitlicher Rehabilitation sowie beruflicher und sozialer Integration zur Ver-

3

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/4/CH1347/CMS1453460318602/suchtpraeventionsstrategie.pdf>
(5. 9. 2018)

fügung gestellt werden. Neben den klassischen sicherheitspolitischen Maßnahmen zur Eindämmung des Drogenhandels sind sozialpolitische, gesundheitspolitische und infrastrukturelle Maßnahmen zur Förderung der subjektiven und objektiven Sicherheit der Bevölkerung einzusetzen.

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. Die erste Drogenstrategie eines Landes wurde im Jahr 1980 in Vorarlberg beschlossen, die letzte in Oberösterreich im Jahr 2002. Einige dieser Strategien wurden in den letzten Jahren aktualisiert und ergänzt (vgl. Tabelle 1.1). Auf die jeweiligen Ziele und Prioritäten der verschiedenen Maßnahmenbereiche (Prävention, Behandlung etc.) wird in den Kapiteln 4, 5 und 6 genauer eingegangen. Generell soll hervorgehoben werden, dass sich alle Strategien an einem ausgewogenen Ansatz (balanced approach) zwischen gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen zur Reduktion von Angebot und Nachfrage orientieren. Prävention nimmt überall einen wichtigen Stellenwert ein (vgl. ÖBIG 2001).

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag⁴ *Zielsteuerung-Gesundheit 2017* enthält erstmals einen Hinweis auf das Thema Sucht. So sollen beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden und eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe wird angestrebt. Abgesehen davon wird auf die Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* verwiesen.

4

Mit dem Bundes-Zielsteuerungsvertrag haben Bund, Länder und Sozialversicherung ein gemeinsames Zukunftsbild und handlungsleitende Prinzipien festgehalten, wie das Gesundheitssystem weiterzuentwickeln ist. Daraus werden in den Steuerungsbereichen Versorgungsstrukturen, Versorgungsprozesse und Ergebnisorientierung strategische Ziele abgeleitet, die wiederum durch operative Ziele konkretisiert werden.

Tabelle 1.1:

Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	(Erstmals erstellt) aktualisiert im Jahr	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Struktur
national	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	BMGF	Illegale Drogen, NPS, psychotrope Medikamenten, Tabak, Alkohol, Glücksspiel, andere Verhaltenssuchte, Doping/Neuro-Enhancement	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	Illegale Substanzen, Alkohol	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	(1995) 2011	Landessuchtplan Kärnten 2011–2016	Amt der Kärntner Landesregierung	Illegale Substanzen, legale Substanzen, Verhaltenssuchte	Versorgungsstruktur, Jugend, Alter, Qualität
NÖ	(2000) 2016	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	Illegale Substanzen, legale Substanzen, stoffungebundene Suchtformen	Grundlagen, Ziele, Maßnahmen (nach Suchtformen, Interventionsfeldern wie Beratung, Behandlung und Schadensminimierung sowie spezifischen Zielgruppen)
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirates	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	(1999) 2016	Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020	Arbeitsgruppe mit Fachleuten aus Gesundheits- und Sozialbereich	Illegale Substanzen, legale Substanzen, Medikamente, Glücksspiel u. a. Verhaltenssuchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung; integrierte Versorgung in den Regionen
St	(2000) 2012	Die neue Steirische Suchtpolitik	Amt der Steiermärkischen Landesregierung	Illegale Substanzen, legale Substanzen, psychoaktive Medikamente, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen, Produkte zur Optimierung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	(1993) 2012	Tiroler Suchtkonzept 2012	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Suchtformen	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Nachsorge; strukturelle Neuorientierung der Suchthilfe; Kooperation mit nationaler Ebene; Forschung und Weiterbildung
V	(1980) 2002	Vorarlberger Drogenkonzept 2002	Suchtkoordination und Drogenbeauftragte/r	Illegale Substanzen	Prävention, therapeutischer Bereich, Substitution, Rehabilitation, Bildungsoffensive
W	(1999) 2013	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

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

Quellen: ÖBIG 2000, SDW 2013, Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011), Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2012), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Land Salzburg (2016), Amt der Kärntner Landesregierung (1995), Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002), BMG 2015

Die nationale *Sicherheitsstrategie 2017–2020* des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2017) bezieht sich nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit, sondern referenziert vielmehr auf die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen (Handlungsfeld 3). Der operative Schwerpunkt liegt auf der „Bekämpfung der niederschweligen Massendelikte“, unter denen u. a. Suchtmitteldelikte subsumiert sind. Erwähnt wird in dieser Strategie auch die Kriminalprävention, unter die Jugendpräventionsprogramme im Bereich der Gewalt- und Suchtprävention zu zählen sind (BMI/.BK 2017, vgl. Kapitel 4).

Das Verkehrssicherheitsprogramm zielt auf eine Reduktion von Verkehrsunfällen mit Personenschäden, Schwerverletzten und Todesfällen ab und enthält auch einige wenige Bezüge zum Thema Drogen (BMVIT 2016).

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es auf nationaler Ebene keine weiteren, spezifisch auf einzelne Suchtformen bezogenen Strategien. Im Gegensatz dazu haben teilweise einzelne Bundesländer Strategien zum Thema Alkohol, Tabak oder Glücksspiel entwickelt (siehe Tabelle 1.2). Die Rahmenbedingungen zum Thema legale Suchtmittel werden im Wesentlichen durch die Gesetzgebung (z. B. das nationale Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz TNRS, länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert (vgl. Kapitel 2).

Tabelle 1.2
Suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer

Inhaltlicher Fokus	Bundesland	Titel	Weblink
Alkohol	Steiermark	Aktionsplan Alkohol „Weniger Alkohol, mehr vom Leben“	http://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevension/
	Wien	Gesamtkonzept für die integrierte Versorgung von Menschen mit Alkoholerkrankung: „Alkohol. Leben können.“	https://www.alkohol.at/
Tabak	Kärnten	Tabakpräventionsstrategie	http://kaernten-rauchfrei.at/
	Steiermark	Tabakpräventionsstrategie	http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf
Glücksspiel	Steiermark	Gesamtpaket Glücksspiel	---

Quelle: GÖG

Relevant für den Suchtbereich sind auch **Strategien auf Bundes- oder Landesebene**, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich beziehen. Aus der Fülle dieser Strategien sind die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie die *Gesundheitsziele Österreich* (BMGF 2017) bzw.

der *Zielsteuerungsprozess Gesundheit* und die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMG 2014) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen (vgl. Weigl et al. 2017). 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 (vgl. Abschnitt 1.3, Generell ist festzustellen, dass das Thema Sucht zunehmend einem ganzheitlichen Ansatz folgt und in Richtung einer integrativen Versorgung gedacht wird.

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

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

Im Rahmen der Erstellung des *Suchtberichts Steiermark 2017* wurden suchtpolitische Aktivitäten und gesetzte Maßnahmen in Bezug zu den Leitlinien und Zielen der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* gesetzt (Horvath et al. 2017, siehe Abschnitt 1.3).

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die *Bundesdrogenkoordination*, das als Gremium zur Zusammenarbeit mit den Ländern dienende *Bundesdrogenforum* (vgl. Abbildung 1.1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* (vgl. auch Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie in SMG oder NPSG erfasst sind. Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK), das auch den Vorsitz in der Bundesdrogenkoordination innehat. In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind zudem das Innen- und das Justizministerium, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Das BMASGK hat den Vorsitz im Bundesdrogenforum inne, in dem neben anderen Bundesministerien und den Bundesländern auch der Städte- und Gemeindebund, die Gesundheit

5

Mehr Informationen unter https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Gesundheitsreform/Zielsteuerung_Gesundheit_ab_2017 (Zugriff 23. 7. 2018)

Österreich GmbH, die *Österr. ARGE Suchtvorbeugung* sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler/innen vertreten sind.

Für die begleitende Koordination der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* ist das BMASGK zuständig. Diese Koordination erfordert aufgrund der Querschnittsthematik – wie bisher auch – Abstimmung sowohl auf Bundesebene mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen als auch mit den Bundesländern, aber auch Abstimmung auf europäischer Ebene sowie mit internationalen Gremien.

Von allen Bundesländern werden Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -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 Landesregierung, das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen etc. und fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit zuständig sind. Sie sind auch die direkten Ansprechpersonen in Bundesangelegenheiten und daher im *Bundesdrogenforum* vertreten.

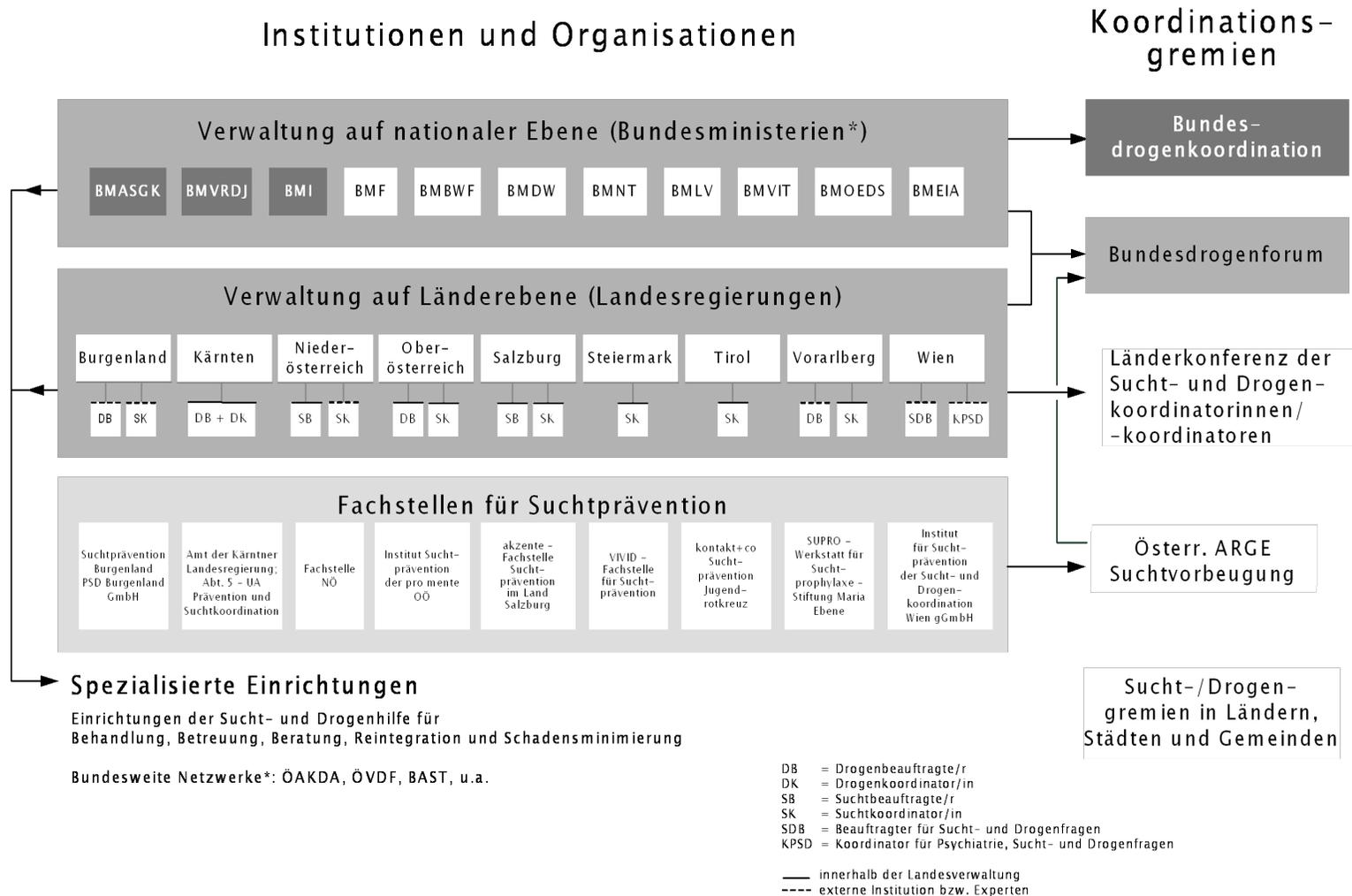
Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt. In der Steiermark kommt dem *Forum Suchtpolitik* eine beratende Funktion zu. Suchtbeiräte wurden auch in anderen Bundesländern zusätzlich eingerichtet. In Tirol besteht stattdessen zur fachlichen Beratung ein *Beirat für psychosoziale Versorgung*, der neben Psychiatrie und Psychotherapie das Thema Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung abdeckt.

In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder einzeln oder gemeinsam ein (z. B. Arbeitsgruppe SAG⁶ – vgl. Kapitel 4 – und Drogenfachgremium in der Steiermark), darüber hinaus existieren z. B. Suchtmittelbeiräte auf Gemeinde- oder Bezirksebene. In Salzburg gibt es beispielsweise für den Bereich Suchtprävention settingspezifische Steuerungsgruppen (für Schule, Familie – inkl. außerfamiliäre Kinderbetreuung – sowie Jugend in Beruf und Freizeit), die gemeinsam mit der Suchtkoordination entsprechende Maßnahmen planen. Einmal jährlich findet ein settingübergreifender Austausch statt. Mitglieder dieser Steuerungsgruppen sind jeweils die Vertreter/innen der relevanten Organisationen, die entweder die spezifischen Zielgruppen repräsentieren oder im Setting suchtpreventiv tätig sind, sowie die Suchtkoordination.

Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtvorbeugung, diese sind in der *Österr. ARGE Suchtvorbeugung* miteinander vernetzt. Die erste Fachstelle wurde im Jahr 1993 in Vorarlberg gegründet (vgl. Kapitel 4).

6
SAG: Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



* siehe Abkürzungsverzeichnis

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Prozesse relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele bzw. der Gesundheitsförderungsstrategie begleitet⁷. Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise hat die Funktion einer Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung inne und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). Eine dieser Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit dem Thema *Suchtkrankenversorgung und Suchthilfe*.

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 Justizressort bzw. Förderung für §-15-SMG-Einrichtungen durch Gesundheitsressort) getragen (vgl. Kapitel 2 und 5). Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt, gleichzeitig sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet (vgl. GÖG/ÖBIG 2007). Daher können für Österreich keine aussagekräftigen und systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind lediglich die Ausgaben des Justizministeriums für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubes 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, die im Jahr 2017 gegenüber dem Vorjahr um 3,6 Prozent zurückgegangen sind. Die durch die Änderungen der Vorgaben des Justizressorts im Jahr 2011 (vgl. Kapitel 2) bewirkte Reduktion der Kosten ist nach wie vor bemerkbar. Im Gegenzug übernehmen seit 2011 die Bundesländer vermehrt die für eine längerfristige stationäre Therapie anfallenden Kosten.

Tabelle 1.3:

Ausgaben des österreichischen BMVRDJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2008 bis 2017

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Aufwand in Millionen Euro	6,48	7,03	8,54	8,77	8,46	7,71	7,71	8,44	8,41	8,10

Quelle: BMVRDJ 2018; Darstellung: GÖG

7

Mehr Information unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> (18. 7. 2018)

Derzeit liegen keine aktuellen Studien oder Berichte aus den Bundesländern vor, die sich mit dem Thema drogenbezogene Ausgaben beschäftigen.

1.3 Neue Entwicklungen

In den Bundesländern ist festzustellen, dass suchtspezifische und psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung zunehmend gemeinsam gedacht und in regionalen Strukturplänen integriert dargestellt wird (u. a. RSG 2020 Kärnten⁸, RSG 2025 Steiermark⁹). Dies zeigt sich beispielsweise am *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025*, das auch den Bereich der Suchterkrankungen umfasst (Land Vorarlberg 2014). In Wien wurde ein Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen neu bestellt (SDW 2018). In Tirol wurde aufgrund geänderter Rahmenbedingungen (der Psychiatriebeirat hat bereits mehrere Jahre nicht mehr zusammengefunden) eine Neuorganisation der Beratungsgremien der Tiroler Landesregierung eingeleitet. Der neu geschaffene „Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol“ umfasst, im Sinne einer integrierten Versorgung von Betroffenen und Angehörigen, die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und Sucht. Dabei werden die bisherigen Mitglieder im Suchtbeirat Tirol unverändert als Arbeitsgruppe dem Beirat als Fachgremium zur Seite stehen. Der neu geschaffene Beirat soll eine bessere Vernetzung innerhalb der Tiroler Psychiatrie- und Suchtlandschaft sicherstellen und einen verbesserten Informationsfluss gewährleisten (Grüner p. M.).

Im *Suchtbericht Steiermark 2017* wurden suchtpolitische Aktivitäten unter dem Aspekt Erfüllung der Leitlinien und Ziel der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* analysiert. Die Leitlinien der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* waren in vielerlei Hinsicht für suchtpolitische Maßnahmen in der Steiermark wegweisend. Sowohl strategisch als auch im Rahmen der praktischen Umsetzung lässt sich für die steirische Suchtpolitik im Berichtszeitraum ein positives Bild zeichnen. Die Regionalisierung und der wohnortnahe Ausbau der Suchthilfe sowie die Öffnung der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung für suchtkranke Menschen sind Aufgaben, in denen die steirische Suchtpolitik weiterhin gefordert ist. Dringender Handlungsbedarf besteht bei einer einheitlichen Dokumentation der Leistungen der Suchthilfe, die auch die Basis einer leistungsorientierten Finanzierung der Suchthilfe bietet (Horvath et al. 2017).

Im Zuge der Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* (BMG 2015) soll der seit 1997 bestehende Koordinationsmechanismus (aus Bundesdrogenkoordination und Bundesdro-

8

https://www.gesundheitsfonds.at/images/downloads/RSG_K%C3%A4rnten_-_L-ZK_Beschluss_18.06.2015.pdf und
https://www.gesundheitsfonds.at/images/Psychosoziale_Versorgung_K%C3%A4rnten_nach_RSG_Gesundheit_2020_final_LZK.pdf (Zugriff 20. 6. 2018)

9

http://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Documents/RSG%20St_2025_Bericht%20gesamt_V1.0.pdf (Zugriff 20. 6. 2018)

genforum) auch auf legale Suchtmittel sowie auf substanzungebundenen Suchtverhalten ausgeweitet werden. Im Auftrag der Gesundheitsressorts wurde von der Gesundheit Österreich daher ein Entwurf einer neuen Koordinationsstruktur ausgearbeitet, der die Einbindung weiterer Sektoren – sowohl auf Bundes- als auch auf Länderebene – berücksichtigt und gleichzeitig eine arbeits- und entscheidungsfähige Struktur aufbaut.

Weitere Entwicklungen in der Drogenpolitik sind Kapitel 2 zu entnehmen, welches die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen beschreibt.

1.4 Quellen und Methodik

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

1.5 Bibliographie

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

Amt der Kärntner Landesregierung (1995). Kärntner Drogenkonzept 1995. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt.

Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011). Die neue steirische Suchtpolitik. FA8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion. Graz.

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

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

Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.

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

BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrages. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.

- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- BMI (2017). Mehr Freiheit. Mehr Sicherheit. Die Sicherheitsdoktrin des BMI für Österreich 2017 – 2020. Bundesministerium für Inneres. Wien
- BMI/.BK (2017). Lagebericht. Kriminalprävention 2017. Bundeskriminalamt. Wien
- BMVIT (2016). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2011 – 2020. 2. Auflage 2016. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien
- BMVRDJ (2018). Sicherheitsbericht 2017. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die Innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. BMVRDJ. Wien.
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J. und Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015 – 2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz.
- ÖBIG (2000). Bericht zur Drogensituation 2000. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- SDW (2013). Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien.

SDW (2018). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2018. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien.

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

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

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

BGBl 1995/431. 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	Institutionen bzw. Funktionen
Grüner, Beate	Suchtkoordinatorin Tirol

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	21
2.1	Zusammenfassung.....	21
2.2	Aktuelle Situation.....	23
	2.2.1 Rechtliche Regelungen	23
	2.2.2 Umsetzung	33
2.3	Trends.....	36
2.4	Neue Entwicklungen.....	42
2.5	Quellen und Methodik.....	45
2.6	Bibliographie	46
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	47
2.8	Anhang.....	49

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Den zentralen Rahmen für den Umgang mit Drogen in Österreich bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen¹⁰. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz, Erzeugen von Suchtmitteln. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Dabei kann zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden werden¹¹. Während das Strafausmaß bei Vergehenstatbeständen bis zu einem Jahr Haft (oder Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu drei Jahren Haft betragen kann, sind bei Verbrechenstatbeständen mehr als drei Jahre bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu lebenslanger Haft vorgesehen. Das SMG sieht auch eine breite Palette an Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung von Suchtkranken setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken.

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquellen dar, in der u. a. die Verschreibung von suchtgifthaligen Arzneimitteln und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden.

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

In Österreich stehen rund 15 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, wobei die Mehrzahl dieser Verurteilungen Vergehen betrifft. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote¹² nach § 35 und § 37 SMG) kommt der

10

Die Klassifizierung erfolgt auf Basis internationaler Konventionen und unterscheidet zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen.

11

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 bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

12

Diversion: Die Staatsanwaltschaft kann unter bestimmten Umständen von der Verfolgung einer Straftat absehen und ent-

vorläufiger 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).

Trends

Änderungen des Suchtmittelrechts in den Jahren seit 2000 hatten u. a. das Ziel, die Bestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Vorgaben anzupassen und eine Verbesserung des Drogenmonitorings zu erreichen. Darüber hinaus sollte der Stellenwert von Maßnahmen zur Diversion bzw. das Prinzip „Therapie statt Strafe“ gestärkt werden. Auch der Neuregelung der Substitutionsbehandlung wurde seit dem Jahr 2000 Augenmerk geschenkt.

Die Gesamtzahl der Verurteilungen nach dem SMG ist sowohl bei den Vergehens- wie auch bei den Verbrechenstatbeständen im Vergleich zu den Vorjahren gestiegen. Diversionsangebote in Strafverfahren in Bezug auf das SMG kamen im Jahr 2017 häufiger zur Anwendung als in den Jahren davor.

Neue Entwicklungen

Mit 1. Januar 2018 ist eine Novelle zur Suchtgiftverordnung (SV) in Kraft getreten, welche überwiegend Teil eines Gesamtpakets zum rechtlichen Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung ist. Einen großen Stellenwert kommt dabei einer auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie zu, auf die in Hinblick auf Behandlungssicherheit und Qualitätssicherung der Behandlung referenziert wird. Diese Behandlungsleitlinie wurde von vier medizinischen Fachgesellschaften angenommen (ÖGABS et al. 2017, Weigl et al. 2017). Gleichzeitig verweist die novellierte Suchtgiftverordnung mit der Formulierung „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung“ (§ 23a Abs 1 SV) auf die therapeutische Verantwortung der behandelnden Ärzteschaft.

Weiters wurden in der Novelle die Aufgaben der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Amtsärzte und -ärztinnen sowie das Zusammenwirken zwischen Amtsärzteschaft und behandelnden Ärzten und Ärztinnen klargestellt. Weitere Änderungen in diesem Zusammenhang betreffen die *Weiterbildungsverordnung orale Substitution*. In einer Novelle zum SMG (BGBl I Nr. 2017/116) wurde insbesondere die Möglichkeit der Kooperation der Apotheken und der Gesundheitsbehörden mit der substituierenden Ärzteschaft optimiert mit dem Ziel, Risiken unsachgemäßer Handhabung von Substitutionsmitteln durch Patientinnen und Patienten einzudämmen.

Im Berichtszeitraum wurde Phenazepam als psychotroper Stoff in die Psychotropenverordnung (PV, BGBl II 1997/375) und insgesamt vier Fentanyl-derivate wurden in die Suchtgiftverordnung (SV, BGBl II 1997/374) aufgenommen.

sprechende Bedingungen an dieses Angebot für die beschuldigte/angeklagte Person knüpfen, wie insbesondere das Absolvieren sog. „gesundheitsbezogener Maßnahmen“. Auch andere Bedingungen (z. B. gemeinnützige Arbeit) sind möglich. Die näheren Bestimmungen finden sich im 11. Hauptstück der Strafprozessordnung (StPO, BGBl 1975/631).

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG, BGBl. I 1997/112). Das SMG differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte¹³ und psychotrope Stoffe¹⁴, Drogenausgangsstoffe¹⁵). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels Verordnungen werden auch Grenzmengen¹⁶ festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Es kann zwischen Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG), die den unerlaubten Umgang mit Suchtgift betreffen, und Verbrechenstatbeständen, die die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28 SMG) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a SMG) betreffen, unterschieden werden. Sonderbestimmungen bestehen zu Cannabis und halluzinogenen Pilzen.

Ein Charakteristikum der österreichischen Drogengesetzgebung ist der ausgewogene Ansatz aus gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen („balanced approach“, vgl. auch Kapitel 1), der sich im SMG bei Drogenkonsum und Drogenabhängigkeit durch das breite Spektrum von Alternativen zur Bestrafung – inklusive der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörden zur Abklärung der Notwendigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen – zeigt. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz, Erzeugen von Suchtmitteln. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und

13

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 BMASGK als Suchtgifte bezeichnet bzw. diesen gleichgestellt sind. Darüber hinaus können durch das BMASGK weitere Stoffe und Zubereitungen den Suchtgiften gleichgestellt werden, wenn sie ein den Suchtgiften vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

14

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 mit Verordnungen des BMASGK als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMASGK weitere Stoffe und Zubereitungen psychotropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den psychotropen Stoffen vergleichbares Gefährdungspotenzial aufweisen.

15

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

16

Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffes 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.

zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme¹⁷ 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 (vgl. Kapitel 5) anerkannten Einrichtung 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 Ärzten/Ärztinnen. Dies betrifft die Meldung selbst- und fremdgefährdenden Verhaltens einer/eines Patientin/Patienten in Substitutionsbehandlung (vgl. Weigl et al. 2017).

Neben dem SMG stellen auch die **Suchtgiftverordnung** (SV, BGBl II 1997/374) und die **Psychotropenverordnung** (PV, BGBl II 1997/375) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der beispielsweise Erzeugung, Verarbeitung, Umwandlung, Erwerb, Besitz und Abgabe, Ein- und Ausfuhr von Suchtmitteln geregelt und Vorgaben für die jeweilige Dokumentation getroffen werden.

SMG bzw. SV enthalten u. a. Regelungen betreffend die Herstellung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln und den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die ärztliche Behandlung mit sowie die Verschreibung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus z. B. Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden (§ 14 SV), wovon zugelassene Arzneispezialitäten aus Cannabisextrakten und Dronabinol zur magistralen Verschreibung ausgenommen sind. §§ 18 bis 23 SV regeln die Suchtgiftverschreibungen (Formulare, Handhabung, Gültigkeit) einschließlich der Opioid-Substitutionsverschreibung. Das BMASGK hat nach dem SMG eine Datenevidenz zu führen (Substitutionsregister, Ergebnisse gesundheitsbehördlicher Begutachtungen betreffend gesundheitsbezogene Maßnahmen im Hinblick auf Drogenmissbrauch, kriminalpolizeiliche Meldungen bei Verdacht auf Drogenmissbrauch). Die Datenevidenz ist in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) integriert und ermöglicht den Zugriff der Gesundheitsbehörden. In Form eines Registers stehen dem BMASGK pseudonymisierte Daten für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse zur Verfügung.

Die Rahmenbedingungen für die Opioid-Substitutionstherapie werden seit 2006 in der SV und in der *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (BGBl II 2006/449) definiert (vgl. auch Kapitel 5). 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 Online-Register zu erfassen (§ 5).

17

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

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen sowie zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von) Handel bzw. danach, ob eine gehandelte Menge unter oder über einer definierten Grenzmenge liegt (vgl. Tabelle 2.1). Straftatbestände und –androhungen wurden zuletzt mit der SMG–Novelle 2007 an den EU–Rahmenbeschluss angepasst (vgl. GÖG/ÖBIG 2008). Im Fall von Suchtgifthandel (§ 28a SMG) wird bezüglich des Strafausmaßes zwischen erstmaliger und wiederholter Straftat unterschieden. Die in der Tabelle 2.1 genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der finanziellen Situation – festzusetzen.

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 von neuen psychoaktiven Substanzen (NPS) und die mit ihrem Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. Im Unterschied zum SMG verfolgen NPSG bzw. NPSV eher einen generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen¹⁸. 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 angewendet werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs 1), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge der Straftat drohen ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2 NPSG).

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“¹⁹ – gesetzlich vorgesehen. Nachdem dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene **Alternativen zur Bestrafung**.

Ein wichtiges Element 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, StVO, BGBl 1960/159). Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren von Bedeutung, in dem ein festgestellter gesundheitsbezogener Handlungsbedarf zur Bedingung für

18

Als *Neue Psychoaktive Substanz* werden vom BMASGK jene Substanzen bezeichnet, von denen angenommen werden kann, dass sie aufgrund ihrer psychoaktiven Wirkung zur missbräuchlichen Anwendung verbreitet werden und bei ihrer Anwendung eine Gefahr für die Gesundheit von Konsumierenden besteht oder nicht ausgeschlossen werden kann.

19

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

diversionelle²⁰ Maßnahmen gemacht wird. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs 3 Strafprozessordnung, StPO, 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 Abtreibungsbericht zu verständigen. Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafender Intervention, hat allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts geändert. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden, jedoch wird eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden und eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte 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 und 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 die Mittel *vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) und *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) zur Verfügung und dienen als Alternative zu einer Verurteilung (vgl. Tabelle 2.2).

20

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

Tabelle 2.1:
Straftatbestände und Strafansrohungen laut SMG

Tathandlungen ²¹	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 Jahren Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahren 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 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichem Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen). Das erhöhte Strafmaß entfällt, 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 Jahren Freiheitsstrafe	Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren 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 Jahren 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 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 einem Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		Bis zu 6 Monaten Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichem 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.

21

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 ²¹	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 Jahren Freiheitsstrafe	Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe; bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahren Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung.	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	Bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe	Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe; bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre; 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 1 Jahr Freiheitsstrafe	Bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werde Bis zu 5 Jahren Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde.		

Quelle: SMG (BGBl I 1997/112) in der aktuellen Fassung; Darstellung: GÖG

Tabelle 2.2

Alternativen zur Bestrafung laut SMG

Paragraph	Kurztitel	Relevante Textstelle	Ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 12 SMG	Gesundheitsbezogene Maßnahmen	<p>(1) 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.</p> <p>(2) 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.</p> <p>(3) Die Gesundheitsbehörde kann von dieser Person eine Bestätigung über Beginn und Verlauf der Maßnahme verlangen.</p>	Gesundheitsbehörde	Vor Anzeige
§ 13 SMG		<p>(1) Ist auf Grund bestimmter Tatsachen anzunehmen, dass ein Schüler Suchtgift missbraucht, so hat ihn der Leiter der Schule einer schulärztlichen Untersuchung zuzuführen. Der schulpyschologische 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 schulpyschologischen Dienstes verweigert, so hat der Leiter der Schule anstelle einer Strafanzeige davon die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde zu verständigen.</p> <p>(2) Ergibt</p> <ol style="list-style-type: none"> 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, <p>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.</p> <p>(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.</p> <p>(2b) Ergeben Ermittlungen der Kriminalpolizei ausschließlich den oben beschriebenen Verdacht, so hat sie diesen auf dem in § 24 a Abs 1 vorgegebenen Weg der Gesundheitsbehörde mitzuteilen sowie der Staatsanwaltschaft darüber zu berichten.</p> <p>(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.</p>	Schule, Heeresdienststelle, Behörde oder öffentliche Dienststelle	Anstelle einer Befassung der Justizbehörden

Paragraf	Kurztitel	Relevante Textstelle	Ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 35 SMC	Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung	<p>(1) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen von der Verfolgung einer Straftat nach §§ 27 Abs 1 oder 2 oder 30, die ausschließlich für den eigenen persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist, ohne dass der/die Beschuldigte daraus einen Vorteil gezogen hat, unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten.</p> <p>(2) Die Staatsanwaltschaft hat unter bestimmten Voraussetzungen und Bedingungen auch von der Verfolgung einer anderen Straftat nach den § 27 oder §§ 30 bis 31a, einer Straftat nach den § 28 oder § 28a, sofern der Beschuldigte an Suchtmittel gewöhnt ist, oder einer im Zusammenhang mit der Beschaffung von Suchtmitteln begangenen Straftat unter Bestimmung einer Probezeit von 1 Jahr bis zu 2 Jahren vorläufig zurückzutreten, wenn</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. die Straftat nicht in die Zuständigkeit des Schöffen- oder Geschworenengerichts fällt, 2. die Schuld des Beschuldigten nicht als schwer anzusehen wäre und 3. der Rücktritt nicht weniger als eine Verurteilung geeignet erscheint, den Beschuldigten von solchen Straftaten abzuhalten. <p>Ebenso ist vorzugehen, wenn der Beschuldigte wegen einer während der Probezeit nach Abs 1 begangenen weiteren Straftat im Sinne des Abs 1 verfolgt wird.</p> <p>(9) Im Fall eines Abtretungsberichts (§ 13 Abs 2b) hat die Staatsanwaltschaft, sofern sie nicht noch eine weitere Klärung des Sachverhalts für erforderlich hält, von der Verfolgung unmittelbar vorläufig zurückzutreten. Dies ist dem Beschuldigten unter Hinweis auf die Fortsetzungsgründe (§ 38 Abs 1a) mitzuteilen.</p>	Staatsanwaltschaft	Vor Strafantrag/ Anklage
§ 37 SMC	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 SMC	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 SMC	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

Paragraph	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) in der aktuellen Fassung; Darstellung: GÖG

Bei schweren Delikten 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 und bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, so hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte zu verwandeln. Die verschiedenen Möglichkeiten sind in Tabelle 2.2 aufgelistet, eine ausführliche Beschreibung ist in ÖBIG (2004) zu finden. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

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

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

Zusätzlich zu den oben genannten Möglichkeiten können auch allgemeine strafgesetzliche Regelungen zur Diversion im Zusammenhang mit straffälligen Drogenkonsumierenden zur Anwendung kommen. Diese sind v. a. in der Strafprozessordnung (BGBl 1975/631), dem Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60, StGB) und dem Jugendgerichtsgesetz (BGBl 1988/599, vgl. auch Kapitel 8) geregelt, haben jedoch im Vergleich zu den im SMG vorgesehenen Maßnahmen im Zusammenhang mit Drogenkonsumierenden eine untergeordnete Bedeutung. So ist beispielsweise in der Strafprozessordnung ein gelinderes Mittel als Alternative zu einer Untersuchungshaft vorgesehen, wenn sich der/die 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 (BGBl 1969/144, StVG) relevant, da bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 68a StVG ein drogenabhängiger Insasse einer Entwöhnungsbehandlung unterzogen werden muss. Wird die Strafe bedingt nachgesehen oder jemand aus einer Freiheitsstrafe 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.

Relevante Regelungen außerhalb des SMG sind z. B. zum Thema **Drogen im Straßenverkehr** in der Straßenverkehrsordnung (BGBl 1960/159, StVO), dem Führerscheingesetz (BGBl I 1997/120) und

der Führerscheingesetz–Gesundheitsverordnung (BGBl II 1997/322) zu finden, sie wurden in ÖBIG 2006 ausführlich erläutert. § 5 StVO regelt die Vorgangsweise zur Feststellung bzw. bei Vorliegen einer Beeinträchtigung durch Alkohol bzw. Suchtgift. Während im Fall von Suchtgiften absolutes Fahrverbot gilt, wurden für Alkohol Grenzwerte festgelegt. Hier soll lediglich erwähnt werden, dass in jenen Fällen, in denen nach der Feststellung einer Beeinträchtigung auch Suchtgiftspuren im Speichel oder Blut identifiziert wurden, anstatt einer Strafanzeige eine Meldung an die zuständige Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde erfolgt. Neben einer Verwaltungsstrafe droht eine vorläufige Abnahme des Führerscheins, aber auch begleitende Maßnahmen (z. B. die Beibringung eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung) sind möglich.

2.2.2 Umsetzung

Es stehen Daten zu **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** zur Verfügung. Für das Jahr 2017 bestand – wie bereits in den Jahren davor – mit 2.915 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28, 28a SMG) mit 1.804 Fällen (strafsatzbestimmende Delikte). Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2017 15,4 Prozent. Sowohl die Verurteilungen nach dem SMG als auch der Anteil an der Gesamtzahl der Verurteilungen ist demnach im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen. Der erhöhte Anteil der SMG–Verurteilungen an den gesamten Verurteilungen ist dadurch zu erklären, dass die Gesamtzahl aller Verurteilungen in Österreich in den letzten Jahren rückläufig ist (vgl. auch Tabelle A2.1).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte²² zur Verfügung. Im Jahr 2017 war bei 4.727 Verurteilungen durch österreichische Gerichte ein SMG–Paragraf strafsatzbestimmend²³; insgesamt wurde nach 9.058 SMG–Delikten verurteilt (2016: 7.351). Eine Analyse der Daten von Statistik Austria zeigt, dass viel öfter Delikte nach den §§ 27, 28 und 28a SMG in die Verurteilungen eingingen als sie strafsatzbestimmend waren und dass ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG wegen mehrerer SMG–Delikte erfolgte. Das gilt insbesondere für die 6.296 Delikte nach § 27 SMG. Diese werden vorwiegend von Männern (5.968 Delikte) begangen (vgl. Tabelle 2.3 und Tabelle A2.2 im Anhang).

22

Seit 2012 können alle Delikte der rechtskräftig verurteilten Personen eines Berichtsjahrs in der Statistik dargestellt werden.

23

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 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, wodurch die Vergleichbarkeit mit Daten aus den Jahren vor 2012 eingeschränkt ist.

Tabelle 2.3:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Geschlecht und Altersgruppe, 2017*

Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	1.556	2.490	1.729	1.129	1.594	8.498
SMG gesamt	weiblich	58	127	134	103	138	560
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	178	593	537	401	763	2.472
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	17	41	63	39	65	225
§ 27 SMG	männlich	1.369	1.882	1.176	720	821	5.968
§ 27 SMG	weiblich	40	85	70	63	70	328

§ 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 2017 insgesamt 65 Delikte, für acht Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend (vgl. Tabelle 2.4; STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik).

Tabelle 2.4:

Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011–2017*

Verurteilungscharakteristik	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	117	47	30	21	5	10	8
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	–	195	116	85	63	33	65

* Bis einschließlich 2011 wurde von der STATISTIK AUSTRIA lediglich das führende Delikt ausgewiesen.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2017 erhielten rund 81 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen (2016: rd. 75 %), wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen etwa 34 Prozent betrug (2016: rd. 42 %). Der Anteil jener Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden (bedingt, teilbedingt oder unbedingt), lag bei rund 80 Prozent aller verurteilten Jugendlichen (2016: rd. 71 %); eine bedingte Freiheitsstrafe erhielten etwa 62 Prozent der verurteilten Jugendlichen (2016: rd. 49 %; Tabelle A2.3).

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik in Österreich finden sich auch im Bericht zur Drogensituation 2008 (GÖG/ÖBIG 2008).

Eines der Ziele des Grundsatzes „Therapie statt Strafe“ ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Für die Staatsanwaltschaft besteht unter gewissen Voraussetzungen die Verpflichtung, vorläufig von der Verfolgung zurückzutreten, weil die betroffene Person einer ge-

sundheitsbezogenen Maßnahme bedarf **und** sich bereit erklärt, diese zu absolvieren. Der endgültige Rücktritt von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit, falls der/die Betroffene währenddessen nicht mehr einschlägig straffällig wurde, sich den allfälligen gesundheitsbezogenen Maßnahmen nicht beharrlich entzog und die Fortsetzung des Strafverfahrens nicht spezialpräventiv geboten ist (Rast 2013).

Es liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Die für das Jahr 2017 in diesem Zusammenhang vorliegenden Zahlen betreffen den Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG: 582 Fälle), die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG: 1.680 Fälle) und den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG: 23.258 Fälle; BMVRDJ 2018, vgl. Tabelle A2.4). Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen im Jahr 2017 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können der Tabelle A2.2 entnommen werden.

Der Großteil der Diversionsfälle nach SMG bezog sich auf §§ 35 und 37 SMG, wobei hier die Diversion nach § 35 SMG bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen sowie Erwachsenen (jeweils rund 74 % bzw. 69 % bzw. 48 % aller diversionellen Erledigungen) den größten Anteil ausmachte und gegenüber den Vorjahren deutlich angestiegen ist (2016: 56 % bzw. 51 % bzw. 31 % aller diversionellen Erledigungen). Bei Erwachsenen machten diversionelle Erledigungen lt. StPO mittels Probezeit²⁴ ohne Pflichten rd. 22 % der diversionellen Erledigungen aus, während Geldbuße in rd. 18 % dieser Erledigungen zustande kam. Insgesamt wurden rund 83 Prozent aller Diversionsverfahren erfolgreich mit einem endgültigen Rücktritt von der Verfolgung beendet. Im Bereich des Suchtmittelgesetzes (§ 35 und § 37 SMG) betrug dieser Wert fast 84 Prozent (Frauen: 85 %, Männer: rd. 83 %, Jugendliche: 88 %, junge Erwachsene: rd. 85 %) (BMVRDJ 2018).

Die nachfolgende Tabelle 2.5 zeigt die Anzahl der **Verurteilungen nach NPSG** (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, BGBl I 2011/146) seit In-Kraft-Treten. Im Jahr 2017 lag das NPSG 37 Delikten zugrunde, davon in sieben Fällen strafsatzbestimmend („führendes Delikt“).

24

Die Probezeit stellt einen vorläufigen Rücktritt der Staatsanwaltschaft von der Verfolgung einer Straftat dar und dauert ein bis zwei Jahre (siehe BGBl. 1975/631, § 198 StPO). Grundsätzlich, aber nicht immer, geht diese Probezeit mit der Erfüllung bestimmter Pflichten einher. Nach Ende der Probezeit tritt die Staatsanwaltschaft von der Verfolgung der gegenständlichen Straftat endgültig zurück, wenn keine Gründe vorliegen, die dagegen sprechen.

Tabelle 2.5:

Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012–2017

Jahr	Sämtliche Delikte gesamt	Sämtliche Delikte Männer	Sämtliche Delikte Frauen
2012	46	41	5
2013	66	59	7
2014	48	43	5
2015	34	33	1
2016	43	37	6
2017	37	34	3

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

2.3 Trends

Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (z. B. Klassifizierung von Acetylfentanyl als Suchtgift im Jahr 2017 oder von Oripavin und Benzylpiperazin (BZP) im Jahr 2009) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Übereinkommen anzupassen.

Das Budgetbegleitgesetz 2011 (BGBl I 2010/111) hatte eine Reduktion der Ausgaben für stationäre Behandlung zum Ziel. Gleichzeitig wurde die Möglichkeit für eine eigene ärztliche Einrichtung der Justiz zur Beurteilung der Notwendigkeit einer gesundheitsbezogenen Maßnahme geschaffen. Ein weiteres Ziel war, den Strafaufschub bei Verurteilungen wegen schwerster Fälle von Suchtgifthandel auszuschließen. Durch das NPSG wurde eine eigene Regelung für *Neue Psychoaktive Substanzen* geschaffen, die v. a. angebotsseitig wirken soll. Mit dem Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014 (BGBl I 2014/71) wurde in § 34 SMG eine vereinfachte Vorgehensweise für das Einziehen und Vernichten von Suchtgift (v. a. von Cannabispflanzen) vorgesehen.

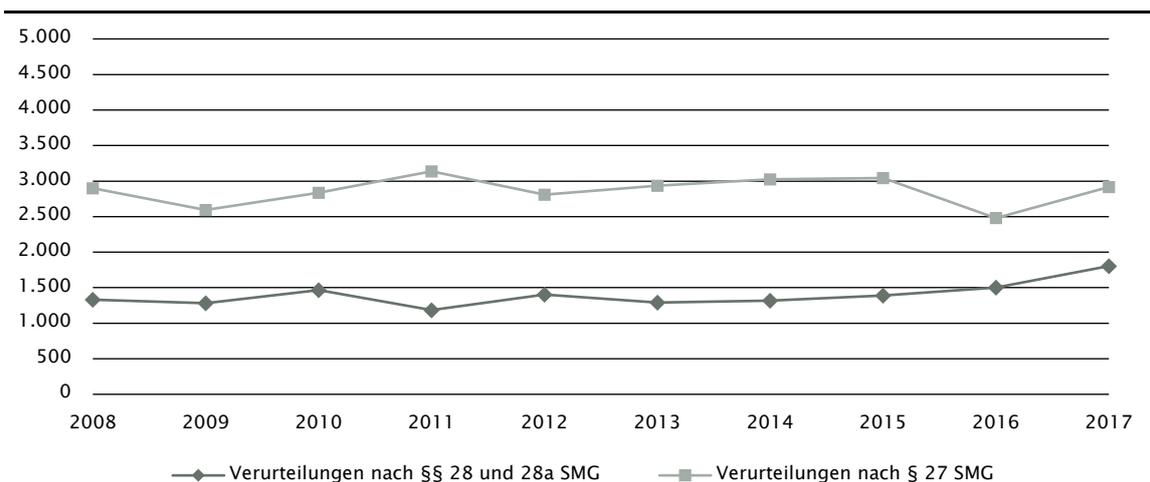
Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG zielen ab auf die Weiterentwicklung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege. Die vom damaligen BMGF zuvor auch für den Bereich Suchtmittelstrafverfahren zu führende Suchtmittel-Datenevidenz wurde im Zuge der *Verfahrensautomation Justiz* obsolet. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde 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-Behandlung nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung allein an die behandelnden Ärztinnen/Ärzte. Die Gefahr einer Strafbarkeit von behandelnden Ärztinnen und Ärzten bei Verstößen im Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlungen wurde durch eine Streichung von vorwiegend Sicherheitsaspekten geschuldete Regelungen

(v. a. Festlegung von Medikamenten der ersten Wahl, Mitgaberegelung und Anordnung von Harnuntersuchungen) entschärft. Weiters wurde die Rollenverteilung zwischen der Amtsärzteschaft und der behandelnden Ärzteschaft geklärt. Einzigartig ist die Anerkennung einer medizinischen Leitlinie als Norm, die den „Sorgfaltsmaßstab eines Handelns“ prägt (vgl. Birklbauer 2017 bzw. Weigl et al. 2017).

Nachfolgende Abbildung 2.1 aus der gerichtlichen Kriminalstatistik zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Im Jahr 2017 erreichten die Verurteilungen nach § 27 SMG etwa den Wert des Jahres 2008. Hier schwanken die Zahlen seit 2008 zwischen rd. 2.500 und 3.100 Verurteilungen. Die Verurteilungen nach § 28 / § 28a SMG verlaufen über den Beobachtungszeitraum relativ konstant, wobei sich seit 2013 ein Aufwärtstrend abzeichnet. Die Daten aus 2012 bis 2017 sind aufgrund des in Abschnitt 2.2.2 erwähnten Zeitreihenbruchs²⁵ möglicherweise nur eingeschränkt mit den Daten aus den Jahren davor vergleichbar (vgl. auch Tabelle A2.1).

Abbildung 2.1:
Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG, 2008–2017



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

* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von STATISTIK AUSTRIA, sondern vom Gericht durchgeführt.

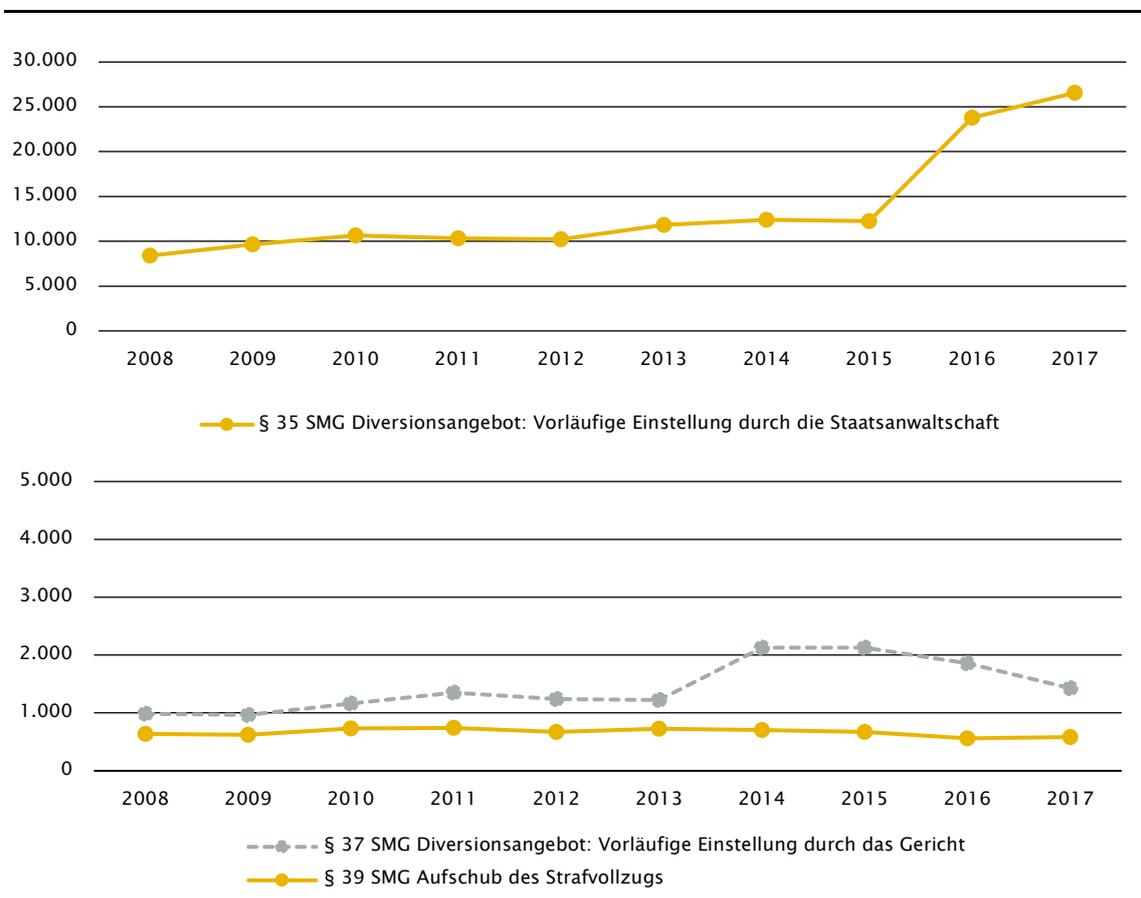
Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

25

Seit 2012 wird die übermittelte Strafsatzbestimmung vom Gericht ausgewiesen und alle Delikte der rechtskräftig verurteilten Personen eines Berichtsjahrs können in der Statistik dargestellt werden. Davor wurde bei einer Verurteilung das „führende Delikt“ von STATISTIK AUSTRIA ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem – im Fall mehrerer strafbarer Handlungen – höchsten angedrohten Strafraumen). Dadurch kann im Jahr 2012 ein Zeitreihenbruch auftreten, wodurch mit Daten aus den Jahren vor 2012 nur eingeschränkt verglichen werden kann.

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2.4 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** – d. h. des vorläufigen Rücktritts von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG), der Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) und des Aufschubs des Strafvollzugs (§ 39 SMG) – dargestellt. Die Zahlen zu § 37 SMG verliefen von 2008 bis 2013 im Wesentlichen konstant. Im Jahr 2014 kam es zu einem Anstieg, seit 2016 sind die Zahlen rückläufig. Die Zahlen betreffend den Aufschub des Strafvollzugs gem. § 39 SMG bewegten sich in den vergangenen zehn Jahren auf gleichbleibendem Niveau. Das Diversionsangebot der vorläufigen Einstellung durch die Staatsanwaltschaft gem. § 35 SMG gelangte v. a. in den letzten beiden Jahren 2016 und 2017 verstärkt zur Anwendung.

Abbildung 2.2:
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2008–2017

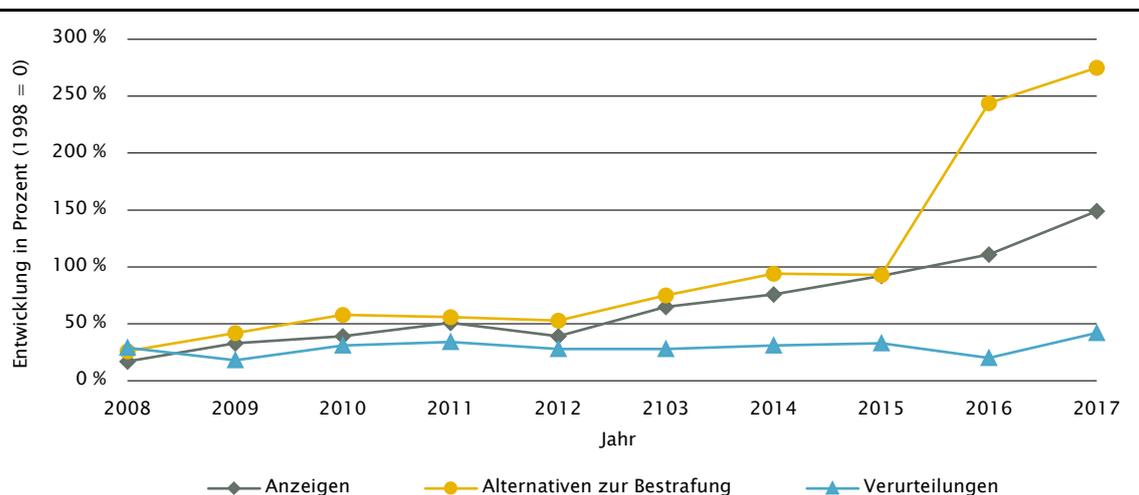


Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
 Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft
 Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.
 Ab 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMVRDJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt; Zahlen zu § 35 Abs 4 SMG sind nicht verfügbar, da in der Datenbank des BMVRDJ das Erfassen bzw. Auswerten einzelner Absätze nicht möglich ist.

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

Interessant ist die Entwicklung der Anzeigen und Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der mit hundert Prozent für den Wert des Jahres 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abbildung 2.3, dass sich in den Jahren 2008 bis 2015 Anzeigen und gemeldete Anwendungen der Alternativen zur Bestrafung anteilsmäßig ähnlich entwickelten, während dies für Verurteilungen nur zwischen 2009 und 2012 zutraf. Die Zahl der Anzeigen erhöhte sich 2017 gegenüber dem Vorjahr um 38 Prozentpunkte, während die Alternativen zur Bestrafung (Anstieg 2016 gegenüber 2015 ca. um das Eineinhalbfache) um 31 Prozentpunkte anstiegen. Dies steht vermutlich mit den Änderungen des SMG durch das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 in Zusammenhang (BMJ 2017). Die Verurteilungen blieben bis 2015 im Wesentlichen auf dem Niveau des Jahres 2010. Nachdem im Jahr 2016 ein Rückgang von 33 Prozent (2015) auf 20 Prozent verzeichnet wurde, kam es 2017 mit 42 Prozent zum höchsten Wert seit 2007 (63 %).

Abbildung 2.3:
Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2008–2017*



Anmerkung: Als Basis der Berechnung wurde das Jahr 1998 herangezogen, da in diesem Jahr das Suchtgiftgesetz vom Suchtmittelgesetz abgelöst wurde (1998 = 0).
Bei den Verurteilungen wird nur das „führende Delikt“, das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, dargestellt. So wird z. B. bei einer Kombination mehrerer strafbarer Handlungen wegen Raubes verurteilt, während die Verurteilung nach SMG nicht aufscheint.
* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von STATISTIK AUSTRIA, sondern vom Gericht durchgeführt.
Ab 2014 kommen die Daten betreffend die Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen vom BMVRDJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt.

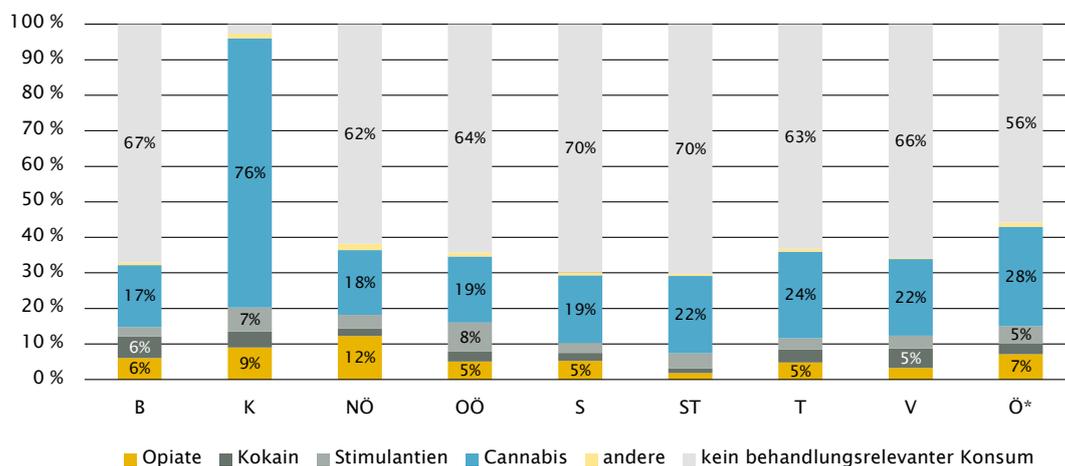
Quellen: BMI/.BK, STATISTIK AUSTRIA, BMG, BMVRDJ; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRDJ) für gesundheitsbezogene Maßnahmen, insbesondere im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ (vgl. auch Kapitel 1), sind im Jahr 2017 wie auch schon im Jahr davor leicht gesunken (BMVRDJ 2018). Wie bereits in GÖG/ÖBIG (2012) berichtet, wurde im Jahr 2011 erstmals eine generelle Einschränkung des Zugangs zu „Therapie statt Strafe“ für Wiederholungstäter/innen und eine Zeitbeschränkung für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ eingeführt. Nach Aussagen von Expertinnen und Experten zeigte sich in der Folge, dass Personen, für

die nach Auffassung von Gutachterinnen/Gutachtern eine sechsmonatige Therapie nicht ausreichte, gleich eine Haftstrafe antreten mussten, wobei diese Auslegung nicht den Intentionen des Gesetzgebers entspricht. Es kam vor, dass sich – bei Therapie- bzw. Finanzierungsbedarf über den engen Rahmen der Justiz hinaus – die Länder bedarfsbezogen bereit erklärten, für längere stationäre Aufenthalte aufzukommen (SHH 2014).

Abbildung 2.4 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2017 eine gesundheitsbezogene Maßnahme als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nicht behandlungsrelevant eingestuft wurde. Im Vergleich zu den Vorjahren scheint die Beurteilung, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig sei, inzwischen österreichweit etwas einheitlicher zu erfolgen. Eine Ausnahme stellt nach wie vor Kärnten dar, wo Konsum vorwiegend als behandlungsrelevant interpretiert wird.

Abbildung 2.4:
Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum), 2017



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

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

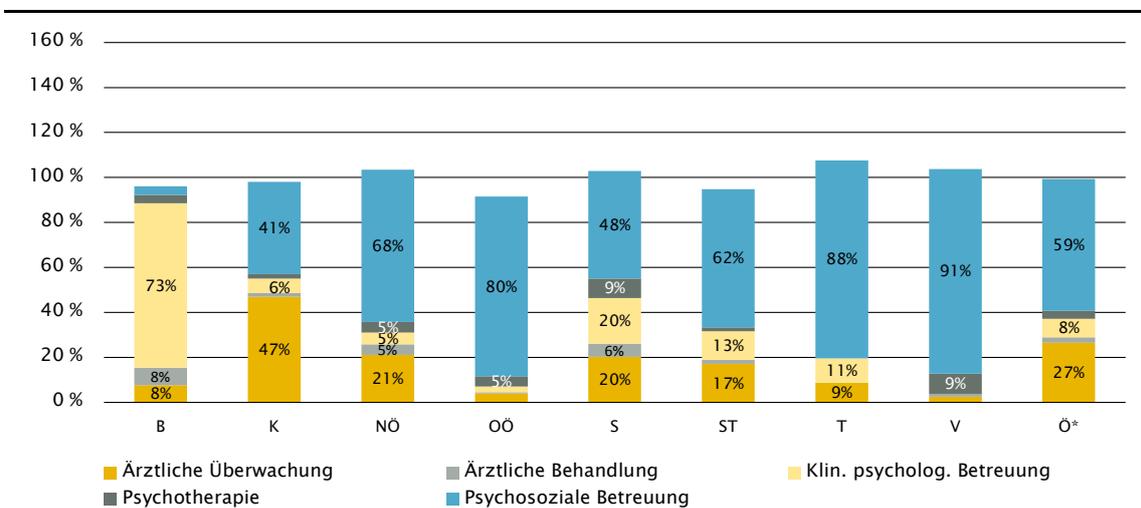
Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2017 in insgesamt 4.713 Fällen bzw. bei 4.516 Personen durchgeführt. Knapp drei Viertel der Begutachtungen wurde aufgrund einer Meldung der Polizei durchgeführt (71 % SMG, 2 % StVO), 14 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es über Heeresdienststellen (4 %) oder Sonstige (8 %) (Anzenberger et al. 2018).

Aus Abbildung 2.5 ist ersichtlich, auf welche gesundheitsbezogenen Maßnahmen bei ausschließlichem Konsum von Cannabis im Jahr 2017 hingewirkt wurde, wobei pro Fall auch mehrere ge-

sundheitsbezogene Maßnahmen empfohlen werden können. Abbildung 2.6 zeigt die Art gesundheitsbezogener Maßnahmen für jene Fälle, in denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden (oft auch zusätzlich anderer Drogen) festgestellt wurde. Es zeigt sich, dass je nach Leitdroge unterschiedliche Maßnahmen als adäquat angesehen werden. Bei Opioiden spielt die ärztliche Behandlung (meist in Form einer Substitutionsbehandlung) die größte Rolle, gefolgt von psychosozialer Betreuung. Bei Cannabis hingegen werden v. a. psychosoziale Betreuung und ärztliche Überwachung empfohlen. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine nach wie vor doch recht unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG und möglicherweise auch der Dokumentation. Sie dürften aber auch mit Unterschieden hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen zusammenhängen.

Abbildung 2.5:
Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis in Prozent, nach Bundesland, 2017

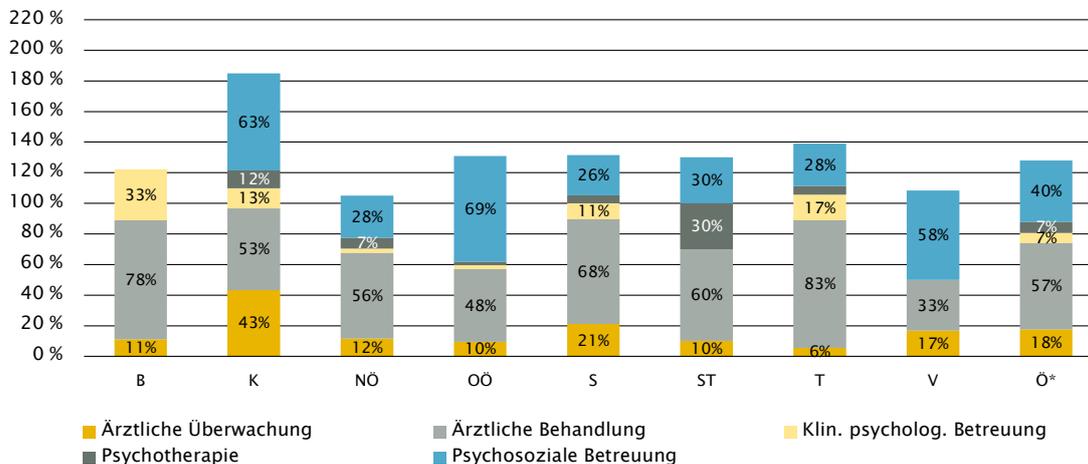


B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien
 Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird ausschließlich der Missbrauch von Cannabis erwähnt. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Es kann aber auch auf weitere gesundheitsbezogene Maßnahmen verzichtet werden, wenn bereits eine solche in Anspruch genommen und diese als ausreichend erachtet wird. Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

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

Abbildung 2.6:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioiden in Prozent, nach Bundesland, 2017



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

Anmerkung: In den Mitteilungen der Bezirksverwaltungsbehörde wird der Missbrauch von Opiaten erwähnt. Dabei ist es egal, welche Drogen sonst noch genannt werden. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Es kann aber auch auf weitere gesundheitsbezogene Maßnahmen verzichtet werden, wenn bereits eine solche in Anspruch genommen und diese als ausreichend erachtet wird. Auch Doppelzählungen von Personen sind möglich. Bei den Wiener Begutachtungen wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassendere suchtspezifische Anamnese erstellt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Daher liegen für Wien keine Daten vor.

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

2.4 Neue Entwicklungen

Mit 1. Januar 2018 trat das **Maßnahmenpaket zur Qualität und Sicherheit in der Opioid-Substitutionsbehandlung** (BGBl II 2017/292) in Kraft, dessen Kern eine auf breiter Expertenebene erarbeitete und von vier medizinische Fachgesellschaften angenommene Behandlungsleitlinie ist (vgl. auch Kapitel 5). In diesem Zusammenhang kam es zu Änderungen im SMG, in der SV und der WbVO. Ziel dieses Maßnahmenpaketes ist es, die Behandlungsqualität nach Maßgabe der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zu sichern (Leitlinie). Die Ärzteschaft unterliegt demnach – wie bei jeder anderen Behandlung auch – den Korrektiven des Ärzterechts (bei Behandlungsfehlern, die zu Schäden an Patientinnen/Patienten führen, dem Strafrecht) und nicht dem gerichtlichen oder verwaltungsbehördlichen Suchtmittelstrafrecht, analog jenen Personen, die illegal Drogenhandel betreiben. Das Maßnahmenpaket folgt demnach den zwei maßgeblichen Zielen der öffentlichen Gesundheit: bestmögliche ärztliche Behandlung einerseits und Eingrenzung des unkontrollierten Umgangs mit den Arzneimitteln andererseits (Birklbauer 2017). Mit dem Paket wurde im Sinne der Versorgungssicherheit eine festgestellte, die ärztliche Versorgung beeinträchtigende Hürde abgebaut (siehe Weigl et al 2016; Weigl et al. 2017).

Die **Änderungen in der SV** (BGBl II 2017/292) umfassen die Herausnahme

- » der Therapieziele und der Vorgaben für eine Indikationsstellung (beides aus § 23a SV),
- » der rigiden disziplinierenden Vorgaben für den Behandlungsvertrag bzw. einen Behandlungsausschluss (§ 23b SV),
- » der Einschränkungen in der Auswahl des Arzneimittels durch Definition von „Mitteln der ersten Wahl“ (§ 23c SV) sowie
- » der Differenzierung nach Wirkstoffen im Zusammenhang mit dem Abgabemodus (§ 23e SV).

Ferner schafft die SV-Novelle, dass die Aufgaben der behandelnden Ärzteschaft und der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Amtsärzte/-ärztinnen klarer definiert und voneinander abgegrenzt werden. Der Amtsärzteschaft obliegt im Interesse der öffentlichen Gesundheit die Prüfung der Dauerverschreibungen in Hinblick auf das v. a. mit hohen Tagesdosen und Take-Home-Anordnungen im Einzelfall einhergehende Fremdgefährdungspotenzial. In der **Behandlungsleitlinie** werden für die in der Behandlung verwendeten Substanzen Tagesdosen definiert, mit denen in der Regel das Auslangen gefunden wird. Zusätzlich werden für die Zulässigkeit von Take-Home-Dosen über längere Zeiträume medizinische und psychosoziale Stabilitätskriterien definiert, die der Patient / die Patientin erfüllen muss. Daran wird in der SV-Novelle insofern angeknüpft, als von der/dem behandelnden Ärztin/Arzt Dosisüberschreitungen zu begründen und die Erfüllung der Stabilitätskriterien durch den Patienten / die Patientin zu bestätigen sind. Der Amtsarzt hat die entsprechenden Parameter vor Fertigung der Dauerverschreibung zu überprüfen (§§ 23b, 23c, 23e, 23g SV). Entsprechend dazu wurde vorab das SMG novelliert (BGBl I 2017/116).

Die **Änderung der WbVO** betreffen folgende Punkte (BGBl II 2017/293):

- » Einführung eines Multiple-Choice-Tests zum Abschluss des Basismoduls der Weiterbildung „Orale Substitution“, in dem die erworbenen Kenntnisse abgefragt werden (§ 4 WbVO)
- » Veröffentlichung der Liste jener Ärztinnen und Ärzte, die die Qualifikationserfordernisse für die Durchführung der Substitutionsbehandlung erfüllen (§ 5 WbVO)
- » Definition jener Vorraussetzungen, die für eine Wiedereintragung in diese Liste nach einer vorangegangenen Streichung zu erfüllen sind (§ 7a WbVO)

Dem Ziel, die Datengrundlagen für den epidemiologischen Schlüsselindikator „drogenbezogene Todesfälle und Mortalität von Drogenkonsumierenden“ zu verbessern, kam die Novellierung des SMG (BGBl I 2017/116) nach:

- » Dem BMASGK werden die Obduktionsunterlagen bzw. Totenbeschauscheine von jenen Fällen zur Verfügung gestellt, in denen sich ein ursächlicher Zusammenhang von Drogenkonsum und Todesfall womöglich nicht bestätigen lässt (§ 24c SMG; vgl. Kapitel 6)
- » Das BMASGK kann jene Daten von Statistik Austria anfordern, die für eine Berechnung von Mortalitätsraten im Zusammenhang mit Drogenkonsum benötigt werden (§ 24d SMG).

Änderungen der SV, die sich nicht auf die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen beziehen, traten mit 31. 10. 2017 in Kraft (BGBl II 2017/292). Diese umfassen:

- » Anpassung der Cannabisausnahmebestimmung hinsichtlich Produkten aus bestimmten Nutzhanfsorten. Produkte aus den Blüten- und Fruchtständen von Nutzhanfsorten, die im *Gemeinsamen Sortenkatalog für landwirtschaftliche Pflanzenarten* gemäß Artikel 17 der

Richtlinie 2002/53/EG des Rates vom 13. Juni 2002, ABl. Nr. L 193/2002 S. 1, oder in der österreichischen Sortenliste gemäß § 65 Saatgutgesetz 1997, BGBl I 1997/72, in der geltenden Fassung, angeführt sind, sind vom Suchtmittelrecht ausgenommen, sofern ihr Gehalt an THC 0,3 Prozent vor, während und nach dem Produktionsprozess nicht übersteigt und daraus Suchtgift in einer zum Missbrauch geeigneten Konzentration oder Menge nicht leicht oder wirtschaftlich rentabel gewonnen werden kann.

- » Die Umsetzung internationaler Bestimmungen durch Aufnahme der Substanz Acetylfentanyl, Acryloylfentanyl, Carfentanil und Furanylfentanyl in den Anhang I.1.b. der SV. Entsprechende Grenzmengen-Definitionen sind derzeit in Vorbereitung.

Änderungen in der PV (BGBl II 2017/291), die mit 31. 10. 2017 in Kraft getreten sind:

- » Phenazepam wurde, gemäß des Beschlusses 59/7 der CND, als psychotropen Stoff in den Anhang 2 der PV aufgenommen. Der bisherige § 11 Abs 2 PV ist im Zusammenhang mit § 8a Abs 4 neu im SMG entfallen.
- » Die Definition der Grenzmenge für Phenazepam ist derzeit in Vorbereitung.

Derzeit ist eine Novelle der **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV) in Vorbereitung, welche die Definition einer Substanzgruppe „Fentanylanaloga“ beinhalten soll.

Der Gesundheitsausschuss des Nationalrats behandelte im ersten Halbjahr 2018 einen Entschließungsantrag betreffend die Liberalisierung von Cannabis für medizinische Zwecke. Mit Entschließung des Nationalrates (Nr. 27/E, XXVI GP vom 5. 7. 2018) wurde die Bundesregierung – insb. die Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz – ersucht, den „therapeutischen Einsatz von „Medizinalhanf“ zu prüfen und einen Bericht über zukünftige medizinische, rechtliche, organisatorische und ökonomische Rahmenbedingungen zum Einsatz von cannabis-haltigen Arzneimitteln vorzulegen.“²⁶

Das Austrian Center for Law Enforcement Sciences (ALES) widmete am 4. Juni 2018 seine Jahrestagung dem Thema "Suchtmittelrecht aktuell". Es wurden Fragen nach den Ursachen der Drogenabhängigkeit, nach aktuellen Entwicklungen im Drogenhandel und Regulierungsmöglichkeiten aus unterschiedlichen fachlichen Perspektiven beleuchtet.²⁷

26

https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXVI/I/I_00205/fname_699859.pdf (20. 7. 2018)

27

<https://ales.univie.ac.at/veranstaltungen/> (24. 7. 2018)

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

Suchtmittel–Datenevidenz

Das SMG verpflichtet das BMASGK zur Führung einer personenbezogenen Datenevidenz (§ 24 ff). Gegenstand waren bis Jahresende 2015 u. a. Mitteilungen des BMI und der Justiz über Anzeigen und Strafverfahren nach dem SMG, woraus wiederum die Justiz sowie einige andere im SMG genannte Behörden auskunftsberechtigt waren. Im Zuge der *Verfahrensautomation Justiz* wurde die Evidenzhaltung der Daten des Justizbereichs (auch) im BMASGK obsolet (vgl. Weigl et al. 2016); seit der am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderung des SMG sind diese Daten daher nicht mehr Gegenstand der Suchtmittel–Datenevidenz.

Weiterhin Gegenstand der Suchtmittel–Datenevidenz sind aber jene Daten der Gesundheitsbehörden, die 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 zur 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 online erfasst bzw. daraus abgerufen (eSuchtmittel). Diese technische Infrastruktur wurde in verwaltungsübergreifender Zusammenarbeit (Behörden–Portalverbund) vom BMASGK geschaffen.

Im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister stehen die Daten für epidemiologische Zwecke zur Verfügung. Die Auswertung hat durch einen Auftragsverarbeiter (seit 2012 GÖG) zu erfolgen. Aufgrund der am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG werden den Gesundheitsbehörden auch die kriminalpolizeilichen Meldungen (§§ 13 Abs 2b, 14 Abs 2 SMG) als Grundlage für die Vollziehung des § 12 SMG vom BMASGK 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 zur Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2018). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten zur Diversion wurden vom BMVRDJ gemeldet bzw. dem Sicherheitsbericht (BMVRDJ 2018) entnommen. In Abschnitt 2.2.2 wurde bezüglich der von STATISTIK AUSTRIA übermittelten Daten zu den Verurteilungen (Gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Amtsärztliche Begutachtungen siehe Kapitel 3

Informationen aus dem Parlament

Informationen zu parlamentarischen Bürgerinitiativen und Begutachtungsentwürfen sowie Berichten aus Ausschusssitzungen sind auf der Website des Österreichischen Parlaments zu finden (<http://www.parlament.gv.at/>), Informationen zu in Kraft getretenen Gesetzesänderungen finden sich im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (<https://www.ris.bka.gv.at/>).

2.6 Bibliographie

- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Strizek, J., Tanios, A. (2018). Epidemiologiebericht Sucht 2018. 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 (2018). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2017. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMVRDJ (2018). Sicherheitsbericht 2017. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2008). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutions-therapie.

Rast, N. (2013). „Therapie statt Strafe“ – eine Sonderform des Strafaufschubs. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin 85, 6.

SHH (2014). Schweizer Haus Hadersdorf. Festschrift zum 15-jährigen Bestehen – 1998 bis 2013. 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.

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 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

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 2007/110. Suchtmittelgesetz–Novelle 2007
- BGBl I 2008/143. Suchtmittelgesetz–Novelle 2008
- BGBl I 2010/111. Budgetbegleitgesetz 2011 (BBG)
- 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 2014/71. Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014
- BGBl I 2017/116. Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz geändert wird (SMG–Novelle 2017)
- BGBl II 2017/291. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Psychotropenordnung geändert wird
- BGBl II 2017/292. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird
- BGBl II 2017/293. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit und Frauen, mit der die Weiterbildungsverordnung orale Substitution geändert wird

2.8 Anhang

Tabelle A2.1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2007–2017

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
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
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

Bis 2007:

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

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

Ab 2008:

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“ (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 STATISTIK AUSTRIA ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem höchsten angedrohten Strafraumen im Fall mehrerer strafbarer Handlungen bei einer Verurteilung).

Aufgrund dieses Zeitreihenbruches ist 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, 2017*

Führendes Delikt	Geschlecht	14-19 Jahre	20-24 Jahre	25-29 Jahre	30-34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	860	1.301	880	588	796	4.425
	weiblich	35	77	64	56	70	302
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	134	404	371	273	470	1.652
	weiblich	12	31	42	24	43	152
§ 27 SMG	männlich	726	897	509	313	322	2.767
	weiblich	23	46	21	32	26	148

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.3:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2017*

Führendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	Sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	51	249	39	37	28	404
	Erwachsene	642	1.336	1.288	871	186	4.323
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	1	27	3	11	5	47
	Erwachsene	39	418	753	436	111	1.757
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	50	222	36	26	23	357
	Erwachsene	600	914	534	435	75	2.558

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung,
2008–2017

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014**	2015	2016	2017
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	9.384	10.627	11.807	11.667	11.455	13.044	14.506	14.384	25.666	27.990
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft*	8.399	9.661	10.643	10.319	10.215	11.818	12.378	12.256	23.809	26.562
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	2.249	2.780	3.166	4.059	5.515	6.766	-	-	-	-
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	985	966	1.164	1.348	1.240	1.226	2.128	2.128	1.857	1.428
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	638	624	733	741	673	728	705	673	561	582

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

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

Bis 2007:

§ 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft

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

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Ab 2008:

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

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

§ 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

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

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum.....	55
3.1	Zusammenfassung.....	55
3.2	Cannabis	57
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	57
3.2.2	Risikoreiche Cannabis-Konsummuster und Behandlung.....	60
3.3	Stimulantien	62
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulantienkonsums	62
3.3.2	Risikoreiche Stimulantien-Konsummuster und Behandlung.....	64
3.4	Heroin und andere Opioide	68
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	68
3.4.2	Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung.....	71
3.5	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen.....	73
3.5.1	Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	73
3.6	Quellen und Studien.....	74
3.6.1	Quellen	74
3.6.2	Studien	76
3.7	Bibliographie und Anhang.....	79
3.7.1	Bibliographie.....	79
3.7.2	Anhang.....	83

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bezüglich der Prävalenz von Drogenkonsum wird unterschieden zwischen der Lebenszeitprävalenz (Drogenkonsum irgendwann im Leben), der Jahresprävalenz (Drogenkonsum im letzten Jahr) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum während der letzten dreißig Tage). 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 mit 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 sowie von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opioide und *Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)* (auch *Research Chemicals* bzw. *Legal Highs* genannt).

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und von 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 (EMCDDA 2013). Der polytoxikomane²⁸ Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 35.000 und 38.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (Drogensucht findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). In etwa drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur neun Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 39 Prozent sind 25 bis 34 Jahre und 52 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum in Österreich nach wie vor eine Rolle – im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern der EU.

28

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

Neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/innen). Insgesamt zeigt sich aufgrund des chronischen Charakters der Opioidabhängigkeit und verschiedener Maßnahmen (wie z. B. der Substitutionsbehandlung) eine Alterung der Population mit risikoreichem Opioidkonsum. Ob dies einen Rückgang des illegalen Suchtmittelkonsums insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Stimulantien) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine solche Verlagerung.

Im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums ist auch auf eine Reihe von Todesfällen in Zusammenhang mit (hochdosierten) Ecstasy-Tabletten hinzuweisen (vgl. Kapitel 6). Zwar scheinen sich die Konsummuster bezüglich Ecstasy nicht geändert zu haben, der Konsum dürfte aber aufgrund der (oft unerwartet) hoch dosierten Ecstasy-Tabletten risikoreicher geworden sein (vgl. Kapitel 7).

3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

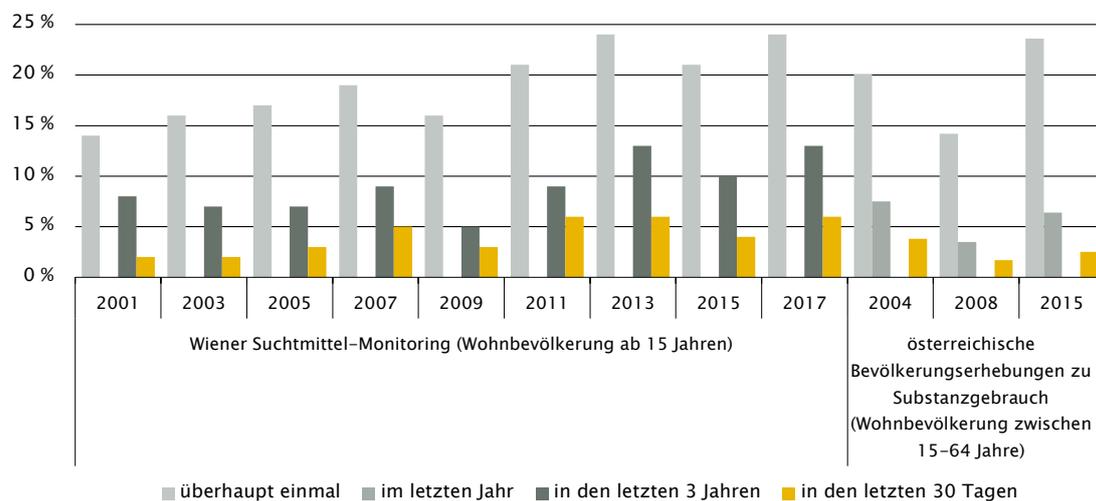
Die österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch weisen für das Jahr 2004 einen Anteil von 20 Prozent, für das Jahr 2008 einen Anteil von 14 Prozent und für das Jahr 2015 einen Anteil von 24 Prozent konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen aus. Der deutliche Einbruch in den Zahlen des Jahres 2008 ist vermutlich auf ein erhebungstechnisches Artefakt zurückzuführen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009). Längerfristig ergibt sich somit ein leicht ansteigender Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen bzw. ein relativ gleichbleibender Anteil in der gesamten erwachsenen Bevölkerung (15 Jahre oder älter²⁹) (vgl. Tabelle A3.1). Im zweijährlich durchgeführten Wiener Suchtmittel-Monitoring zeigte sich bis 2013 ein kontinuierlicher Anstieg des Cannabiskonsums. Nach einem leichten Rückgang der Prävalenzraten im Jahr 2015 liegen die Werte der letzten Erhebung aus 2017 wieder auf demselben Niveau wie jene aus dem Jahr 2013.

29

Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Abbildung 3.1:

Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring und drei österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe)



Anmerkungen: In der österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch wurde die 3-Jahresprävalenz 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 Suchtmittel-Monitoring wird die Jahresprävalenz nicht erhoben.

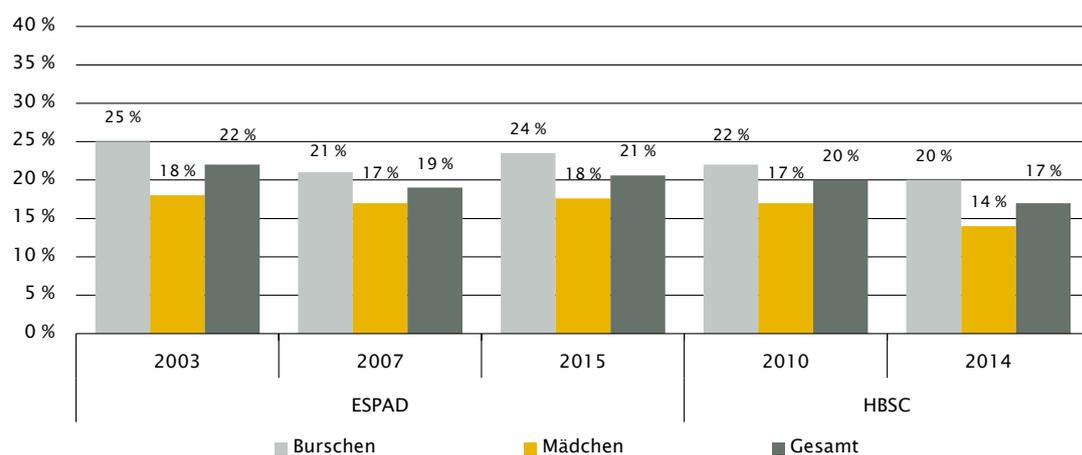
Quellen: IFES 2001 bis 2017, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a; Darstellung: GÖG

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

Ergänzende Zahlen aus dem Jahr 2015 liegen auch aus Oberösterreich vor (Seyer et al. 2016). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* wurde bei den 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 26 Prozent, eine Jahresprävalenz von sechs Prozent und eine Monatsprävalenz von drei Prozent erhoben.

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

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



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

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

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

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

Etwa ein Fünftel der befragten Schülerinnen und Schüler (ESPAD, HBSC; vgl. Tabelle A3.2) gibt an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Burschen weisen in allen verfügbaren Daten eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (vgl. Abbildung 3.2).

Zusätzliche Daten für die Gruppe der 15- bis 24-Jährigen liegen aus Oberösterreich vor (Seyer et al. 2016). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich* wurden bei jungen Erwachsenen eine Lebenszeitprävalenz des Cannabiskonsums von 35 Prozent und eine Jahresprävalenz von 13 Prozent erhoben.

Aus der letzten österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch (Strizek et al. 2016a) ergeben sich für Jugendliche und junge Erwachsene (15 bis 24 Jahre) eine Lebenszeitprävalenz von 29 Prozent, eine Jahresprävalenz von 19 Prozent und eine Monatsprävalenz von acht Prozent.

Anhand der verfügbaren Befragungsdaten lassen sich hinsichtlich des Cannabiskonsums in der Gesamtbevölkerung bzw. bei Jugendlichen derzeit keine wesentlichen Veränderungen feststellen. Es ist auch darauf hinzuweisen, dass sich in Befragungsdaten zum Konsum illegaler Drogen große Unschärfen ergeben aufgrund der Tatsache, dass nach einem illegalen Verhalten gefragt wird. 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 Cannabis-Konsummuster und Behandlung

Behandlung von Personen, die Cannabis konsumieren

Das österreichische Behandlungssystem ist insgesamt nicht substanzspezifisch ausgerichtet, sondern an einem übergreifenden Suchtbegriff orientiert. Wo angebracht, existieren aber auch einzelne Programme für spezifische Zielgruppen (vgl. Kapitel 5).

Risikoreicher Cannabiskonsum

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 2017 wurde in 1.274 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2018). Dem stehen 24.321 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG), in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien), gegenüber (vgl. Kapitel 7). Dies ist ein Hinweis darauf, dass von den von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden nur ein kleiner Teil auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2017 befanden sich etwa 2.379 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den Jahren 2012 (GÖG/ÖBIG 2013) und 2017³⁰ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt bzw. möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Seit 2010 ist der Anteil der Erstpazienten/-patientinnen mit ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe mit Leitdroge Cannabis gestiegen und der Anteil mit Leitdroge Opiate ist gesunken. Im Jahr 2013 war der Anteil mit Leitdroge Cannabis erstmals höher als der Anteil mit Leitdroge Opiate. Dies ist auch in den Jahren 2015 bis 2017 zu beobachten. Zur Erklärung dieser Entwicklung wird nach wie vor diskutiert, ob es sich um eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis handelt oder ob lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumenten/-konsumentinnen durch Cannabiskonsumenden/-konsumentinnen auf

30

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (24. 7. 2018)

Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe³¹ mit Vertretern/Vertreterinnen von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung begeben, und dies mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt. Andererseits wurde von einem Anstieg junger und sozial auffälliger Klienten/Klientinnen berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde.

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2016 kommen schädlicher Gebrauch von Cannabis (58 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (148 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (76 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.481 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 216 Fälle und für Abhängigkeit 715 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 bis Tabelle A3.6).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden³², dürfte die Gruppe der Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Cannabiskonsum, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

31

Fokusgruppe des Reitox Focalpoint Austria zu problematischem Cannabiskonsum im Jahr 2016.

32

Beispielsweise sind Personen, die sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme nach § 12 SMG in einer §-15-SMG-Einrichtung unterziehen, nicht nur in eSuchtmittel dokumentiert, sondern auch im DOKLI-Datensatz (eine Auswertung des Behandlungsjahres 2015 zeigte, dass 62 % der Personen, die in DOKLI-Einrichtungen wegen Cannabis behandelt wurden, aufgrund einer Auflage in Behandlung waren; http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (24. 7. 2018))

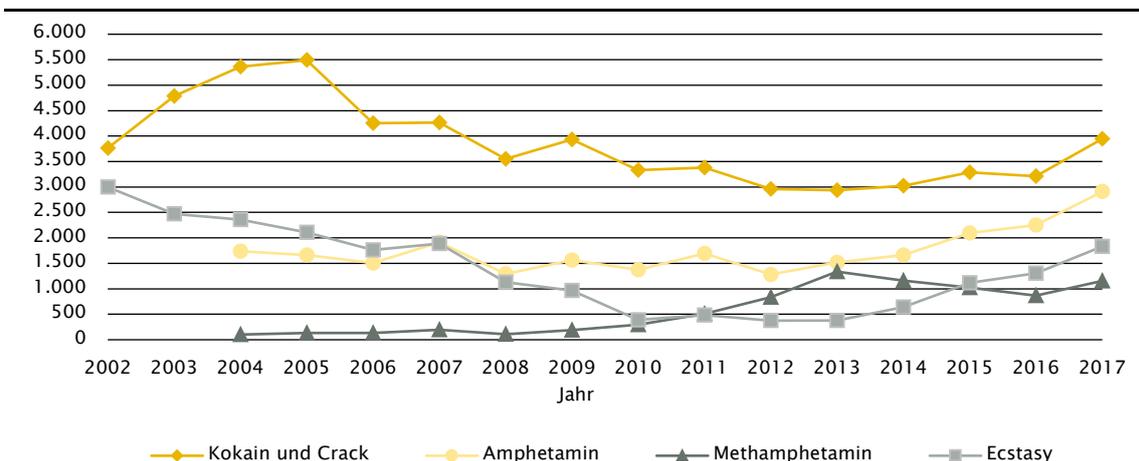
3.3 Stimulantien

3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulantienkonsums

Die relative Bedeutung verschiedener Stimulantien

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten SMG-Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin sowie Ecstasy und Methamphetamin (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). Mit Ausnahme von Methamphetamin zeigt sich seit 2013 für Stimulantien ein steigender Trend in der Anzeigenzahl.

Abbildung 3.3:
Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2017



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.

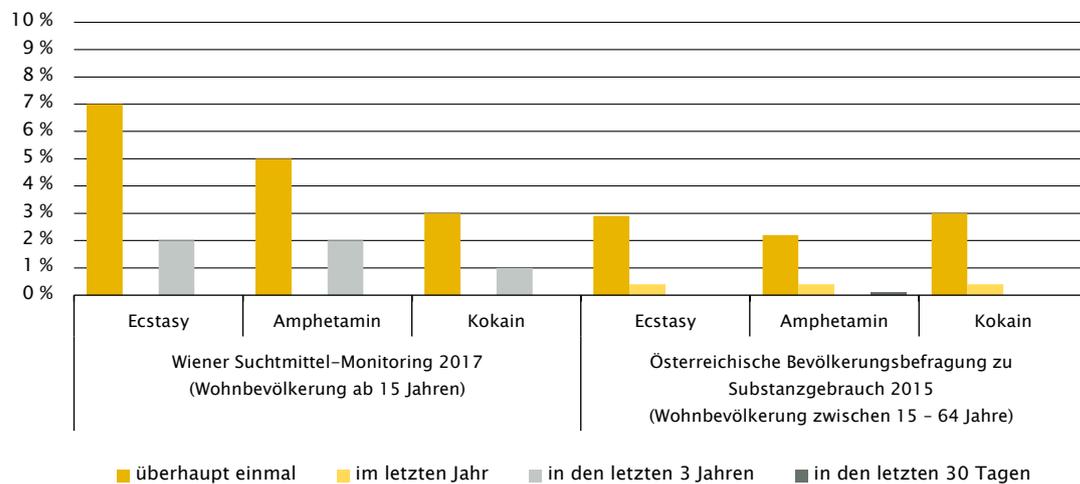
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulantien in der Gesamtbevölkerung

Nur ein sehr kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung macht Erfahrungen mit den Stimulantien Ecstasy, Amphetamin und Kokain (vgl. Abbildung 3.4). Die Zahlen bezüglich des rezenten Konsums liegen noch wesentlich niedriger. Eine Betrachtung der Entwicklung über die Zeit ist aufgrund der niedrigen Werte nicht sinnvoll.

Abbildung 3.4:

Stimulantienkonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



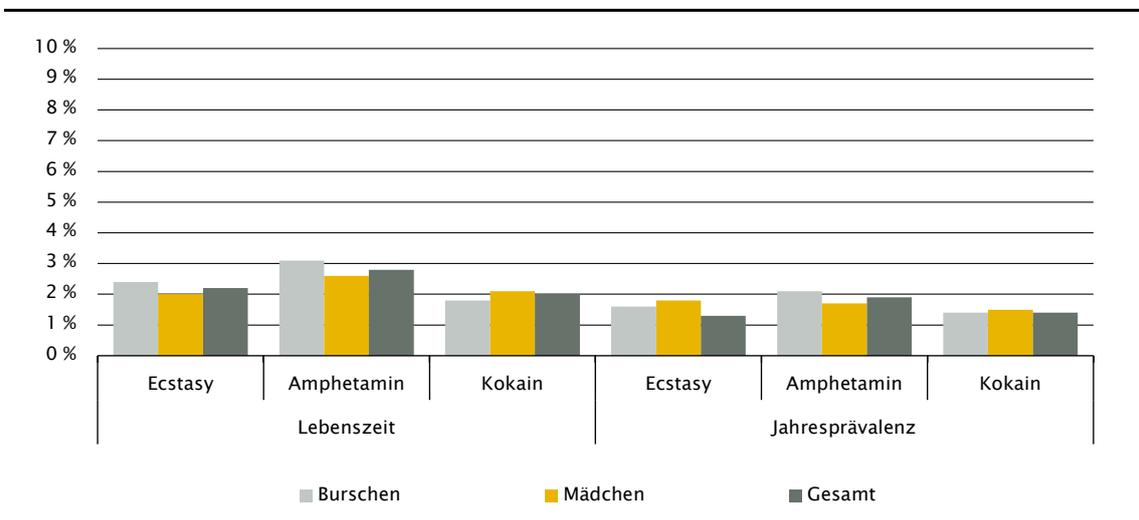
Anmerkung zur österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2015: Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre.

Quelle: IFES 2017; Strizek et al. 2016a Darstellung: GÖG

Zusätzliche Daten zum Konsum von Stimulantien liegen aus Oberösterreich vor (Seyer et al. 2016). Im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich 2015* wurde bei 15- bis 59-Jährigen eine Lebenszeitprävalenz für Amphetamine von 0,8 Prozent, für Ecstasy von 1,5 Prozent, für Kokain von 1,1 Prozent und für Methamphetamin von 0,3 Prozent erhoben. Die sehr niedrige Prävalenz von Methamphetamin ist ein Indiz dafür, dass die starke mediale Präsenz zwar mit einem Anstieg des Konsums von Methamphetamin in gewissen Subgruppen korrespondiert, aber nicht mit einem Anstieg in der Allgemeinbevölkerung.

Konsum von Stimulantien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

Abbildung 3.5:
Stimulantienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)



Quelle: Strizek et al. 2016b; Darstellung: GÖG

Auch in den Befragungen von Schülerinnen und Schülern zeigen sich durchwegs niedrige Werte hinsichtlich Konsumerfahrungen mit Stimulantien (vgl. Abbildung 3.5). Gleichzeitig sind – aufgrund des jungen Alters der Befragten nicht überraschend – im Gegensatz zu Konsumerfahrungen unter Erwachsenen nur geringe Unterschiede zwischen der Lebenszeitprävalenz und der Jahresprävalenz zu beobachten.

Anhand der verfügbaren Daten ist insgesamt von einer stabil niedrigen Prävalenz des Stimulantienkonsums auszugehen. Der Konsum von Methamphetamin war bisher auf lokale Szenen begrenzt und findet vorwiegend in Oberösterreich statt. In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des verstärkten Konsums von NPS wieder verstärkt auf Amphetamin und Ecstasy zurückgegriffen (vgl. Abschnitt 3.5.1).

3.3.2 Risikoreiche Stimulantien-Konsummuster und Behandlung

Behandlung von Personen, die Stimulantien konsumieren

Das österreichische Behandlungssystem ist insgesamt nicht substanzspezifisch ausgerichtet und an einem ganzheitlichen Suchtbegriff orientiert. Wo angebracht, existieren aber auch einzelne Programme für spezifische Zielgruppen (vgl. Kapitel 5).

Risikoreicher/problematischer Konsum von Stimulantien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulantien 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 Amphetamin festgestellt, gefolgt von Kokain. In der Kategorie Amphetamin war bis 2014 bei amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert, seit 2015 gibt es eine eigene Kategorie Methamphetamin. Mit zehn der insgesamt 17 Nennungen liegt hier Oberösterreich vor allen anderen Bundesländern.

Tabelle 3.1:

Behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2017

Stimulantium	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
Ecstasy	0	28	6	12	5	7	1	1	60
Amphetamin	4	17	40	45	5	13	11	8	143
Methamphetamin	0	0	2	10	0	3	0	2	17
Kokain	9	30	26	23	8	7	14	20	137
Summe	13	75	74	90	18	30	26	31	357

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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Deswegen liegen aus Wien keine Daten vor.

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

Ein im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich 2015* durchgeführtes Expertenpanel zu Methamphetamin ergab, dass es einzelne Subgruppen bzw. Subkulturen gibt, die einen exzessiven Konsum von Methamphetamin aufweisen. Dies stärkt die Hypothese, dass sich der risikoreiche/problematische Methamphetaminkonsum in Oberösterreich in lokal abgegrenzten Szenen abspielt und kein „Massenphänomen“ darstellt. Hinsichtlich des Trends lassen sich auf Basis qualitativer Daten zwei – teilweise widersprüchliche – Bilder skizzieren: Interviewpartner/innen, die in Suchtberatung, Streetwork und niederschweligen Einrichtungen beruflich tätig sind, berichten mehrheitlich von einem Rückgang der Problematik bzw. von einer Normalisierung von Konsummustern durch einen Anstieg des „safer use“. Dem gegenüber stehen Aussagen von Personen aus Arbeitsfeldern mit direktem Kontakt zu Risikokonsumtinnen/-konsumenten (Exekutive, Suchtmedizin), die eine ansteigende Problematik schildern. Ein wichtiges Ergebnis der Studie ist, dass der Konsum von Methamphetamin in Oberösterreich offensichtlich einen festen Platz in der Szene mit problematischem Opioidkonsum erobert hat (Seyer et al. 2016).

Im Jahr 2017 befanden sich etwa 647 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 475 Personen wegen des Konsums anderer Stimulantien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung von Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2016 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (5 Fälle) und Kokain-Abhängigkeit (13 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 307 Fälle und für Abhängigkeit 145 Fälle. Schädlicher Gebrauch (15 Fälle) und Abhängigkeit (21 Fälle) von anderen Stimulantien als Kokain wird als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen geringfügig häufiger diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von anderen Stimulantien 238 Fälle und für Abhängigkeit 105 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 bis Tabelle A3.6).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden³³, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulantien in den genannten Datenquellen nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulantien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

Daten von *checkit!* zeigen, dass der Trend zu hochdosierten Ecstasy-Tabletten weiter anhält. Im Jahr 2013 wurden etwa bei *checkit!* 26 Prozent aller analysierten Ecstasy-Tabletten als hoch dosiert eingestuft, im Jahr 2017 waren es bereits rund 80 Prozent. 31,3 Prozent wurden als gesundheitsgefährdend hoch dosiert eingestuft (SHW 2018). Auch bei Substanzeanalysen von *MDA basecamp* in Tirol wurde dieser Trend zur hohen Dosierung festgestellt (Z6/Drogenarbeit 2018). Hochdosiertes Ecstasy hat im Jahr 2017 auch zu einigen Todesfällen in Österreich geführt (vgl. Kapitel 6). Der Konsum von Ecstasy scheint aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein (vgl. Kapitel 7).

Für drogenbezogene Todesfälle spielen Stimulantien eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Tendenziell ist jedoch in den letzten Jahren ein leichter Anstieg von sonstigen Stimulantien (exklusive Kokain) zu beobachten. Es gibt relativ selten Überdosierungen ausschließlich durch Stimulantien (vgl. Kapitel 6).

Injizieren und andere Konsumformen

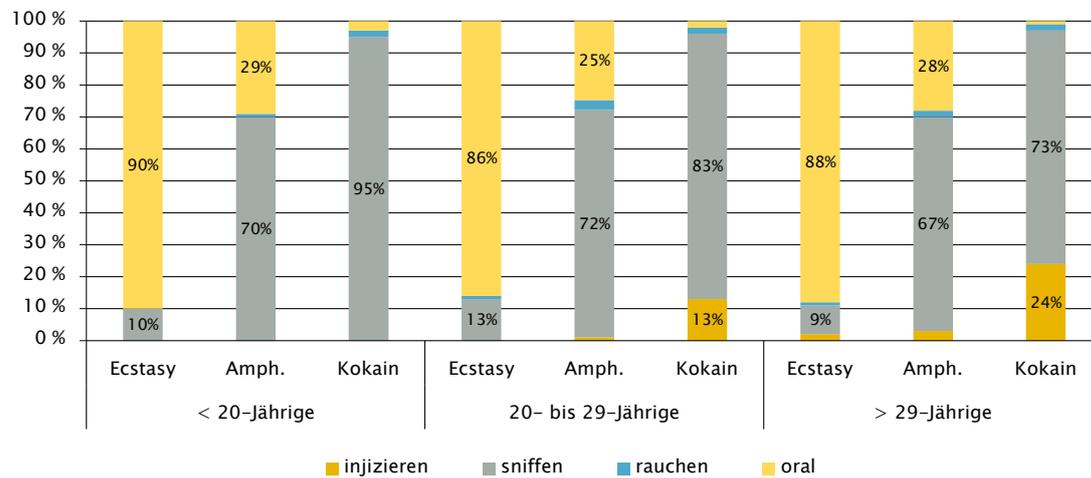
Informationen zur Einnahmeform von Stimulantien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). Ecstasy wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin gesniff und oral konsumiert, Kokain gesniff und zu einem geringen Anteil auch gespritzt. Es zeigt sich, dass der intravenöse Konsum von Kokain bei älteren Konsumentinnen/Konsumenten häufiger die vorwiegende Einnahmeform darstellt als bei jungen (vgl. Abbildung 3.6).

33

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.

Abbildung 3.6:

Stimulantienkonsum: Anteil der vorwiegenden Einnahmeform pro Altersgruppe und Droge bei Personen, die im Jahr 2017 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben



Amph. = Amphetamin

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aufgrund des geringen Anteils der Einnahmeform „Injizieren“ spielt der Konsum von Stimulantien hinsichtlich drogenassoziierter Infektionskrankheiten kaum eine Rolle.

3.4 Heroin und andere Opiode

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Die relative Bedeutung verschiedener Opiode

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthältige Medikamente – einschließlich Substitutionsmittel. Im Jahr 2017 erfolgten 2.533 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.478 Anzeigen wegen suchtgifthältiger Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opiode im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar.

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

Die Schätzungen zum Opioidkonsum in Österreich beziehen sich auf den risikoreichen Konsum. 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.

Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2016 bzw. 2017 machen eine Prävalenzrate von 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen eines polytoxikomanen Konsums (Mischkonsums) – für Gesamtösterreich plausibel. Somit wären etwa sechs Personen pro 1.000 Österreichern/Österreicherinnen in der Altersgruppe 15– bis 64-Jährige von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich und neun Prozent sind unter 25 Jahre alt (39 %: 25 bis 34 Jahre).

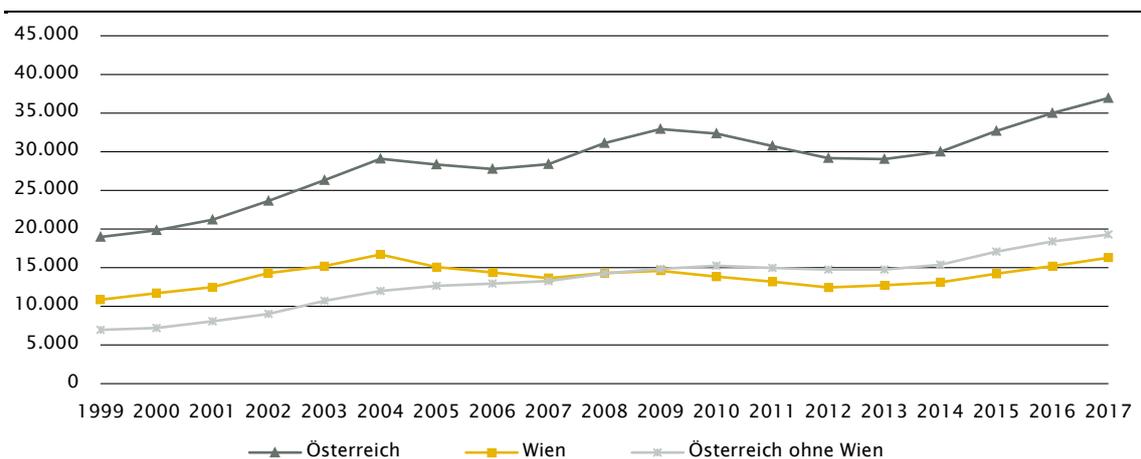
Der Verlauf der geschätzten Prävalenz³⁴ des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014

34

Die Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden wurde lange Zeit durch das „Ghost-Case“-Problem im Register der Substitutionsbehandlungen erschwert. Personen, deren Behandlungsende nicht gemeldet wurde, verblieben fälschlicherweise als „in Betreuung“ im Register. Dieser Fehler vergrößerte sich kumulativ über die Jahre bis 2007, in dem erste Korrekturmaßnahmen im Register der Substitutionsbehandlungen durchgeführt wurden. Mit eSuchtmittel konnte das „Ghost-Case“-Problem endgültig beseitigt werden. Für die Schätzungen mit Daten aus früheren Jahren musste jedoch eine für das Jahr 2004 anhand einer Zusatzstudie ermittelte „Ghost Case“-Korrektur durchgeführt werden. Um den „Ghost-Case“-Fehler in der Zeitreihe auszugleichen, wurden für die Jahre 1999 und 2000 unkorrigierte Schätzungen, für 2001 bis 2007 der Mittelwert aus korrigierter und unkorrigierter Schätzung und ab 2008 (nach erfolgter Korrektur des „Ghost-Case“-Fehlers mit Start des Routinebetriebs von eSuchtmittel) unkorrigierte Schätzungen auf Basis von eSuchtmittel herangezogen.

schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. In den letzten Jahren lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten (vgl. Abbildung 3.7).

Abbildung 3.7:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2016 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2017 der Schätzwert für 2017 (aktuellste Schätzung).

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

Betrachtet man die Entwicklung für Wien³⁵ und Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild. Während in Wien die Werte bis 2004 anstiegen und bis 2014 stagnierten, stiegen in Österreich ohne Wien die Prävalenzen weiter an und stagnierten erst zwischen 2010 und 2014. Seither steigen die Werte sowohl in Wien als auch in den anderen Bundesländern an. Bis 2009 wurden für Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum geschätzt als für die restlichen Bundesländer, ab dem Jahr 2009 wird für Österreich ohne Wien die Prävalenz höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des Drogenproblem-Ausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen handeln (vgl. Abbildung 3.7).

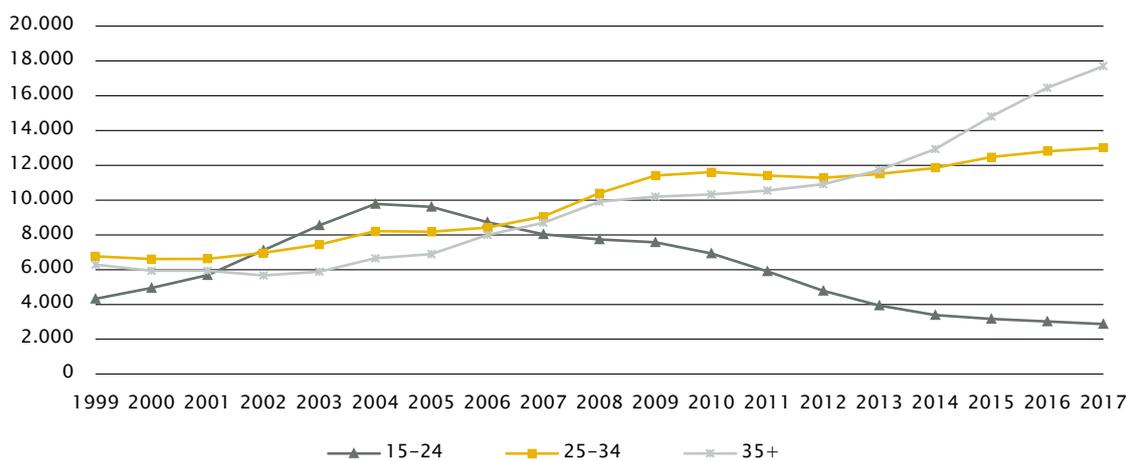
Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.8.) Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/innen). Ab 2014 pendelt sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein. Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst

35

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

die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und aktuell in der Altersgruppe über 34 Jahre) kontinuierlich weiter an.

Abbildung 3.8:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
in Absolutzahlen nach Altersgruppen - Zeitverlauf



Anmerkung: Für den Zeitraum von 1999 bis 2016 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils 3 Jahren (z. B. für 1999 der Mittelwert aus den Jahren 1998 bis 2000) herangezogen, für 2017 der Schätzwert für 2017 (aktuellste Schätzung).

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

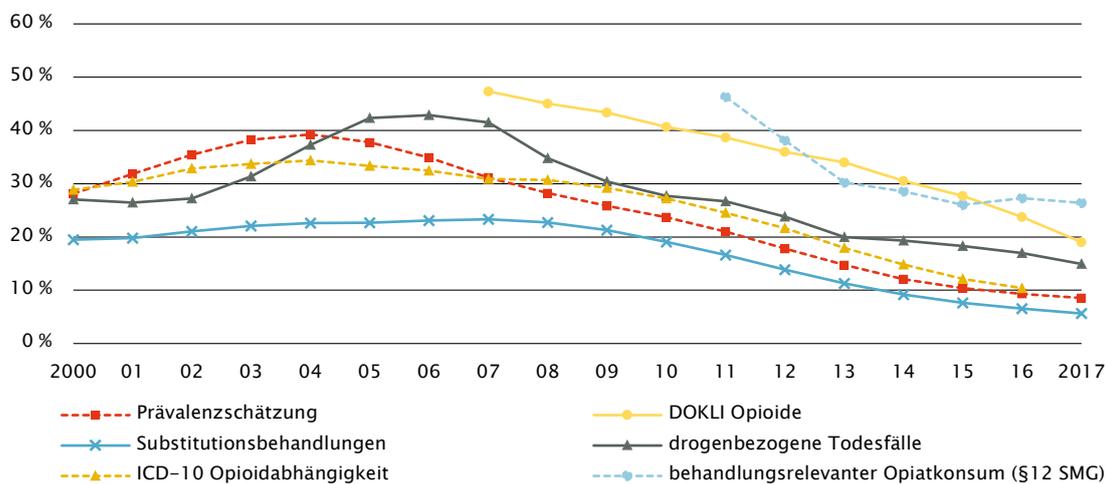
Der in den letzten Jahren zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Opioidproblematik zurückzuführen (dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15 bis 24 ansteigen). Er dürfte in erster Linie auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Opioidabhängigen aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein (vgl. auch Kapitel 5). Möglich ist auch, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt³⁶. Es bestehen Überlegungen, in Zukunft dieses Problem in der Formel zur Prävalenzschätzung zu berücksichtigen.

36

Seitens der EMCDDA gibt es Überlegungen, einen Teil der Personen, die sich sehr lange stabil in Substitutionsbehandlung befinden („stable OST clients“), aus der Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum herauszurechnen. Diese Gruppe stellt auch ein methodisches Problem beim Capture-Recapture-Ansatz dar, da die Wahrscheinlichkeit für diese Personen, von der Polizei wegen Opioiden angezeigt zu werden, sehr gering ist (Verletzung der Homogenitätsannahme) und führt zu einer Überschätzung der Prävalenz in der Altersgruppe 35+.

Abbildung 3.9:

Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000–2017 (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, da 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert); 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 im Jahr 2011).

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

Der kontinuierliche Rückgang der Anzahl junger Personen (unter 25 Jahre) mit Opioid-Problematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.9) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis.

3.4.2 Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung

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

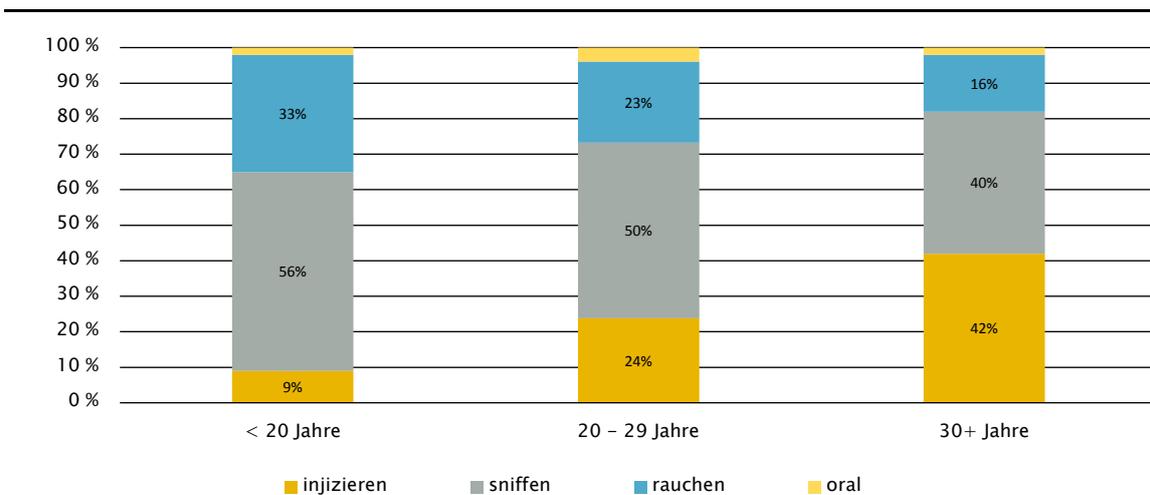
In Kapitel 5 wird die Behandlung von Opioid-Abhängigkeit dargestellt.

Injizieren und andere Konsumformen

Anhand der DOKLI-Daten lässt sich ein Zusammenhang zwischen dem Alter der Konsumierenden bzw. der Dauer des Opioidkonsums und der Einnahmeform von Heroin beobachten (vgl. Abbildung 3.10). Vertiefende Analysen aus dem Jahr 2010 zeigen, dass einige Personen im Laufe ihrer Drogenkarriere von nasaler Applikationsform (Sniffen) auf Injizieren umsteigen (Busch und Eggerth 2010).

Abbildung 3.10:

Anteile der Heroin-Einnahmeformen* pro Altersgruppe bei Personen, die im Jahr 2017 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (n = 1.139)



* Es wird nur jene Einnahmeform herangezogen, die als vorwiegende Form angegeben wird.

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Daten zu Infektionskrankheiten bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum (in der Regel sind dies Personen mit polytoxikomanen Konsummustern mit Beteiligung von Opioiden) finden sich in Kapitel 6.

3.5 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

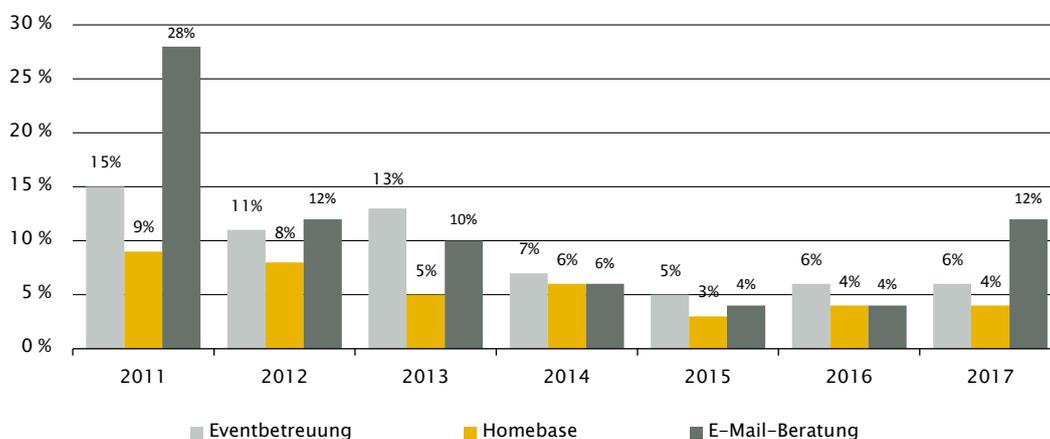
3.5.1 Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen

Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2017 gab es 89 diesbezügliche Anzeigen (2016: 78, 2015: 48, 2014: 113, 2013: 128, 2012: 93 Anzeigen, siehe Kapitel 7). Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung (Weigl et al. 2014). Laut den aktuellsten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) unter einem Prozent (Strizek et al. 2016a). Für 14- bis 17-jährige Schüler/innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei drei Prozent, die Jahresprävalenz beträgt zwei Prozent (Strizek et al. 2016b).

Die in Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Party-Setting.

Abbildung 3.11:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2017



Quelle: SHW 2018

Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten thematisierten Substanzen im Party-Setting. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 3.11). Bei E-Mail-Beratungen stieg die Häufigkeit jedoch zuletzt wieder an (2017: 12%). In Analysen der Drug-Checking-Ergebnisse über den Zeitverlauf kommt das *checkit!*-Team zum Schluss, dass der bewusste Konsum von NPS im Party-Setting eher selten ist. Es wird vermutet, dass bei

Events aufgrund der zunehmenden Verfügbarkeit von Partydrogen wie MDMA und Kokain in Reinform diese den NPS vorgezogen werden (SHW 2018). Der Rückgang des Konsums von NPS zeigt sich auch in den Beratungen von *MDA basecamp*. Im Jahr 2017 wurden solche Substanzen in den Beratungsgesprächen am *MDA-basecamp*-Infostand auf diversen Partyveranstaltungen kaum thematisiert (Z6/Drogenarbeit 2018; vgl. auch Kapitel 6 und Kapitel 7).

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle. Punktuell (zeitlich und räumlich) kam es allerdings manchmal zu Häufungen. (GÖG/ÖBIG 2012; Busch et al. 2015).

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 ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden an die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Begutachtung durch und prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und wirkt im Falle eines Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Begutachtungsergebnisse müssen an das BMASGK³⁷ gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2017 5.734 Begutachtungsergebnisse über 5.529 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). 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 wird und nicht nach Substanzen spezifiziert. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und pseudonymisiert dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswertungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und die rechtliche Einbindung der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

Beratungsgespräche von *checkit!*

checkit! ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien GmbH* mit dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen von psychoaktiven Substanzen im Rahmen von Events (Parties, Raves, Festivals etc.) an. Im Jahr 2017 verzeichnete *checkit!* 19 Eventbetreuungstage, rund 5.500 Informations- bzw. Beratungskontakte, etwa 2.100 über Workshops erreichte Personen und 1.300 analysierte Proben (SHW 2018).

37

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, vormals Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF)

Beratungsgespräche von *MDA basecamp*

Das *MDA basecamp* ist mit einem Informations- und Beratungsstand ca. zwei bis drei Mal 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. Im Jahr 2017 wurden auf diese Weise 25 Veranstaltungen betreut; insgesamt wurden in diesem Jahr 4.944 Kontakte mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 669 Informationsgespräche und 139 Beratungsgespräche geführt (Z6/Drogenarbeit 2018).

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

Die Daten zu den Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz werden vom BMI gesammelt und jährlich veröffentlicht. Es handelt sich um polizeiliche Anzeigen, die auch die Aktivitäten und Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegeln. Im Jahr 2017 wurden insgesamt 42.610 Anzeigen eingebracht, wobei rund 82 Prozent Cannabis betrafen (siehe Kapitel 7).

Diagnosen der Leistungsdokumentation der Österreichischen Krankenanstalten (ICD-10 Spi- talsentlassungsdiagnosen)

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkung ist anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Die DLD enthält die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthaltes. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2016 ist das aktuellste Datenjahr, das zu Redaktionsschluss zur Verfügung stand.

Drogenbezogene Todesfälle

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

Klientendaten aus dem Dokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI)
siehe Kapitel 5

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

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS. Diese stammen im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) bzw. dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES³⁸). Letzteres führt fallweise Analysen jener Substanzen durch, die von BMI oder Zoll sichergestellt wurden. Weitere Informationen werden von den *Drug-Checking*-Projekten geliefert, d. h. von *checkit!* und seit 2014 auch von *MDA basecamp* (vgl. Weigl et al. 2014).

3.6.2 Studien

Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch (2004, 2008 und 2015)

Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008 und 2015 durchgeführt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a). Die Vergleichbarkeit der Erhebungswellen ist durch die idente Zielgruppe (österreichische Wohnbevölkerung ab 15 Jahren), ein vergleichbares Sampling-Prozedere (Zufallsauswahl von Haushalten durch „random walk“ und eine ebenso zufällige Auswahl der Haushaltsmitglieder durch „Last-Birthday-Methode“), das idente Auswertungsprozedere (Gewichtung nach Alter und Geschlecht entsprechend der Bevölkerungsstatistik, Ausschlusskriterien für ungültige Angaben) sowie durch eine hohe Anzahl an gleichbleibenden Fragemodulen weitgehend gegeben.

Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde im Jahr 2015 erstmals die Hälfte der Interviews mittels eines Online-Samples durchgeführt (die andere Hälfte wurde – wie in den Jahren zuvor – mittels Face-to-Face-Interviews erhoben). 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. Vergleiche zwischen der Online-Stichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen.

Der Stichprobenumfang umfasste in der Erhebung im Jahr 2004 4.546 Datensätze bei einer Response-Rate von 21 Prozent (Bruttostichprobe ca. 22.000 Personen). Im Jahr 2008 konnten 4.196 gültige Datensätze bei einer Response-Rate von 34,4 Prozent realisiert werden (Bruttostichprobe von ca. 12.000 Personen). In der Erhebung 2015 wurden insgesamt 4.014 gültige

38

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

Datensätze erhoben und die Response-Rate für das Sample der persönlichen Interviews betrug 32 Prozent, für das Sample der Online-Befragung 51 Prozent.

Drogenmonitoring Oberösterreich 2015

Das Institut *Suchtprävention der pro mente Oberösterreich* führt im Rahmen des sogenannten *Drogenmonitorings* im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen eine bundeslandweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogenkonsum und Substanzgebrauch durch. Von Dezember 2014 bis Jänner 2015 wurden 1.184 Personen ab 15 Jahren in Oberösterreich mittels Face-to-Face-Interviews befragt. Die Auswahl der Interviewpartner/innen erfolgte nach Quotenvorgaben für die einzelnen Interviewer/innen und wurde vom Linzer Marktforschungsinstitut *market* durchgeführt. Es handelt sich um eine nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und regionale Verteilung repräsentative Quotenstichprobe. Zusätzlich zur Bevölkerungsbefragung wurden in einem begleitenden Panel mit Expertinnen und Experten zum Thema Methamphetamin quantitative und qualitative Daten in Verbindung gebracht. Neben Fokusgruppen mit Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Exekutive, Behandlung, Streetwork, Suchtberatung, aus niederschweligen Einrichtungen und anderen relevanten Einrichtungen wurden 163 Expertinnen und Experten aus der Jugendarbeit, dem Suchthilfebereich, der Exekutive, der Bewährungshilfe und dem Behandlungsbereich mittels Online-Erhebungsbogen befragt. Auch eine entsprechende Analyse von Routinedatenquellen (Anzeigen nach dem SMG, Diagnosedaten aus den öffentlichen Krankenanstalten, Anamnesedaten der Suchtberatungsstellen und Dokumentation der Substitutionsbehandlung) wurde durchgeführt (Seyer et al. 2016).

ESPAD (2003, 2007, 2015)

Datenerhebungen im Rahmen des „European School Survey Project on Alcohol and other Drugs“ (ESPAD) fanden in Österreich in den Jahren 2003, 2007 und 2015 statt (Uhl et al. 2005b, Strizek et al. 2008, Strizek et al. 2016b). Dazu wurde jeweils aus allen Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl getroffen, wobei berücksichtigt wurde, dass die Auswahlwahrscheinlichkeit für Schüler/innen aus kleineren Schulen und für Schüler/innen aus größeren Schulen möglichst ident ist. Zielgruppe für den internationalen Datensatz sind dabei Schüler/innen, die jeweils im Erhebungsjahr 15 Jahre alt werden. Für den österreichischen Datensatz wurden jeweils alle im Sample befindlichen Schüler/innen im Alter zwischen 14 und 17 Jahren für Auswertungen berücksichtigt. Der Fragebogen ist mit wenigen Ausnahmen in allen Erhebungswellen ident geblieben und erlaubt somit sowohl Zeitreihenanalysen als auch international vergleichende Analysen.

Für das nationale Datenfile konnten in der Erhebung im Jahr 2003 5.281 gültige Datensätze realisiert werden, in der Erhebung im Jahr 2007 5.959 und in der Erhebung 2015 8.045 Datensätze. Im Jahr 2015 wurde die Erhebung erstmals online durchgeführt. Hingegen ist die Teilnahmequote auf Schulebene im Laufe der Jahre deutlich gesunken (von 74 Prozent im Jahr 2003 auf 21 Prozent im Jahr 2015, jeweils bezogen auf alle kontaktierten Schulen). Als Grund für die häufiger werdende Teilnahmeverweigerung wird von Schulseite vor allem eine gewisse „Erhebungsmüdigkeit“ durch eine zunehmende Zahl an wissenschaftlichen Studien im Schulsetting angeführt.

Eine parallel zur Erhebung im Jahr 2007 durchgeführte Validierungsstudie gab Aufschlüsse über die Validität der Daten. Dabei wurden 100 Schüler/innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt hatten, im Anschluss an das Ausfüllen des Fragebogens mündlich zur Verständlichkeit der Fragen und zur Ernsthaftigkeit des Ausfüllens befragt. Die Schüler/innen wurden zufällig aus unterschiedlichen Schulen (unterschiedlicher Schultypen) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt (Schmutterer et al. 2008).

HBSC (2010, 2014)

Bei der HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children Study) handelt es sich um die größte europäische Kinder- und Jugendgesundheitsstudie. In der HBSC-Studie werden die selbstberichtete Gesundheit sowie das Gesundheits- und Risikoverhalten von Schülerinnen und Schülern im Alter von 11, 13 und 15 Jahren und seit 2010 auch der 17-Jährigen systematisch und wiederholt erhoben. Die Wiederholung der Erhebung ermöglicht es, Trends im Zeitverlauf zu erfassen. Die HBSC-Studie wurde 1982 entwickelt und im Schuljahr 1983/84 erstmals umgesetzt. Österreich ist seit Beginn Teil dieses Forschungsprojekts. Seit 1986 findet die Erhebung im Vier-Jahres-Rhythmus statt. Die Gesamtstichprobe umfasste im Jahr 2010 6.493 Mädchen und Burschen und ist nach Alter, Geschlecht, Bundesland und Schultyp repräsentativ für die Gesamtpopulation der gleichaltrigen Schülerinnen und Schüler. Die Rücklaufquote betrug 72 Prozent (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012). Im Jahr 2014 wurde die Erhebung analog zu jener des Jahres 2010 durchgeführt. Die Gesamtstichprobe 2014 in Österreich umfasste 5.983 Mädchen und Burschen. Die Rücklaufquote betrug 65 Prozent (Ramelow et al. 2015).

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt. Beim Capture-Recapture-Verfahren handelt es sich um eine statistische Methode zur Dunkelzifferschätzung, die auf der Zusammenschau von zwei (2-Sample-CRC-Schätzung) oder mehreren Datenquellen (z. B. 3-Sample-CRC-Schätzung) beruht (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden pseudonymisierte Daten der Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten, das Substitutionsregister und drogenbezogene Todesfälle herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten durch die Drogeneinrichtungen. Eine ausführliche Diskussion der Prävalenzschätzungen in Zusammenschau mit anderen Datenquellen und eine Validierung der 2-Sample-CRC-Schätzungen durch 3-Sample-CRC-Schätzungen unter Einbezug der Daten zu drogenbezogenen Todesfällen findet sich im „Epidemiologiebericht Sucht 2018“ (Anzenberger et al. 2018). 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 und Seidler 2001, ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2006 und GÖG/ÖBIG 2010 detailliert dargestellt.

Wiener Suchtmittel-Monitoring

Das Wiener Suchtmittel-Monitoring wird alle zwei Jahre im Frühjahr an einer repräsentativen Stichprobe von ca. 600 Personen (*Stratified Multistage Clustered Random Sampling* aus rezentem Adressmaterial des Instituts) in Form mündlicher Interviews an der Wohnadresse der Zielpersonen durchgeführt. Die Erhebung zu den Konsumerfahrungen findet im Auftrag der *Wiener Sucht- und Drogenkoordination gemeinnützige GmbH* seit 1993 mit vergleichbarer Methodik statt (IFES 2001 bis 2017). Die aktuellsten Daten wurden im Jahr 2017 erhoben.

3.7 Bibliographie und Anhang

3.7.1 Bibliographie

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

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

Busch, M., und Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. *Sucht* 56 (6), 415–422.

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

Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (2015). Epidemiologiebericht Drogen 2015. Wien.

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

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

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

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

- Europäische Kommission (2011b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel.
- Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (13. 7. 2014).
- Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs –data. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (13. 7. 2014).
- Falbesoner, B., und Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009). Bericht zur Drogensituation 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., und 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.
- Klimont, J., Kytir, J., und Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien.
- 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., und 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.
- Schmutterer, I.; Uhl, A.; Strizek, J.; Bachmayer, S.; Puhm, A.; Kobrna, U.; Grimm, G.; Springer, A.; (2008): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen, Band 2: Validierungsstudie. Wien, Bundesministerium für Gesundheit
- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz.

- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz.
- Seyer, S., Paulik, R., Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“ /Pro Mente OÖ. Linz.
- SHW (2018). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Strizek, J., Uhl, A., Schmutterer, I., Grimm, G., Bohrn, K., Fenk, R., Kobrna, U., und Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- 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.
- Uhl, A., und Seidler, D. (2001). Prevalence Estimate of Problematic Opiate Consumption in Austria. Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung. Wien.
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnambs, T., und Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A., und Lantschik, E. (2005b). ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien.
- Uhl, A., Strizek, J., Springer, A., Kobrna, U., und Pfarrhofer, D. (2009). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- WHO (1994). Lexicon of alcohol and drug term. Geneva
- Z6/Drogenarbeit (2018). Tätigkeitsbericht 2017. Innsbruck.

3.7.2 Anhang

Tabelle A3.1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich, 2005 bis 2017

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	14+	20,1
			Ecstasy	14+	3,0
			Amphetamin	14+	2,4
			Kokain	14+	2,3
			Opiate	14+	0,7
			biogene Drogen	14+	2,7
			LSD	14+	1,7
			Schnüffelstoffe	14+	2,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15 bis 64 Jahre (n = 11.822)	Cannabis	15-24	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch Österreich (Uhl et al. 2009b)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamin	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
			Schnüffelstoffe	14+	2
Wiener Suchtmittel-Mo- nitoring (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin, Speed	15+	3
			Speed	15+	4
			Kokain	15+	3
			Opiate	15+	4
			biogene Drogen andere illegale Drogen	15+	3
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid Ecstasy	15+	1
			Mephedron	15+	<1
			Räuchermischung andere illeg. Dro- gen	15+	3
				15+	2

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

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2017

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 2005/6 (Lebenszeit)	15-jährige Schüle- rinnen und Schüler (n = 1.239)
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. Schul- stufe (n = 1.213)
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 Suchtver- halten von Jugendlichen in Niederösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwi- schen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis	14-17	7
			Ecstasy	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			Speed	14-17	1
			Schnüffelstoffe	14-17	1
			biogene Drogen	14-17	1
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17- jährige Schüler/innen (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15	14
				17	27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommis- sion 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1
Flash Eurobarometer Young People and Drugs (Europäische Kommis- sion 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis NPS	15-24 15-24	38 7
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2015)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	15- und 17- jährige Schülerinnen & Schüler (n = 1.712 bzw. 1.184)		15	10
				17	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

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
2007	26	710	26	48	4	16	4	7	115	1.554
2008	37	828	28	46	8	16	7	5	125	1.538
2009	32	773	24	33	4	15	4	11	122	1.567
2010	25	704	41	45	7	11	23	15	119	1.523
2011	32	853	40	52	5	10	17	14	396	1.507
2012	21	938	32	56	7	16	18	16	529	1.374
2013	15	877	33	75	6	17	15	34	388	1.305
2014	17	1.195	67	96	4	8	16	18	388	925
2015	12	881	51	83	3	14	19	21	118	640
2016	14	907	58	76	5	13	15	21	114	705

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 besteht 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-Aufenthalte und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; bis 2014 beruhen die Patientenzahlen auf einer Schätzung (PLZ, Geburtsjahr, Geschlecht), ab 2015 (aktuellste Daten) ist eine Schätzung der Patientenzahl aufgrund von Umstellungen nicht mehr möglich bzw. notwendig, da es pro Patient/in eine anonymisierte Patienten-ID gibt; aufgrund von fehlender Patienten-ID kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung im Jahr 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet. Ab 2015 kommt es durch die Umstellungen zu einem Zeitreihenbruch.

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

Tabelle A3.4:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2007	0,5	12,7	0,5	0,9	0,1	0,3	0,1	0,1	2,1	27,8
2008	0,7	14,8	0,5	0,8	0,1	0,3	0,1	0,1	2,2	27,4
2009	0,6	13,7	0,4	0,6	0,1	0,3	0,1	0,2	2,2	27,9
2010	0,4	12,5	0,7	0,8	0,1	0,2	0,4	0,3	2,1	27,0
2011	0,6	15,1	0,7	0,9	0,1	0,2	0,3	0,2	7,0	26,6
2012	0,4	16,5	0,6	1,0	0,1	0,3	0,3	0,3	9,3	24,2
2013	0,3	15,4	0,6	1,3	0,1	0,3	0,3	0,6	6,8	22,9
2014	0,3	20,8	1,2	1,7	0,1	0,1	0,3	0,3	6,8	16,1
2015	0,2	15,3	0,9	1,4	0,1	0,2	0,3	0,4	2,0	11,1
2016	0,2	15,4	1,0	1,3	0,1	0,2	0,3	0,4	1,9	12,0

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 besteht 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.

Auswertungsfiler: exklusive 0-Tage-Aufenthalte und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; bis 2014 beruhen die Patientenzahlen auf einer Schätzung (PLZ, Geburtsjahr, Geschlecht), ab 2015 (aktuellste Daten) ist eine Schätzung der Patientenzahl aufgrund von Umstellungen nicht mehr möglich bzw. notwendig, da es pro Patient/in eine anonymisierte Patienten-ID gibt; aufgrund von fehlender Patienten-ID kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung im Jahr 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet. Ab 2015 kommt es durch die Umstellungen zu einem Zeitreihenbruch.

Quellen: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.5:

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
2007	131	1.259	677	316	131	111	51	23	592	2.688
2008	159	1.450	648	258	160	83	57	15	592	2.730
2009	189	1.522	806	260	149	65	45	28	597	2.734
2010	186	1.626	842	370	151	69	89	31	572	2.779
2011	181	1.612	929	403	154	97	93	44	899	2.866
2012	140	1.624	994	432	165	99	115	41	1.018	2.690
2013	165	1.686	1.188	607	211	121	173	106	822	2.512
2014	154	1.946	1.447	714	299	125	203	89	868	2.129
2015	119	1.514	1.251	645	226	122	222	74	534	1.570
2016	140	1.717	1.481	715	307	145	238	105	628	1.706

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 besteht 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.

Auswertungsfiler: exklusive 0-Tage-Aufenthalte und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; bis 2014 beruhen die Patientenzahlen auf einer Schätzung (PLZ, Geburtsjahr, Geschlecht), ab 2015 (aktuellste Daten) ist eine Schätzung der Patientenzahl aufgrund von Umstellungen nicht mehr möglich bzw. notwendig, da es pro Patient/in eine anonymisierte Patienten-ID gibt; aufgrund von fehlender Patienten-ID kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung im Jahr 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet. Ab 2015 kommt es durch die Umstellungen zu einem Zeitreihenbruch.

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

Tabelle A3.6:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (pro 100.000 Einwohner/innen im Alter von 15 bis 64 Jahren)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
2007	2,3	22,5	12,1	5,7	2,3	2,0	0,9	0,4	10,6	48,1
2008	2,8	25,9	11,6	4,6	2,9	1,5	1,0	0,3	10,6	48,7
2009	3,4	27,1	14,3	4,6	2,6	1,2	0,8	0,5	10,6	48,6
2010	3,3	28,9	14,9	6,6	2,7	1,2	1,6	0,6	10,2	49,3
2011	3,2	28,5	16,4	7,1	2,7	1,7	1,6	0,8	15,9	50,6
2012	2,5	28,6	17,5	7,6	2,9	1,7	2,0	0,7	17,9	47,3
2013	2,9	29,6	20,8	10,6	3,7	2,1	3,0	1,9	14,4	44,0
2014	2,7	33,9	25,2	12,5	5,2	2,2	3,5	1,6	15,1	37,1
2015	2,1	26,2	21,7	11,2	3,9	2,1	3,8	1,3	9,2	27,2
2016	2,4	29,2	25,2	12,2	5,2	2,5	4,0	1,8	10,7	29,0

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 besteht 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.

Auswertungsfiler: exklusive 0-Tage-Aufenthalte und Personen mit ausländischem Wohnsitzstaat; bis 2014 beruhen die Patientenzahlen auf einer Schätzung (PLZ, Geburtsjahr, Geschlecht), ab 2015 (aktuellste Daten) ist eine Schätzung der Patientenzahl aufgrund von Umstellungen nicht mehr möglich bzw. notwendig, da es pro Patient/in eine anonymisierte Patienten-ID gibt; aufgrund von fehlender Patienten-ID kann es zu einer Unterschätzung kommen; aufgrund der Umstellung im Jahr 2015 wurde die Zeitreihe rückwirkend neu berechnet. Ab 2015 kommt es durch die Umstellungen zu einem Zeitreihenbruch.

Quellen: BMASGK – Diagnosen- und Leistungsdokumentation, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes
Berechnung und Darstellung: GÖG

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	93
4.1	Zusammenfassung.....	93
4.2	Aktuelle Situation.....	94
4.2.1	Strategien und Organisation.....	94
4.2.2	Präventionsmaßnahmen.....	100
4.2.2.1	Strukturelle Prävention.....	100
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention.....	102
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention.....	107
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention.....	109
4.2.3	Qualitätssicherung.....	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	118
4.6	Bibliographie.....	119
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	121
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	122
4.9	Anhang.....	123

4 Suchtprävention³⁹

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 ganzheitlichen und 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 von legalen und illegalen 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 als Teil von umfassenderen Maßnahmen der Gesundheitsförderung 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 Akteure, die ebenfalls in die Umsetzung von Suchtprävention involviert sind, sind z. B. Suchthilfeeinrichtungen und Präventionsbeamte 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. Weiters bilden allgemein suchtpreventive Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für darauf aufbauende substanzspezifische Interventionen. Es gibt sowohl zu legalen als auch zu illegalen Substanzen spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen. Beispiele für etablierte österreichweite Programme sind *Eigenständig werden* (jetzt *Gemeinsam stark werden*) und *plus*, aber auch *Move*, *Step by Step* (die auch unter anderen Namen umgesetzt werden) und *feel-ok.at*.

39

Suchtprävention bezieht sich in diesem Kapitel ausschließlich auf Suchtvorbeugung und inkludiert nicht z. B. tertiärpräventive Maßnahmen. Wie bereits in der Berichtseinleitung erwähnt, liegt der Fokus auf dem Bereich illegale Drogen. Daher werden auch in diesem Kapitel vorrangig suchtübergreifende Maßnahmen bzw. spezifische Maßnahmen zum Thema illegale Drogen berichtet – und auch diese nur beispielhaft.

Qualitätssicherung erfolgt vor allem über die österreichweite Koordination (durch die *Österr. ARGE Suchtvorbeugung*) und regionale Kooperationen, spezifische Standards (z. B. für Suchtprävention in der Schule) sowie über diverse Aus- und Fortbildungsmaßnahmen.

Trends

Abgesehen von den vielfältigen, hinsichtlich möglicher Suchtformen unspezifischen Maßnahmen liegt in Österreich schon lange ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten auf dem Bereich der legalen Substanzen. Dieser Trend hat sich in den letzten zehn Jahren noch verstärkt, sodass spezifische Maßnahmen zur Vorbeugung der Entwicklung einer Abhängigkeit von illegalen Substanzen inzwischen eher eine untergeordnete Rolle spielen. Ausgebaut werden v. a. Maßnahmen zur selektiven Prävention, inklusive jener im Partysetting, aber auch in anderen spezifischen Settings wie z. B. der Jugendarbeit. Personen mit Migrationshintergrund werden verstärkt als Zielgruppe angesprochen.

Neue Entwicklungen

Erhalt und Ausbau von Multiplikatorenschulungen stehen weiterhin im Vordergrund der Bemühungen, d. h. Unterstützung jener Personen, die mit Kindern und Jugendlichen in Kontakt sind und Einfluss auf deren Überzeugungen und Verhaltensweisen ausüben können. Dazu gehört die Weiterentwicklung bestehender Programme wie z. B. von *eigenständig werden* zu *Gemeinsam stark werden*, aber auch die Entwicklung neuer Angebote wie z. B. *PRÄKOM – Präventionskompetenz in Jugendarbeit und Jugendhilfe*. Direkt an Jugendliche richtet sich z. B. das neue niederösterreichische Angebot *Checkpoint*.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) sowie in der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie*⁴⁰ 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

40

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/5/5/4/CH1347/CMS1453460318602/suchtpraeventionsstrategie.pdf>
(5. 9. 2018)

mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprävention mitberücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. In manchen Strategien wird auch das Erlernen eines kritischen Umgangs mit z. B. psychoaktiven Substanzen als Ziel formuliert. Die *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* etwa betont die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprävention. Der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020 versteht unter einem kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. Verhaltensweisen die Verhinderung des Konsums, das möglichst lange Hinauszögern des Konsumbeginns, die Bestärkung in punktueller Abstinenz sowie die Entwicklung von Risikokompetenz (Land Salzburg 2016). Die österreichische Suchtpräventionsstrategie weist darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden sollten (BMG 2015).

In den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden Prioritäten gesetzt. Dazu gehören u. a. die Nutzung des Internet für Suchtprävention sowie Maßnahmen in bzw. für die außerschulische Jugendarbeit (wie z. B. Etablieren von nachgehender Jugendarbeit). Pläne für zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen beziehen sich größtenteils auf gefährdete oder obdachlose Jugendliche oder jene mit Migrationshintergrund, aber auch auf Gruppen von Personen, die Stimulantien oder *Neue Psychoaktive Substanzen (NPS)* konsumieren, und auf Schwangere. Häufig werden als prioritäre Maßnahmen spezifische Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Fachleute oder Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus verschiedensten Bereichen (z. B. Vereinen, Betrieben) sowie die Weiterentwicklung bestehender und die Entwicklung neuer Angebote anhand von Risikoprofilen genannt. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt. Für Niederösterreich wird beispielsweise eine flächendeckende Umsetzung der bestehenden Lebenskompetenzprogramme im Pflichtschulbereich erwähnt (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016). Die Sensibilisierung der Bevölkerung und öffentlicher Entscheidungsträger/innen für suchtfördernde Mechanismen und Strukturen sieht z. B. der neue Salzburger Rahmenplan als weitere Aufgabe der Suchtprävention (Land Salzburg 2016).

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. des Bildungsressorts oder die den Health-in-All-Policies-Ansatz verfolgenden Gesundheitsziele Österreich; vgl. auch Kapitel 1). Hier ist vor allem der *Grundsatzertlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008)⁴¹. Auch die Grundsätze schulischer Suchtprävention⁴² sind von Relevanz.

41

<http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/?L=0> (24. 7. 2018)

42

<http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/> (24. 7. 2018)

Auf Ebene der Bundesländer gibt es ebenfalls strategische Dokumente, die sich auf Suchtprävention beziehen, z. B. die Tabakpräventionsstrategien in Kärnten⁴³ und der Steiermark⁴⁴, die beide weiterhin umgesetzt werden (Drobesch–Binter, p. M.), sowie der steirische *Aktionsplan Alkohol*⁴⁵ (APA). Im Zuge der Umsetzung dieser Strategien kommen neben spezifischen auch substanzübergreifende Maßnahmen zum Einsatz (z. B. feel-ok.at⁴⁶). Die Maßnahmen des APA sollen die gesamte steirische Bevölkerung sowie primär moderate und problematische Konsumgruppen ansprechen (Land Steiermark 2013).

Schließlich sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu nennen, die zwar keinen offiziellen Charakter haben, aber einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen leisten⁴⁷. Das *Positionspapier Tabak* (ARGE Suchtvorbeugung 2014) fordert eine langfristige österreichweite Tabakstrategie, eingebettet in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention. Als Vision wird in diesem Positionspapier *Nichtrauchen als Normalität* definiert⁴⁸, als Ziele werden Raucheinstieg verhindern, Rauchausstieg unterstützen und Nichtraucherschutz genannt. Das Positionspapier listet eine Vielfalt von Maßnahmen auf, die aus Sicht der *Österr. ARGE Suchtvorbeugung* sinnvoll sind und zur Senkung des Tabakkonsums beitragen können. Das *Positionspapier Alkohol* umfasst 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich (ARGE Suchtvorbeugung 2016). Darunter finden sich alkoholspezifische Empfehlungen wie z. B. jene, einen österreichweiten Aktionsplan zu erstellen oder die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu ändern, aber auch solche, die suchtübergreifend relevant sind. Dazu gehören insbesondere folgende Empfehlungen:

- » Gestaltung einer suchtpreventiven Gesamtpolitik fördern
- » Lebenskompetenzprogramme für das Kindes- und Jugendalter ausbauen
- » Förderlich gestaltete Rahmenbedingungen in verschiedenen Settings schaffen
- » Angebote für Kinder aus suchtbelasteten Familien und Fortbildungen für das professionelle Bezugssystem forcieren

43
<http://kaernten-rauchfrei.at/> (24. 7. 2018)

44
http://www.vivid.at/uploads/Jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf (24. 7. 2018)

45
<http://www.mehr-vom-leben.jetzt/der-steirische-aktionsplan-alkoholpraevention/> (24.7.2018)

46
http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (24. 7. 2018)

47
<https://www.suchtvorbeugung.net/> (24. 7. 2018)

48
Bereits mit der Tabakgesetznovelle 2004 (BGBl I 2004/167) wurde dieser Paradigmenwechsel gesetzlich verankert, seither gilt Nichtrauchen als Norm und Rauchen als Ausnahme.

Im Sinne einer suchtpreventiven Gesamtpolitik wird gefordert, politische Entscheidungen aus allen Lebensbereichen auf ihren Beitrag zu einem gesundheitsförderlichen und suchtpreventiven Lebensumfeld zu überprüfen. Die Gestaltung der Rahmenbedingungen bezieht sich auf die konsequente Umsetzung von Verhältnisprävention; das bedeutet, die verschiedenen Settings so zu gestalten, dass sie die Menschen in ihrem Wohlbefinden stärken und die Entwicklung von Suchtverhalten verhindern helfen.

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprevention (vgl. Kapitel 1) eine zentrale Rolle spielen. Diese Fachstellen zeichnen sich durch sehr unterschiedliche Träger und Finanzrahmen aus, was sich in Struktur und Mitarbeiteranzahl und damit auch im Umfang der umgesetzten Projekte äußert. Während beispielsweise die burgenländische Fachstelle dem *PSD Burgenland* zugeordnet ist und die Fachstelle für Suchtprevention NÖ Vereinsstatus hat, gehört die Landesstelle Suchtprevention Kärnten zur Abteilung 5 (Gesundheit und Pflege), Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination des Amts der Kärntner Landesregierung.

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. Dies sind großteils Lehrende, aber auch Nachmittagsbetreuer/-innen, Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen, Freizeitpädagoginnen und -pädagogen, Entscheidungsträger/-innen in Gemeinden und Betrieben etc. Die Angebote der Fachstellen decken nicht nur unspezifische und spezifische Maßnahmen ab, sondern auch verschiedene Settings und Ansätze, meist zur universellen⁴⁹ und selektiven⁵⁰ Prävention. Maßnahmen zur indizierten Prävention⁵¹ werden zwar durchaus auch von den Fachstellen konzipiert, die Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend durch Mitarbeiter/-innen anderer Einrichtungen (z. B. Drogenberatungsstellen) oder von Beschäftigungsangeboten. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

49

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

50

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

51

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines problematischen Verhaltens aufweisen, die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit zwar noch nicht erfüllen, aber aufgrund ihrer individuellen Situation ein besonders hohes Risiko tragen. Als Indikatoren für ein erhöhtes Risiko für eine Suchtentwicklung führt die EMCDDA z. B. soziale Verhaltensauffälligkeiten und frühes aggressives Verhalten, aber auch Rückzug von Familie und Freundeskreis an.

Zusätzlich sind je nach Bundesland weitere Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert. Dies sind u. a. Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung ist. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamte der Polizei sowie Schulärztinnen und -ärzte und die Schulpsychologie in der Suchtprävention aktiv. Sie kooperieren teilweise eng mit den Fachstellen bzw. verwenden einheitliches Material. Ein Erlass des BMI stellt den Einsatz von geschulten Präventionsbeamten sicher, sie werden u. a. durch die Fachstellen geschult. Zusätzlich werden in manchen Bundesländern Koordinatoren/Koordinatorinnen für schulische Suchtprävention eingesetzt, die ebenfalls von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen. Langjährige Erfahrungen mit solchen Kooperationen gibt es beispielsweise in Tirol (*Schulische Suchtinformation*)⁵² und Oberösterreich (*Koordinator/innen für schulische Suchtprävention*)⁵³ (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/innen spielen eine Rolle, z. B. ist *Styria Vitalis* Träger des internetbasierten Präventionsprogrammes *feel-ok.at* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, ehemalige Userinnen und User) aktiv, die Schulen direkt ansprechen und einmalige Workshops anbieten.

Zur Entwicklung und Koordination von österreichweiten Präventionsprogrammen sowie von Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung haben sich die Fachstellen zur *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zusammengeschlossen. Diese organisiert eine jährliche Fachtagung für ihre Mitarbeiter/innen (vgl. Abschnitt 4.2.3, hat aber auch die Aufgabe, die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. Bundesdrogenforum, Alkoholforum) zu vertreten. Dazu gehört auch, zu aktuellen politischen Vorhaben aus fachlicher Sicht Stellung zu nehmen (siehe erwähnte Positionspapiere).

In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Zusätzlich gibt es beispielsweise in der Steiermark die *Arbeitsgruppe SAG*, die aus Suchtkoordination (Land Steiermark und Graz), der Fachstelle für Suchtprävention, verschiedenen Fachabteilungen, Vertretern/Vertreterinnen der Exekutive (Sicherheitsdirektion, Bundespolizeidirektion, Landeskriminalamt), der Kinder- und Jugendanwaltschaft, dem Landesschulrat, dem Landesjugendreferat, dem Landesverband der Elternvereine, der Drogenberatung des Landes und Vertretern/Vertreterinnen des Drogenfachgremiums besteht. Zusätzlich gibt es regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteuren und Institutionen, wie z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*⁵⁴ oder regionale Arbeitskreise.

52

http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfo/ (24. 7. 2018)

53

<https://www.praevention.at/schule/bildungsangebote-fuer-lehrkraefte/lehrgang-koordinatorin-fuer-suchtpraevention.html> (5. 9. 2018)

54

<http://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/salzbuerger-praeventionsfruehstueck/> (24. 7. 2018)

Auf Bundesebene spielt für das Setting Schule auch noch das Bildungsministerium eine Rolle, allerdings eher hinsichtlich Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung in der Schule (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2012, Haas et al. 2012).

Maßnahmen zur Suchtprävention können aus verschiedenen Budgets finanziert werden, wobei dafür vorrangig Budgets der Bundesländer aus dem Bereich Gesundheit (z. B. die Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen werden. Laut Salzburger Rahmenplan stellt das Salzburger Behindertengesetz (konkret § 10) die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar (Land Salzburg 2016). Auf Bundesebene besteht eine Finanzierungsmöglichkeit über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), diese betrifft jedoch vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer und erfordert eine Kofinanzierung. Das Bildungsressort finanziert im Wesentlichen die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Darüber hinaus werden Informationsmaterialien zum Thema „Suchtprävention in der Schule“ erarbeitet und aktualisiert (BMUKK 2012 und BMUKK 2007)⁵⁵ oder Projekte zu unterschiedlichen Gesundheits- und Umweltthemen über den Bildungsförderungsfonds für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung gefördert. Weitere Maßnahmen, wie z. B. die Schulsozialarbeit oder das Jugendcoaching (vgl. Abschnitt 4.2.2.1), die nicht spezifisch auf Suchtprävention ausgerichtet sind und eher der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, werden vom Sozialressort (seit 1. 1. 2018 BMASGK) finanziert. Eine weitere, wenn auch geringe Rolle spielen andere Quellen, wie z. B. das Gesundheitsressort (seit 1. 1. 2018 BMASGK), die *Eigenständig werden*-Privatstiftung oder Rotary Austria. Eine Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es nicht.

Schulische Programme wie *plus* oder *Eigenständig werden* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2 bzw. 4.4) werden von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert. Für die Umsetzung anderer suchtpreventiver Maßnahmen fallen manchmal Kosten an, die die „Auftraggeber“ (d. h. Schulen, Kindergärten etc., die an Programmen teilnehmen wollen) aus den eigenen Budgets zu bezahlen haben bzw. von den Eltern übernommen werden müssen. Das Tiroler Angebot *Schulische Suchtinformation* beispielsweise setzt Präventionsbeamte und Mitarbeiter/innen von *kontakt+co* in ihrer Arbeitszeit ein, die Kosten für Einsätze von Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Suchtberatung werden von *kontakt+co* übernommen. Nach einer Vereinbarung mit dem Landesschulrat fallen für die Schulen nur dann Kosten an, wenn von der Schule kein Dokumentationsblatt übermittelt wird.

Mit der Finanzierung sind meist auch Qualitätsanforderungen verbunden, die üblicherweise von den Ländern vorgegeben werden (z. B. sind im Fall einer Finanzierung durch die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) deren Förderrichtlinien⁵⁶ zu berücksichtigen).

55

<http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/> (24. 7. 2018)

56

<https://sdw.wien/de/ueber-uns/foerderungen/> (24. 7. 2018)

In Österreich besteht grundsätzlich keine Zweckbindung von Steuern auf Alkohol oder Tabakprodukte für Präventionsmaßnahmen. Es sind jedoch gewisse Anteile aus den Mitteln der Umsatzsteuer und der Tabaksteuer generell für Gesundheitsförderung, -aufklärung und -information zu verwenden. Ein Promille der Einnahmen aus dem Glücksspielbereich ist für die Stabsstelle für Spielerschutz und deren Belange gewidmet (§ 1 Glücksspielgesetz; BGBl 1989/620). Aus diesen Quellen dürfte jedoch nur ein äußerst geringer Anteil für konkrete Maßnahmen der Suchtprävention bzw. entsprechende Forschung eingesetzt werden. Die Zweckwidmung von Steuergeldern für Prävention ist daher immer wieder eine Forderung von Fachleuten und z. B. auch im Positionspapier Tabak der *Österr. ARGE Suchtvorbeugung* zu finden. In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird nunmehr festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll, aber auch Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel einfließen sollen.

4.2.2 Präventionsmaßnahmen⁵⁷

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das unmittelbare Umfeld hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, dass Jugendliche psychoaktive Substanzen probieren und ggf. regelmäßig konsumieren. Es wird daher mit vielfältigen Maßnahmen versucht, das Umfeld Jugendlicher so zu gestalten, dass es schützende Wirkung hat und dazu beiträgt, die Wahrscheinlichkeit für den Konsum psychoaktiver Substanzen gering zu halten. Diese Maßnahmen werden als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen von Verringern der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen zu Jugendschutz und Gesundheitsförderung⁵⁸ bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, die die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher und indirekt auch die Gesundheit Jugendlicher wesentlich beeinflussen. Mehr zu Gesundheitsdeterminanten und ihrem Zusammenhang mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen findet sich in Haas et al. (2012).

Bemühungen, das jeweilige Umfeld gesundheitsförderlich zu gestalten und gesundes Aufwachsen zu fördern, sind in den österreichischen Gesundheitszielen (BMGF 2017), der Gesundheitsförderungsstrategie (BMG 2014) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) verankert, aber auch in entsprechenden Strategien der Bundesländer.

57

Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Dabei werden jene bevorzugt erwähnt, die bundesländerübergreifend bzw. zumindest innerhalb eines Bundeslandes möglichst flächendeckend angeboten/umgesetzt werden.

58

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

(<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>) (24. 7. 2018)

Konkret gefördert wird dies z. B. durch Initiativen wie *Gesunde Schule*⁵⁹ oder *Gesunde Gemeinde* sowie das *Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung*. Auch die Initiative des Bildungsministeriums zur Förderung der Schulqualität in der Allgemeinbildung (SQA)⁶⁰ kann hier Einfluss ausüben, da der Lebensraum Klasse und Schule als ein Qualitätsbereich definiert wurde. Für den Qualitätsbereich Lernerfahrungen und Lernergebnisse ist definiert, dass sich seine Qualität an den Kompetenzen der Schüler/innen und der physischen und psychischen Gesundheit aller Beteiligten zeigt. Die konkreten Themen, an denen im Sinne einer Qualitätsentwicklung gearbeitet werden soll, werden von der Schule selbst festgelegt und können z. B. Gesundheitsförderung oder Suchtprävention sein.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden meist verschiedene Strategien verfolgt: Neben strukturellen Veränderungen werden häufig Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, die betriebsspezifische, abgestufte Vorgangsweisen für den Umgang mit Suchtverhalten definieren. Diese sind häufig unspezifisch formuliert, konkrete Maßnahmen beziehen sich jedoch schwerpunktmäßig auf das Thema Alkohol und auf Mitarbeiter/innen (vgl. auch Abschnitt 4.2.2.2).

Maßnahmen, die sich direkt an Kinder- und Jugendliche richten und ihr Lebensumfeld positiv beeinflussen sollen, sind z. B. die außerschulische Jugendarbeit generell (mit dem Ziel, adäquate Räume für Jugendliche zu schaffen und Lobbyarbeit für Jugendliche zu betreiben), die Schulsozialarbeit (mit dem Ziel, die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen) oder das Jugendcoaching (mit dem Ziel, Schulabbrüche zu verhindern). Zu erwähnen sind auch die zunehmend umgesetzten *Jugendgesundheitskonferenzen*⁶¹, bei denen die im Vorfeld von den Jugendlichen durchgeführten Projekte und dabei erarbeiteten Vorschläge rund um das Thema Gesundheit präsentiert werden.

Hinsichtlich struktureller Maßnahmen mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol und Tabak sei auf die aktuellen Landes- und Bundesgesetze verwiesen (vgl. auch Abschnitt 4.4) bzw. auf Band 3 des Handbuchs Alkohol (Uhl et al. 2018). Bezüglich Tabak steht die Veränderung sozialer Normen im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des Nichtrauchens und die

59

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Kinder_und_Jugendgesundheit/Schulgesundheit/Gesunde_Schule_nationale_und_internationale_Netzwerke (24. 7. 2018)

60

<http://www.sqa.at/> (24. 7. 2018)

61

Diese werden als ein Schwerpunkt der Vorsorgestrategie 2015/2016 mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz von Jugendlichen zu stärken, von der Bundesgesundheitsagentur gefördert. Mehr Information unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Vorsorgemittel/Projekte_im_Zeitraum_2015_bis_2016 (24. 7. 2018)

Sensibilisierung von Erwachsenen hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. Zur Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bietet z. B. *VIVID – Fachstelle für Suchtprävention*⁶² Weiterbildungen zum Thema Rauchen für verschiedenste Gesundheitsberufe an. In Bezug auf Alkohol existieren spezifische Maßnahmen zur strukturellen Prävention, wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung oder Konsumverbote, gleichzeitig finden Einschränkungen über allgemeine gesetzliche Regelungen z. B. in der Gewerbeordnung, in der Straßenverkehrsordnung oder im ORF-Gesetz statt. Diese werden jedoch zumeist nicht explizit als strukturelle Prävention wahrgenommen bzw. von Fachleuten als zu wenig weitreichend beurteilt.

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Weiters bilden allgemein suchtpreventive bzw. substanzübergreifende Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für aufbauende substanzspezifische Interventionen. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen gibt es auch zu legalen Substanzen. Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen setzt auf die Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Peer Education wird v. a. bei Maßnahmen zum Thema Alkohol eingesetzt (z. B. *PartyFit!* in Wien⁶³ oder *Peer drive clean* in oberösterreichischen Fahrschulen), ist aber oft auch substanzübergreifend ausgerichtet (z. B. das oberösterreichische Projekt *Peer Education*⁶⁴).

Genderspezifische Ansätze werden v. a. beim Thema Essstörungen berücksichtigt, aber auch zu anderen Suchtthemen werden häufig nach Geschlechtern getrennte Workshops durchgeführt. In Niederösterreich gibt es ein substanzübergreifendes Angebot, das sich an Schüler (*Männer Leben Anders* mit Fokus auf Körper, Körperstyling, risikoreiche Verhaltensweisen, riskantem Alkoholkonsum) und Schülerinnen (Fokus auf Fokus Essstörungen, mediale Darstellung von Schönheitsidealen etc.) richtet (Weissensteiner p. M.). Im Zusammenhang mit Alkohol und Tabak stehen die Auseinandersetzung der Jugendlichen mit den Daten und Fakten und dadurch die Beeinflussung von Normen im Vordergrund. Maßnahmen mit Bezug auf Essstörungen setzen sowohl auf eine Sensibilisierung von Pädagoginnen und Pädagogen für das Thema als auch auf die Entwicklung von Handlungsstrategien für einen angemessenen Umgang mit Betroffenen.

62

<http://www.vivid.at/angebot/gesundheitsberufe/> (24. 7. 2018)

63

<http://www.partyfit.at/> (24. 7. 2018)

64

<http://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/peer-education.html> (24. 7. 2018)

In Hinblick auf die neuen Medien ist die Förderung von Medienkompetenz von Bedeutung; diese wird zunehmend mit einer Reflexion der Lebenswelt bzw. von Suchtverhalten und der Vermittlung von weiteren suchtrelevanten Informationen verknüpft. Dies geschieht z. B. im Rahmen des Vorarlberger Programm *REFLECT AND ACT! 2.0*⁶⁵. Teil dieses Programms ist das Medienprojekt *CAMPUS*, bei dem Jugendliche ihre Ideen zu den Themen Umgang mit Gefühlen, Stress oder Kommunikation bzw. den Themen Glück, Konsum, Sucht unter fachkundiger Anleitung medial umsetzen können (Stiftung Maria Ebene 2018).

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Eigenständig werden*⁶⁶ und *plus*⁶⁷; vgl. auch Anhang) gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt, weiterentwickelt und auf andere Bundesländer ausgedehnt werden. Hinsichtlich *Eigenständig werden* ist zu erwähnen, dass die Materialien zum Programm im Frühjahr 2018 überarbeitet wurden und das Programm nun unter dem Namen *Gemeinsam stark werden* umgesetzt wird (vgl. auch Abschnitt 4.4). Auch das Programm *feel-ok.at* wird in den meisten österreichischen Bundesländern umgesetzt. Dieses internetbasierte Programm richtet sich an Jugendliche zwischen 12 und 18 Jahren, möchte u. a. einen gesunden Umgang mit Stress, aber auch ein angemessenes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fördern und arbeitet mit Selbst-Tests, Quizzes, Videos etc. Für Lehrpersonen stehen auch Unterrichtsmaterialien zur Verfügung. Zusätzlich werden neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen bzw. auf die unterschiedlichen Settings eingehen zu können. Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können im gegenständlichen Bericht jedoch nur einige ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

Ein wesentliches Implementierungssetting für Suchtprävention ist die **Schule**. Maßnahmen an Schulen sollen grundsätzlich unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden laufend Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen, Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten angeboten. Die Ziele sind generell eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie die Stärkung der Lebenskompetenzen von Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen zielt Suchtprävention v. a. auf die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten und deren Reflexion ab. Häufig ergänzen Elternabende oder -workshops das Angebot.

65
<http://www.supro.at/projekte/reflect-and-act/> (24. 7. 2018)

66
<http://www.eigenstaendig.net/> (24. 7. 2018)

67
<http://www.suchtvorbeugung.net/plus/> (24. 7. 2018)

Neben den erwähnten österreichweit umgesetzten Programmen *Eigenständig werden* und *plus* wird z. B. in Niederösterreich bereits seit Langem ab der 5. Schulstufe das modulare *Stationenmodell*⁶⁸ eingesetzt. Nach einer zweiteiligen Fortbildung für Lehrer/innen zu suchtrelevanten Basisinformationen und Methoden für suchtpreventive Aktivitäten (inklusive struktureller Maßnahmen) werden ein Elternabend und anschließend ein Aktionstag an der Schule durchgeführt. Eine Ergänzung durch Angebote der Exekutive, z. B. in Form von Workshops für Schüler/innen oder Information für Eltern, ist möglich. *Clever & Cool*, ein bewährtes Programm aus Oberösterreich, sieht hingegen elf Module mit insgesamt 34 Unterrichtseinheiten für die 7. und 8. Schulstufe vor, die in Kooperation mit der Landespolizeidirektion Oberösterreich, dem Jugendservice des Landes Oberösterreich und dem Verein *Bily* (Sexualpädagogik) umgesetzt werden. Der Einsatz von Peers ist das Schlüsselement von *Peer-Education* (Oberösterreich), das sich an Schüler/innen der 9. bis 11. Schulstufe richtet und Peers darin unterstützt, innerhalb dieser zwei Jahre suchtpreventive Aktivitäten umzusetzen. In Tirol bietet das Programm *Schulische Suchtinformation* durch die Vermittlung eines aktuellen, ausgewogenen und fachlich fundierten Basiswissens (in 2 UE) eine Ergänzung zur Auseinandersetzung mit dem Thema Sucht im Unterricht. Lehrpersonen müssen vorher eine entsprechende Vorbereitungsstunde durchgeführt haben, die Materialien dafür werden zur Verfügung gestellt. Seit dem Schuljahr 2006/07 wurde diese Informationseinheit 800 Mal eingesetzt und dadurch mehr als 20.000 Schüler/innen erreicht.

Auch Theater- und Erlebnispädagogik wird gerne eingesetzt, vor allem für substanzübergreifende Prävention (z. B. in Wien unter den Titeln *Achterbahn 12-14*⁶⁹ als Outdoor-Tag oder als dreitägiges Angebot für die 6. bis 8. Schulstufe sowie *GrenzGang*⁷⁰ als Outdoor-Tag oder Outdoor-Woche für die 8. bis 13. Schulstufe, in Niederösterreich das Mitspieltheater *Treffpunkt ICH* für Volksschulen) oder zum Thema Alkohol (z. B. in Wien unter dem Titel *Fetter Auftritt – Forumtheater zur Alkoholsuchtprävention*⁷¹ u. a. für Schüler/innen und Lehrlinge, in Kärnten als Klassenzimmertheater *Immer und überall* für Schüler/innen ab der 8. Schulstufe) oder zum Thema Tabak/Nikotin (z. B. in Wien unter dem Titel *Hast du Feuer? – Forumtheater zur Tabakprävention*⁷² für Schüler/innen ab 12 Jahren). Diese Methoden setzen auf die prägende Wirkung von Erlebtem und dessen Reflexion. Erlebnispädagogische Übungen sollen darüber hinaus auch das Wahrnehmen und Beurteilen von riskanten Situationen fördern. Darüber hinaus wird auch der Gruppenzusammenhalt gefördert.

68
<https://www.fachstelle.at/stationenmodell/> (24. 7. 2018)

69
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#achterbahn> (24. 7. 2018)

70
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#grenzgang> (24. 7. 2018)

71
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#fetterauftritt> (24. 7. 2018)

72
<https://sdw.wien/de/praevention/schule/#hastdufeuer> (24. 7. 2018)

In den Settings **Kinderkrippen, Kindergarten** und **Familie** werden v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren umgesetzt sowie Informationsmaterialien bereitgestellt und Elternabende organisiert. Die Vermittlung von Wissen und Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung von Lebenskompetenzförderung, aber auch die Auseinandersetzung mit den persönlichen Einstellungen und Rollenbildern (z. B. Fortbildungsreihe *Suchtprävention im Kindesalter* von VIVID) sind wesentliche Bestandteile dieser Fortbildungen. Das Prinzip des *spielzeugfreien Kindergartens* oder der *spielzeugfreien Kinderkrippe* wird in diesem Zusammenhang ebenfalls immer wieder propagiert und auch umgesetzt (z. B. in der Steiermark und Vorarlberg). Die Stärkung der Zusammenarbeit von Kleinkind-, Kindergarten- und Hortpädagoginnen/-pädagogen mit den Eltern ist oft ebenfalls ein Ziel (z. B. des Kärntner Projektes *Acht Sachen, die Erziehung stark machen*). In Niederösterreich wird ebenfalls im Kindergarten Theaterpädagogik eingesetzt (*Schmetterling & Pandabär*).

Viele Maßnahmen setzen direkt an der Erziehungskompetenz der Eltern an. In allen Bundesländern werden beispielsweise Vorträge für Eltern und Elternworkshops angeboten, die neben einem theoretischen Input viel Zeit für die Diskussion von konkreten Situationen aus dem Erziehungsalltag bieten. Die Workshops von *Starke Partnerschaft von Anfang an* in Oberösterreich zielen hingegen darauf ab, die bewusste Gestaltung des Alltags zu dritt bzw. der Partnerschaft kurz nach der Geburt zu unterstützen, wofür auch die Methode der systemischen Skulpturarbeit (systemic sculpting) eingesetzt wird. Das *Elterncafé* von VIVID – *Fachstelle für Suchtprävention* besteht aus einer dreiteiligen Seminarreihe (dreimal je 2 Stunden) in gemütlicher Atmosphäre, die es Eltern von bis zu 10-jährigen Kindern ermöglicht, Schwerpunktthemen auszuwählen und in einer geschlossenen Gruppe die eigenen Erfahrungen zu reflektieren. Das Programm *Familien stärken*, das unter dem Namen *The Strengthening Families Program* in den USA entwickelt und vom Deutschen Zentrum für Suchtfragen des Kindes- und Jugendalters adaptiert und evaluiert wurde, wird in Wien und Oberösterreich angeboten und möchte das Zusammenleben von Familien mit 10- bis 14-jährigen Kindern stärken (vgl. Weigl et al 2017). Beide Elternteile und die Kinder üben bei insgesamt elf Terminen über je drei Stunden zuerst getrennt und dann gemeinsam positive Kommunikation und einen konstruktiven Umgang mit Konflikten. Ein gemeinsames Abendessen ist Teil dieser Termine, für jüngere Geschwisterkinder wird Kinderbetreuung angeboten. Pro Gruppe können zehn Familien teilnehmen, die Teilnahme ist kostenlos. Das Programm *Was geht ab?* von VIVID – *Fachstelle für Suchtprävention* richtet sich ebenfalls an Eltern von Kinder und Jugendlichen ab 11 Jahren. Informationen zur Gehirnentwicklung, zu den neuen Entwicklungsaufgaben und zu Risikoverhalten, aber auch die Auseinandersetzung mit den eigenen Ängsten, dem Erkennen von Gefährdungen und positive Gesprächskultur sind Inhalte dieses Programms.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe**, die für den vorliegenden Bericht relevant sind, zielen großteils darauf ab, die Entwicklung von Suchtverhalten bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung, Reflexion und Handlungsanleitungen für die Verantwortlichen oder Bezugspersonen in Betrieben und Lehrlingshäusern sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. Dabei wird u. a. darauf eingegangen, wie die persönlichen Schutzfaktoren der Lehrlinge gestärkt werden können und welche Gefährdungen mit Substanzkonsum verbunden sind. Die Betriebe werden dabei unterstützt, frühzeitig die richtigen Schritte zu setzen (z. B. durch *pib – Prävention in Betrieben* in Tirol). Auch das Verhindern einer Suchtentwicklung bei bzw. der Umgang mit suchgefährdeten Erwachsenen

im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier meist das Thema Alkohol im Vordergrund steht. In Vorarlberg werden beispielsweise im Rahmen des Projektes *ZOOM* unter dem Titel *klartext* eintägige (8 UE) Ausbildungskurse für Lehrkräfte und Lehrlingsverantwortliche angeboten, die die Teilnehmer/innen zur Umsetzung der entsprechenden Unterrichtsmaterialien befähigen und in Kombination mit Workshops für Jugendliche durchgeführt werden (Stiftung Maria Ebene 2015).

Für den Umgang mit suchtgefährdeten Erwachsenen in Betrieben wird z. B. in Oberösterreich fachliche Begleitung bei der Erarbeitung von maßgeschneiderten Präventionsprogrammen angeboten (Institut Suchtprävention 2016). Für Klein- und Kleinstbetriebe wurde bereits im Jahr 2013 eine Handlungsanleitung aufbereitet, die auch arbeitsrechtliche Aspekte enthält.

Im Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** liegt der Fokus der Maßnahmen ebenfalls auf der Fortbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Die Fachstellen für Suchtprävention setzen bei ihren Angeboten für Jugendliche seit einigen Jahren verstärkt auf den Einsatz von neuen Medien (z. B. durch *Digital Storytelling*). Diese Angebote richten sich an Jugendliche sowohl im Setting Schule als auch in der außerschulischen Jugendarbeit. Der Kärntner Lehrgang *Jugend und Sucht* beispielsweise ist berufsübergreifend konzipiert und adressiert Vertreter/innen aus Jugendwohneinrichtungen, Jugendzentren, Streetwork und Schulsozialarbeit. Neben einem Basiswissen zum Thema Sucht werden spezifische Interventionsmöglichkeiten vermittelt. Workshops der Fachstellen, die sich direkt an die Jugendlichen richten, bieten Raum für Diskussionen und Reflexionen in einem den Jugendlichen bekannten Setting und basieren auf Freiwilligkeit, Niederschwelligkeit sowie einer offenen, akzeptanzorientierten Haltung.

Universelle Maßnahmen im **Freizeitbereich** setzen im Wesentlichen auf das Thema Alkohol und werden v. a. in Kooperation mit (Fußball-)Vereinen umgesetzt. Dabei geht es meist um einen verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol durch Sensibilisierung von Trainern/Trainerinnen und anderen Schlüsselkräften oder durch *Peer Education* (z. B. *VOLLFAN statt voll fett* in Wiener Fußballstadien).

Gemeindeorientierte Suchtprävention möchte neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung konkrete, an der spezifischen regionalen Situation orientierte präventive Maßnahmen entwickeln und umsetzen. Wichtig ist, dass die Gemeinde selbst initiativ wird, dass Partizipation in der Gemeinde gefördert wird und dass die Maßnahmen die jeweiligen Bedürfnisse der Gemeinde aufgreifen. Einen hohen Stellenwert nimmt gemeindeorientierte Suchtprävention in Oberösterreich ein, wo bereits seit Jahren unter dem Titel *Wir setzen Zeichen*⁷³ Gemeinden in der Planung und Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen unterstützt werden.

Als ein spezifisches Setting sollen noch die **Stellungsuntersuchungen** erwähnt werden, die praktisch von allen jungen Männern im Alter von 17–18 Jahren wahrgenommen werden müssen. In NÖ werden seit langem in diesem Rahmen Kurzvorträge abgehalten, die die Themen problematischer

73

<http://www.praevention.at/gemeinde/praeventionsprojekt-wir-setzen-zeichen.html> (24. 7. 2018)

Konsum, Suchtverhalten und Hilfsangebote sowie die Substanzen Alkohol, Nikotin und Cannabis abdecken.

In Österreich werden aufgrund eines Konsenses mit den entsprechenden Fachleuten keine **Medienkampagnen** zu illegalen Substanzen durchgeführt. Medienkampagnen gibt es lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelner, meist gemeindeorientierter Projekte bzw. als Bewusstseinskampagnen zu legalen Substanzen. Als Beispiel soll die *Tabakpräventionsinitiative YOLO*⁷⁴ des Gesundheitsressorts erwähnt werden, in deren Rahmen auch das Programm *plus* verstärkt umgesetzt wird (vgl. Weigl et al. 2016).

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Zu selektiven Präventionsmaßnahmen zählen z. B. Angebote für **Kinder aus suchtbelasteten Familien**. Diese Maßnahmen basieren auf der Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, entweder im Rahmen von Ausbildungen (an Pädagogischen Hochschulen) oder als spezifische Seminare und Workshops u. a. für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen. In diesen Schulungen werden meist theoretische Grundlagen vermittelt und anhand von praktischen Übungen und konkreten Beispielen Handlungskompetenzen gefestigt. Weitere wichtige Aspekte sind die Reflexion der eigenen fachlichen und persönlichen Grenzen sowie Vernetzungsmöglichkeiten. Der Fokus dieser Schulungen liegt auf der Sensibilisierung von Fachpersonen in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen, da diese aufgrund des Vertrauensverhältnisses betroffene Kinder besonders gut unterstützen können. In Wien werden dazu auch Vertiefungsschulungen angeboten⁷⁵. In der Steiermark wird die Fortbildung „*Darüber spricht man nicht!?*“ – *Kindern in suchtbelasteten Familien Halt geben*⁷⁶ z. B. auch sozialpädagogischen Familienbetreuern/-betreuerinnen angeboten. Direkt an betroffene Kinder (6- bis 12-Jährige) richtet sich z. B. das von der Beratungsstelle *Clean* (Vorarlberg) umgesetzte Projekt *Trampolin*⁷⁷. In einer kostenlosen tiergestützten Kindergruppe wird im Lauf von zehn Einheiten ein Verstehen von Alkohol- und Drogenwirkung vermittelt, im Vordergrund steht aber der Austausch mit anderen betroffenen Kindern sowie das Stärken ihres Selbstbewusstseins und ihr Umgang mit schwierigen Situationen.

Etliche bereits etablierte Präventionsmaßnahmen zielen auf **Jugendliche** in besonderen Settings ab, z. B. in **sozialpädagogischen Einrichtungen, arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen/Maßnah-**

74

www.yolo.at (5. 9. 2018)

75

<https://sdw.wien/de/praevention/kindergarten/> (24. 7. 2018)

76

http://www.vivid.at/uploads/Kindesalter/161212_BA%20KBBE.pdf (24. 7. 2018)

77

<http://clean.mariaebene.at/programm-trampolin/> (24. 7. 2018)

men und Beschäftigungsprojekten. Für die meisten der genannten Settings werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/innen umgesetzt, um ihnen Wissen zu vermitteln, sie für die eigene Vorbildwirkung zu sensibilisieren und ihre Handlungskompetenzen zu fördern. Beispielsweise bietet *VIVID – Fachstelle für Suchtprävention* sowohl einen Lehrgang und eine Weiterbildung zum Thema Suchtvorbeugung als auch individuelle fachliche Beratung⁷⁸ für die Entwicklung einrichtungsinterner Handlungsalternativen und die Umsetzung längerfristig wirksamer Maßnahmen an. Aktivitäten, die sich direkt an die Jugendlichen richten, zielen auf eine Förderung von Risikokompetenz ab. Von *VIVID* wird z. B., gekoppelt mit den Maßnahmen für Trainer/innen, *CHOICE* für Jugendliche angeboten (vgl. 4.2.2.4). Im Gegensatz zu Vorarlberg werden die Jugendlichen aufgrund von Zielsetzung und Inhalten des Programms und nicht aufgrund von individuellem Gefährdungspotenzial ausgewählt (Kahr p. M.). Aus ressourcentechnischen und organisatorischen Gründen können nicht alle Jugendlichen einer Einrichtung gleichzeitig teilnehmen. Teil des Programms ist es auch, mit den Trainerinnen und Trainern ihr Rollenverständnis als erwachsene Bezugspersonen die Rahmenbedingungen ihrer jeweiligen Einrichtung und den Umgang mit gruppendynamischen Effekten zu reflektieren und dadurch (im Sinne struktureller Prävention) auch hier langfristig Veränderungen zu erwirken.

In den oben genannten Settings sind häufig Jugendliche anzutreffen, die bereits experimentell oder womöglich schon risikoreich konsumieren. Daher ist ein Ziel ggf. auch die Reduktion des Konsums legaler Substanzen (so z. B. bei suchtpreventiven Maßnahmen in Berufsorientierungskursen im Burgenland oder bei *pib – Prävention in Betrieben* in Tirol). Im Vordergrund stehen jedoch das Erkennen persönlicher Ressourcen, die Stärkung des Selbstwerts und das Bearbeiten von alternativen Problemlösungsstrategien, wobei teilweise auch Übungen aus der Outdoor-Pädagogik und zur Entspannung und Körperwahrnehmung eingesetzt werden.

In der **Freizeitpädagogik** 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. Besonderen Stellenwert nimmt hier *checkit!* im Raum Wien ein, das einerseits ein wissenschaftliches Projekt ist, andererseits aber auch Substanztestungen („Drug checking“⁷⁹) vornimmt und konkret vor unerwartet hohen Dosierungen und potenziell gesundheitsgefährdenden Substanzen warnt (vgl. Kapitel 3, 6 und 7) – und dies zur Kontaktaufnahme mit Jugendlichen nutzen kann. Ähnliche Projekte bestehen in Tirol (*Mobile Drogenarbeit Z6*⁸⁰) und in Vorarlberg (*taktisch klug*⁸¹), dort aber ohne Substanz-Testung.

78

<http://www.vivid.at/angebot/jugendqualifizierung-und-beschaeftigung/> (24. 7. 2018)

79

Unter „Drug Checking“ ist ein integrierter Ansatz zu verstehen, der die Analyse von Substanzen mit Beratung verknüpft (TEDI 2011). Mehr Information zur Methode des „Drug Checking“ unter: <http://www.checkyourdrugs.at/drug-checking-2/> (24. 7. 2018).

80

<http://www.drogenarbeit6.at/mda.html> (24. 7. 2018)

81

<http://www.taktischklug.at/index.php/begleiten> (24. 7. 2018)

Als ein Beispiel für Maßnahmen, die den bereits mit Drogen experimentierenden Jugendlichen Alternativen zum Substanzkonsum aufzeigen, kann *Walk About* (Tirol) genannt werden. Die erlebnispädagogischen Gruppenaktivitäten ermöglichen, Verhaltensmuster und Gruppendynamiken sichtbar zu machen und für die weitere Reflexion des Substanzkonsums zu nutzen (Z6/Drogenarbeit 2015).

Die Lebenssituation von **Personen mit Migrationshintergrund** kann mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein, da insbesondere erzwungene Migration an sich ein traumatisierendes und in der Folge suchtauslösendes Lebensereignis darstellen kann. Im Sinne der selektiven Prävention werden vor allem jene Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen, die aufgrund ihrer aktuellen Lebensumstände und sozialer Faktoren besonders vulnerabel sind und im Rahmen von universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden können (vgl. auch Abschnitt 4.4). Beispiele für solche Projekte sind *Mamma Mia* (Oberösterreich)⁸² und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁸³. Deren Ziele, die Förderung der sozialen Vernetzung und die Stärkung der Elternkompetenzen, sollen mit Hilfe von informellen und durch geschulte Personen mit Migrationshintergrund moderierten Gesprächsrunden in den Communities erreicht werden. In den Projekten *Mamma Mia*, *eltern.chat*, wie auch *Treffpunkt Familie* (NÖ) wird mit moderierten Elterngruppen in der Wohnung einer einladenden Familie gearbeitet.

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention und bei Substanzkonsum, der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist, eingesetzt. Diese Maßnahmen basieren ausschließlich auf einem beobachteten Risikoverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten, beziehen sich meistens auf den Konsum von Alkohol oder sind substanzübergreifend konzipiert. In allen Bundesländern werden seit vielen Jahren unter der Bezeichnung *Movin'* bzw. *MOVE* für Personen aus verschiedensten Bereichen (z. B. außerschulische Jugendarbeit) regelmäßig Fortbildungen zur motivierenden Gesprächsführung mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen angeboten (vgl. auch Anhang). Im Vordergrund steht dabei die Kommunikation auf Augenhöhe, basierend auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente⁸⁴.

Step by Step, ein Programm zur Förderung eines einheitlichen Umgangs mit Anlassfällen in der Schule und von Früherkennung und -intervention gemäß § 13 SMG (vgl. Kapitel 2), wird österreichweit umgesetzt (im Wesentlichen in Form von Schulungen). Im Laufe der letzten Jahre wurde

82

<http://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech.html> (24. 7. 2018)

83

<http://www.supro.at/home/eltern/eltern-chat/> (24. 7. 2018)

84

Mehr Informationen, auch zum theoretischen Hintergrund, unter <http://www.motivationalinterviewing.org/> (24. 7. 2018)

das Programm in den einzelnen Bundesländern an die regionalen Erfordernisse angepasst und zum Teil auch unter anderen Namen angeboten. Neben der Schulung von Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben (z. B. im Rahmen von schulinternen Fortbildungen – SCHILF – für 15–25 Lehrkräfte), wird auch auf anderen Ebenen das Bewusstsein für Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer standardisierten Vorgehensweise gefördert. Spezielle Tools wurden entwickelt, die Lehrungsverantwortlichen oder Schlüsselkräften in Betrieben wie im Schulsystem konkrete Handlungsanleitungen geben (und z. B. auf der Website *STEPCHECK*⁸⁵ zu finden sind). In Kärnten können suchtgefährdete Jugendliche im Sinne des § 13 SMG an das Projekt *Way out* vermittelt werden, das ihnen ermöglicht, im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zu erkennen und ihre psychosozialen Kompetenzen zu stärken. *Way Out* wird als eine gesundheitsbezogene Maßnahme entsprechend § 11 SMG definiert, der Zugang erfolgt ausschließlich über die Paragraphen 12 und 13 des SMG. Eine jugendpsychiatrische Diagnostik ist Teil des Programms (Drobesh-Binter p. M.). In Tirol werden im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine Schulungen für Lehrerinnen und Lehrer angeboten. Lehrer/innen melden Vorfälle lediglich an die Schuldirektion, diese informiert Schulärztin/–arzt oder Schulpsychologie, welche sich dann entsprechend einem eigenen Handlungsleitfaden weiter kümmern. Das Thema wird daher in unterschiedlicher Intensität in den regelmäßig stattfindenden Fortbildungen für Schulärztinnen/–ärzte und Schulpsychologinnen/–psychologen angesprochen (Gollner p. M.).

In Vorarlberg wird im Rahmen des Projektes *ZOOM* Beratung bzw. Coaching in Krisensituationen zur Entschärfung und Vermittlung weiterer Unterstützung angeboten (Stiftung Maria Ebene 2015). Das Programm *CHOICE*, das in der Steiermark und früher auch in Vorarlberg (dort als Teil von *ZOOM*) in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten eingesetzt wird, basiert auf gesundheitspsychologischen Grundsätzen und vermittelt in acht dreistündigen Terminen im Gruppensetting sechs bis zehn Jugendlichen leicht erlernbare Techniken der Selbstwahrnehmung und Gefühlsregulierung und fördert damit die Selbstregulationsfähigkeit und das Selbstvertrauen der Jugendlichen. Die Teilnehmer/innen werden in Vorarlberg individuell aufgrund eines erhöhten Gefährdungspotenzials ausgewählt (vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

Das Kärntner Projekt *Grenzwert*⁸⁶ zielt auf Jugendliche ab, die aufgrund ihres riskanten Alkoholkonsums ins Krankenhaus eingeliefert wurden (vgl. GÖG/ÖBIG 2013). Die Jugendlichen und ihre Eltern werden dort angesprochen und an den Verein *Neustart* weitervermittelt. In Einzel- und Gruppensettings werden die Jugendlichen zur Reflexion und Reduktion des Konsums motiviert, Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit Gruppendruck werden besprochen. Seit 2016 richtet sich das Projekt auch an Jugendliche, die aufgrund einer Intoxikation durch andere Substanzen eingeliefert werden. Beteiligte Krankenhäuser sind das Klinikum Klagenfurt und das LKH Villach.

85

Die Website wurde vom Institut *Suchtprävention der pro mente OÖ* gemeinsam mit der AUVA Landesstelle Linz entwickelt. Mehr Information unter www.stepcheck.at (24. 7. 2018)

86

<http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=106> (24. 7. 2018)

An dieser Stelle sollen auch die sog. *Frühen Hilfen* erwähnt werden. *Frühe Hilfen* bieten durch den Aufbau regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke geeignete Strukturen, die eine passgenaue und frühzeitige Unterstützung von Schwangeren und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern, die belastende Lebensumstände erleben, ermöglichen sollen. Frühe Hilfen integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte, sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie bzw. als universelle Prävention zu verstehen, enthalten aber auch Elemente der indizierten Prävention, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden. Der Fokus liegt nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtblastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe von *Frühen Hilfen*. Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und Angeboten der Fachstellen für Suchtprävention bestehen und ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten der Suchtprävention bzw. Suchthilfe. Beispielsweise werden in Niederösterreich auf diesem Weg Vorträge zum Thema „Sucht in der Schwangerschaft und Stillzeit“ angeboten, (werdende) Mütter mit problematischem Konsum legaler oder illegaler Drogen können an das Projekt DESK (Drogen, Eltern, Sucht, Kinder) weitervermittelt werden. Der Ausbau des indizierten Angebots läuft weiter, mit Stand 31. 12. 2017 standen österreichweit 24 Frühe-Hilfen-Netzwerke zur Verfügung, die 62 von insgesamt 116 politischen Bezirken abdeckten⁸⁷.

4.2.3 Qualitätssicherung

Qualität in der Suchtprävention wird auf verschiedene Art beeinflusst bzw. sichergestellt. Eine wichtige Rolle spielen die Vorgaben der Sucht- bzw. Drogenstrategien und -konzepte sowie die vielfältigen Koordinations- und Kooperationsmechanismen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1). Auch Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, die teilweise die Voraussetzung für die Mitarbeit in den jeweiligen Fachstellen darstellen, tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Zu diesen Bildungsangeboten gehören u. a.

- » der „Masterstudien- und Hochschullehrgang zur Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“ der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich in Kooperation mit der Fachhochschule Oberösterreich, dem *Institut Suchtprävention der pro mente OÖ* und der Johannes-Kepler-Universität;
- » der „Lehrgang für Projektorganisation und Projektdurchführung in der Suchtvorbeugung“ in Niederösterreich;
- » der „Lehrgang für interkulturelle Suchtprävention“ der Fachstelle für Suchtprävention NÖ (vgl. Weigl et al. 2014);
- » Lehrgänge für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, wie z. B. der Lehrgang zum Thema „Suchtprävention in Schulen“ der Pädagogischen Hochschule in Niederösterreich oder der

87

<http://fruehehilfen.at/> (24. 7. 2018)

„Lehrgang zur Ausbildung von Koordinatoren/Koordinatorinnen für Suchtprävention an Schulen in Oberösterreich“;

- » die jährlichen 2-tägigen *Prägend*-Weiterbildungsveranstaltungen des Instituts *Suchtprävention pro mente OÖ* für Mitarbeiter/innen der Polizei in Oberösterreich (Institut Suchtprävention 2015);
- » der berufsgruppenübergreifende Lehrgang „Jugend & Sucht“ der Landesstelle Suchtprävention für Kärnten, der sich u. a. an Mitarbeiter/innen aus Jugendwohngemeinschaften und Jugendzentren (aufbauende Module mit insgesamt 98 UE) richtet und einen Schwerpunkt auf die Vermittlung von *movin'* (vgl. Abschnitt 4.2.2.4) legt;
- » der Lehrgang „Suchtprävention für Mitarbeiter/innen der außerschulischen Jugendarbeit sowie von Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationseinrichtungen“ (mit 5 Modulen) in Vorarlberg (Stiftung Maria Ebene 2018);
- » der Lehrgang „Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung“ in der Steiermark (7 Module mit insgesamt 76 Stunden).

Mit den Weiterbildungsmöglichkeiten für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie den oben bzw. in Abschnitt 4.2.2 genannten können die verschiedensten Berufsgruppen und Settings abgedeckt werden.

Auch die jährliche Fachtagung der *Österr. ARGE Suchtvorbeugung* ist hier zu erwähnen, die im Jahr 2017 den Titel „Brennpunkt Suchtprävention in Zeiten von 4.0“ trug⁸⁸ und sich dem Thema Digitalisierung und Ökonomisierung widmete⁸⁹. Des Weiteren ist die *Österr. ARGE Suchtvorbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Dazu wird u. a. regelmäßig das *Forum Suchtprävention* organisiert. Auf regionaler Ebene finden ebenfalls regelmäßige Fachtagungen statt. Beispielhaft sei hier die Jugendtagung des *Instituts Suchtprävention der pro mente OÖ* erwähnt, die sich im Jahr 2017 mit dem Thema „Jugendlicher Substanzkonsum zwischen Verharmlosung und Dämonisierung“ beschäftigte und u. a. zeigte, dass es nicht den typischen Cannabis-Konsumierenden gibt und bei Konsumierenden häufig Wissensmythen bzw. Wissenslücken zu beobachten sind (Schmidbauer p. M.).

Eine wichtige Rolle spielen weiters die mit der Finanzierung verknüpften Qualitätsstandards (vgl. auch Abschnitt 4.2.1), aber auch andere Standards, wie z. B. die „Qualitätsstandards für Suchtprävention in der Schule“ der steirischen Arbeitsgruppe SAG oder die Standards für „Peer Education

88

<https://www.suchtvorbeugung.net/tagung/> (24. 7. 2018)

89

<https://www.praevention.at/news/news-detail/article/brennpunkt-suchtpraevention-in-zeiten-von-40.html> (Zugriff 24. 7. 2018)

in der primären Suchtprävention“ der *Österr. ARGE Suchtvorbeugung*. Auch das Leitbild der “Professionellen Suchtprävention in Österreich”, das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde, unterstützt die Qualitätssicherung.

Bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen sind Evaluierungen „State of the Art“, wobei darauf geachtet wird, dass anlassbezogen ein umsetzbares Evaluationsdesign ausgewählt wird. Prozessevaluierungen finden häufig in Pilotphasen neuer Projekte statt. Im Falle bereits evaluierter und bewährter Methoden werden oftmals ein gutes Monitoring und fallweise Ergebnisevaluationen als ausreichend angesehen. Evaluationsberichte zu österreichischen Projekten sind teilweise auf den Websites der Fachstellen oder des FGÖ zu finden, wurden früher auch für die EDDRA-Datenbank⁹⁰ der EMCDDA aufbereitet und zur Verfügung gestellt. Neue Evaluationsergebnisse werden regelmäßig in den Berichten zur Drogensituation beschrieben.

4.3 Trends

Generell liegen suchtpräventive Aktivitäten in Österreich substanzspezifische ausgerichtet. In den letzten zehn Jahren sind bei substanzspezifischen Ansätzen die legalen Substanzen (wie bspw. Tabak) verstärkt ins Blickfeld gerückt. Spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen spielen inzwischen eine eher untergeordnete Rolle. Das ist darauf zurückzuführen, dass Suchtprävention zunehmend entsprechend dem Schadenspotenzial der verschiedenen Suchtformen ausgerichtet wird. Einen wesentlichen Einfluss haben aber auch zunehmend knappere Ressourcen. Zugleich wird das Spektrum der Aktivitäten laufend ausgeweitet, sodass auch Gewaltprävention (z. B. Ober- und Niederösterreich) und Suizidprävention (z. B. Vorarlberg) zunehmend Themen der Fachstellen werden. Dies zeigt sich auch in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen in die Programme *Eigenständig werden* und *plus*. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der Suchtprävention(sstrategie) werden seit 2015 auch Workshops zum Thema Glücksspiel für Jugendliche erprobt (z. B. Oberösterreich, Salzburg und Wien).

Generell werden die etablierten Programme verstärkt umgesetzt und weiterentwickelt (z. B. *Eigenständig werden*, vgl. Abschnitt 4.4), insbesondere die Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Es werden z. B. weitere Berufsgruppen angesprochen und weitere Settings involviert. Zusätzlich werden immer wieder Programme, die sich in anderen Ländern bewährt haben, auch in Österreich umgesetzt (z. B. das *Strengthening Families Program*, vgl. Abschnitt 4.2.2).

90

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples> (24. 7. 2018)

4.4 Neue Entwicklungen

Zum Thema **strukturelle Prävention** ist von folgenden Änderungen des Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetzes (TNRSG; BGBl 1995/431 idGF) zu berichten:

- » Im Mai 2018 hätte Österreichs Gastronomie völlig rauchfrei werden sollen. In Umsetzung der aktuellen Regierungsvereinbarung werden nun allerdings die schon bisher geltenden Regelungen für die Gastronomie weitergeführt. Es darf daher nach wie vor in baulich abgetrennten und gekennzeichneten Räumen der Gastronomie geraucht werden (§§ 13a und 13b).
- » In allen übrigen Räumen öffentlicher Orte darf mittlerweile nur noch ein Nebenraum als Raucherraum eingerichtet werden (§ 13).
- » Seit 1. Mai 2018 ist das Rauchen nicht nur in Verkehrsmitteln, die der entgeltlichen oder gewerblichen Personenbeförderung dienen, generell verboten, sondern darüber hinaus auch in privaten Fahrzeugen, wenn sich unter 18-Jährige darin aufhalten (§ 12).
- » Seit Mai 2018 gilt auch Rauchverbot auf Freiflächen von schulischen und solchen Einrichtungen, in denen Kinder oder Jugendliche beaufsichtigt, aufgenommen oder beherbergt werden, in Mehrzweckhallen und -räumen (einschl. nicht ortsfester Einrichtungen wie z. B. Festzelten) sowie in Vereinsräumlichkeiten, in denen Vereinstätigkeit im Beisein von Kindern bzw. Jugendlichen ausgeübt wird oder in denen Veranstaltungen abgehalten werden (§ 12). Auch in Trafiken, die als Postpartner fungieren, darf nicht mehr geraucht werden (§ 13).
- » Unter das Rauchverbot fallen alle Tabakerzeugnisse, verwandten Erzeugnisse (wie z. B. E-Zigaretten und pflanzliche Raucherzeugnisse) und Wasserpfeifen (§§ 12 und 13).
- » Seit Mai 2017 ist das Inverkehrbringen von Kautabak in Österreich verboten (§ 2).
- » Ab Jänner 2019 tritt ein Verbot des Verkaufs von Tabak- und verwandten Erzeugnissen an unter 18-Jährige in Kraft.

In Österreich sind Versandhandel mit und Werbung bzw. Sponsoring für Tabak- und verwandte Erzeugnisse verboten.

Die Weiterführung der Sonderregelung für die Gastronomie hat zu einer verstärkten Debatte in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen und in der Folge zur Sammlung von Unterstützungserklärungen für ein Volksbegehren⁹¹ geführt. Dieses wird Anfang Oktober 2018 zur Unterschrift aufliegen. Die zum Vergleich der beiden Varianten *Rauchfreie Gastronomie* versus *Änderung des TNRSG mit erweitertem Jugendschutz* durchgeführte Gesundheitsfolgen-Abschätzung des *GFA-Netzwerks Steiermark* kommt zum Schluss, dass der größte Gesundheitsgewinn für die österreichische Bevölkerung durch die Umsetzung des ursprünglich beschlossenen Rauchverbots in der Gastronomie (*Rauchfreie Gastronomie*) kombiniert mit einem optimierten erweiterten Jugendschutz zu erwarten wäre (VIVID und GFA-Netzwerk Steiermark 2018).

91

<https://dontsmoke.at/> (Zugriff 24. 7. 2018)

Hinsichtlich **Strategien oder Positionspapieren** kann wenig Neues berichtet werden. Im Zusammenhang mit der Österreichischen Suchtpräventionsstrategie, in der Evaluation und Qualitätskontrolle als essenzielle Elemente für die Planung und Steuerung von (Präventions-)Maßnahmen erwähnt werden, entschied sich das Gesundheitsressort, die EUSPR-Konferenz 2017⁹² mit dem Schwerpunktthema „Quality in Prevention“ nach Wien zu holen. Damit sollte die Auseinandersetzung mit Qualitätsstandards in der Suchtprävention auf nationaler Ebene unterstützt werden. Der *Suchtbericht Steiermark 2017*, der der Überprüfung der *Neuen Steirischen Suchtpolitik* dient, beinhaltet eine Darstellung der steirischen Präventionsmaßnahmen in den Jahren 2010–2016 (Horvath et al. 2017; vgl. auch Kapitel 1).

Im Berichtszeitraum wurden wieder **neue Programme** entwickelt bzw. befinden sich im Entwicklungsprozess:

- » In Vorarlberg wird ein neues Lebenskompetenzprogramm für den Kindergarten entwickelt, das einerseits im pädagogischen Alltag möglichst einfach umzusetzen sein soll und andererseits den Fokus auf benachteiligte Familien bzw. Familien in belastenden Situationen legt (Prenn 2018).
- » Das *Institut Suchtprävention der pro mente OÖ* hat an der Entwicklung eines neuen europäischen Online-Beratungsprogramms mitgewirkt. *MindyourTrip* richtet sich an 14- bis 25-jährige NPS-Konsumierende und soll Informationen vermitteln sowie zur Selbstreflexion und Inanspruchnahme von Beratung motivieren⁹³.

Das im letztjährigen Bericht (Weigl et al. 2017) erwähnte Projekt *Look@your.Life* des BMI wird nun als Bestandteil des Gesamtprogramms zur Kriminalprävention weitergeführt (Lichtenegger, p. M.).

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) stehen seit 2015 stärker im Fokus, da sie aufgrund ihrer häufig traumatischen (Flucht-)Erfahrungen, ihrer aktuellen Lebenssituation und der unsicheren Zukunftsperspektive ein höheres Risiko für Suchtentwicklung aufweisen. Es stellt sich jedoch die Frage, wie suchtpreventive Maßnahmen für diese spezifische Zielgruppe gestaltet sein sollen. Im Jahr 2017 hat die GÖG eine qualitative Studie zu den Suchtmittel-Erfahrungen von männlichen UMF im Raum Wien durchgeführt und die von ihnen genannten Ursachen und Lösungsideen erhoben (Strizek et al. 2017). Die Ergebnisse bestätigen den starken Einfluss der Lebensbedingungen und damit die Notwendigkeit, auf diese – im Sinne von Health in All Policies (HiAP) – entsprechend einzuwirken. Es wurden Empfehlungen abgeleitet, die sich u. a. auf eine zielgruppengerechte Adaption von (Präventions-)Maßnahmen, das Angebot einer breiten Palette an Inhalten und Methoden sowie vermehrte Angebote zur Tagesstrukturierung beziehen. Darüber hinaus werden verstärkte Arbeit an (niederschweligen) Schnittstellen zwischen der Suchthilfe und den für UMF relevanten Bereichen (Unterkünfte, Bildungsmaßnahmen) sowie Fortbildungsmaßnahmen sowohl für

92

Die Präsentationen sind auf der Website der EUSPR zu finden: <http://euspr.org/euspr2017/> (Zugriff 4. 5. 2018)

93

<https://www.praevention.at/news/news-detail/article/mind-your-trip-infos-und-beratung-fuer-junge-nps-konsumenten.html> (Zugriff 28. 6. 2018)

die Mitarbeiter/innen von Suchthilfe und Suchtprävention als auch für Mitarbeiter/innen aus der Flüchtlingshilfe empfohlen.

In diesem Zusammenhang kann auch von neuen Angeboten für die Zielgruppe junger Geflüchteter berichtet werden:

- » In Wien wurde vom Institut für Suchtprävention und dem *Verein Dialog* ein Theaterprojekt mit dem Titel „Die Dosis“ konzipiert, in dessen Rahmen gemeinsam mit jungen Menschen mit und ohne Fluchthintergrund im Alter von 16–25 Jahren ein Theaterstück entwickelt wurde. Themen des Stücks sind Konsummotive und Wirkungen von Suchtmitteln. Nicht nur die Schauspieler/innen, sondern auch die Zuschauer/innen sollen sich mit diesen Themen und eigenen Erfahrungen bzw. Erfahrungen von Freundinnen/Freunden auseinandersetzen. Für die Schauspieler/innen bedeutete das Mitwirken an der Erarbeitung des Stücks zusätzlich eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung. Zwei Künstler/innen leiteten die Gruppe an und setzten Methoden der Bewegungsimprovisation, des „Story Tellings“ und des Tanzes ein. Am 26. Juni 2018 fand die Premiere statt.
- » In OÖ wurde Ende 2017 vom Verein Neustart ein Pilotprojekt gestartet, in dem Jugendliche aus Afghanistan, Nigeria und anderen Ländern als Peers von ihren Erfahrungen mit Straffälligkeit aufgrund einer Übertretung des Suchtmittelgesetzes berichten sollen. Erste Workshops haben stattgefunden, das Feedback dazu war gut (Schmid, p. M.). Es hat sich bestätigt, dass sowohl Auswahl und Vorbereitung der Peers als auch das Setting der Workshops von großer Bedeutung sind. Auf Basis dieser Erfahrungen soll das Projekt weiterentwickelt werden.
- » Die Fachstelle NÖ bietet kostenlose suchtpreventive Workshops (3 Einheiten) für (freiwillig teilnehmende) junge Geflüchtete an, die je nach Wissensstand und Interesse der Teilnehmenden Grundlagen der Suchtvorbeugung vermitteln, Ressourcen aktivieren und fördern, aber auch den Umgang mit Bedürfnissen, Gefühlen und Konflikten thematisieren und Informationen über Beratungs- und Hilfsangebote vermitteln. Zusätzliche Workshops richten sich an UMF-Betreuer/innen (4 Einheiten), um diese in ihrer täglichen Arbeit zu stärken.

Fortbildungen zum Thema Sucht und Suchtprävention für Mitarbeiter/innen von Einrichtungen zur Betreuung, Beratung und Begleitung von geflüchteten Menschen werden in Österreich vermehrt angeboten, so z. B. auch vom Kardinal König Haus in Wien oder der Fachstelle für Suchtprävention NÖ. Ihr Ziel ist es, praxisnahe Grundlagen zu vermitteln und dabei auf interkulturelle Aspekte, aber auch auf die Möglichkeiten zur Förderung von Ressourcen und Resilienz der Jugendlichen sowie deren Betreuer/innen einzugehen. Auch hier werden Informationen zu Beratungs- und Hilfsangeboten vermittelt. Von der Fachstelle für Suchtprävention NÖ wurde darüber hinaus im April 2018 auch eine Fortbildung für Dolmetscher/innen und Sprachhelfer/innen angeboten. Diese sollen u. a. für die Unterstützung bei der Durchführung der UMF-Workshops geschult werden.

Beispiele weiterer neuer Maßnahmen in den Bundesländern:

- » Seit November 2016 bietet *VIVID – Fachstelle für Suchtprävention* die offene Seminarreihe *PRÄKOM – Präventionskompetenz in Jugendarbeit und Jugendhilfe* an, um Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen in Jugendarbeit und Jugendhilfe Fachwissen zum Thema Suchtvorbeugung zu vermitteln sowie ihre Handlungskompetenz und Sicherheit im Umgang mit riskant konsumierenden Jugendlichen sowie suchtbelasteten Herkunftssystemen zu stärken. Die Vernetzung der verschiedenen Bereiche ist ebenfalls Ziel der Seminarreihe.
- » In Wien bietet das Institut für Suchtprävention seit 2017 für Mitarbeiter/innen aus den Bereichen Freizeit, Beratung, Bildung und Betreuung, die bereits das Basisseminar „Grundlagen zu Sucht und Prävention im Kindes- und Jugendalter“ absolviert haben, ein weiteres Modul zum Thema *Risikokompetenz im Umgang mit Suchtmitteln und Glücksspiel* an.
- » Im Bundesland Salzburg wird das Programm *SKOLL – Selbstkontrolltraining für den verantwortungsbewussten Umgang mit Suchtstoffen und anderen Suchtphänomenen* bei jungen Menschen ab 16 Jahren eingesetzt, um diese bei der Reflexion ihres Konsums zu unterstützen. Auf diese Weise sollen individuelle Verhaltensänderungen angeregt und erprobt werden. Das Programm wurde in Deutschland evaluiert.
- » Das Programm *Familien stärken* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2) wird seit April 2018 auch in Oberösterreich angeboten.
- » Die Fachstelle NÖ bietet seit Januar 2018 das Projekt *Checkpoint* an (Hörhan, p. M.). Es werden einerseits Veranstalter/innen beraten und andererseits junge Menschen im Nachtleben direkt angesprochen und beraten. Das Angebot ist kostenlos, vertraulich und freiwillig und besteht aus einem Infostand, einem Chill-Out-Bereich und einem Kreativbereich.

Des Weiteren wurden manche der bestehenden und **österreichweit eingesetzten Programme** (vgl. auch Abschnitt 4.2.2.1) **weiterentwickelt**:

- » Das Lebenskompetenzprojekt *eigenständig werden* für Volksschulen wurde auf Basis der langjährigen Erfahrungen zu *Gemeinsam stark werden* weiterentwickelt (Prenn 2018 und Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2018). Neue Impulse aus der Resilienzforschung und der Entwicklungspsychologie, aber auch Themen wie Achtsamkeit und Unterschiedlichkeit wurden berücksichtigt.
- » Für *feel-ok.at* gibt es neue Module, u. a. eines für Eltern zur Förderung der Beziehung mit den Kindern in der Pubertät oder in schwierigen Situationen (kontakt+co 2018).

Kinder aus suchtbelasteten Familien sind eine wichtige Zielgruppe, für die ebenfalls bestehende Angebote ausgebaut bzw. neue entwickelt werden. In Wien gibt es seit 2017 ein neues Modul zu diesem Thema, das jenen Fachkräften, die mit Kindern und Jugendlichen arbeiten und bereits das Basisseminar „Grundlagen zu Sucht und Prävention im Kindes- und Jugendalter“ absolviert haben, offen steht. Anlässlich der Frühlingsakademie 2018 des *Vereins Dialog* wurde von weiteren Entwicklungen zum Thema Kinder suchtbelasteter Familien berichtet (Springer und Zeisel, p. M.). Auswertungen zu den Erfahrungen der seit 2014 bestehenden Mutter-Kind-Gruppe des *Vereins Dialog* (8 Termine mit 2 Einheiten und spezifischen Themen und fachlicher Anleitung durch Sozialarbeiterinnen und Frühförderin) bestätigen, dass das Angebot auf Akzeptanz stößt und zu

einer Verringerung der sozialen Isolation der Mütter beitragen kann: Die Kontakte der Mütter untereinander bestehen über die Gruppe hinaus. Die Möglichkeit für einen offenen Austausch innerhalb der Gruppe zur eigenen Suchterkrankung und dem Umgang damit gegenüber dem Kind scheint für diese Mütter besonders wichtig zu sein (auch hinsichtlich der Auseinandersetzung mit der Selbst- und Fremdwahrnehmung). Dem Wunsch nach einer Fortsetzung wurde insofern entsprochen, als die Mütter nun an mehreren Durchläufen teilnehmen können (bis das Kind einen Kindergarten besucht). Aufgrund der positiven Erfahrungen ist das Projekt *Kleiner Leuchtturm* entstanden, das seit Anfang 2017 getestet wird. Es richtet sich direkt an betroffene Kinder (8- bis 10-Jährige) und zwar speziell an jene, die bereits seit mindestens sechs Monaten bei Pflegeeltern oder in betreuten Wohngemeinschaften untergebracht und in Kontakt mit ihren leiblichen Eltern sind⁹⁴. Es baut auf dem Konzept der Mentalisierung auf, d. h., unter Anleitung soll das Erkennen von und der Umgang mit Gefühlen erlernt bzw. verbessert werden. Die Kinder sollen in der Gruppe auch erfahren, dass sie mit ihrer Situation nicht allein sind, und sich mit anderen Betroffenen über Erfahrungen austauschen. Zusätzlich zu den 10 Terminen der Kindergruppe werden für die Pflegeeltern und Bezugsbetreuer/innen drei Elternabende organisiert, an denen über die Inhalte der Kindergruppe informiert wird, mögliche Reaktionen der Kinder darauf sowie Fragen zum Umgang mit den Kindern besprochen werden. Die Arbeit mit den Kindern beinhaltet viele spielerische und kreative Elemente, aber auch das angeleitete Gespräch. Ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie begutachtet die Kinder vorher, um jene auszuschließen, die den Anforderungen eines Gruppensettings nicht gewachsen sind – wobei dies bisher noch nicht der Fall war. Die bisherigen Erfahrungen (aus zwei Durchgängen) zeigen, dass die Kinder sehr viel ausagieren und sehr viel Bewegung benötigen. Das Feedback der Kinder, das nach jedem Termin eingeholt wird, zeigt außerdem, dass sie das Reden über das Thema Sucht eher schwer ertragen und daher sehr viel Interaktion notwendig ist.

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Fachstellen für Suchtprävention, der *Österr. ARGE Suchtvorbeugung*, des Bildungsressorts (seit 2018 BMBWF) und des FGÖ sowie weiterer relevanter Einrichtungen sowie in früheren Berichten zur Drogensituation und im *Best practice portal* der EMCDDA. Aus der Fülle der Präventionsmaßnahmen, die in Österreich umgesetzt werden, wurden hier nur einige Beispiele herausgegriffen. Es wurden v. a. jene Projekte ausgewählt, die zumindest bundeslandweit oder als Pilotprojekte umgesetzt werden. Um die verschiedenen Ansätze in der Praxis herauszustrreichen, werden vereinzelt auch Maßnahmen erwähnt, die speziell auf legale Suchtmittel oder substanzungebundenen Suchtverhalten ausgerichtet sind.

94

http://www.dialog-on.at/sites/default/files/downloads/kleinerleuchtturm_folder_100x210_rz_low_20170512.pdf (Zugriff 5. 4. 2018)

Studien

Qualitative Studie zu UMF und Sucht (Strizek et al. 2017): Es wurden 39 Interviews mit UMF in Wien bzw. Wien-Umgebung geführt. Die Teilnahme war freiwillig, die Auswahl erfolgte je nach Einrichtung unterschiedlich, die UMF erhielten je 20 Euro Aufwandsentschädigung pro Interview. Es meldeten sich lediglich männliche UMF, die mehrheitlich einen afghanischen Familienhintergrund hatten. Ergänzend wurden Interviews mit jenen Personen geführt, die beruflich mit UMF zu tun haben. Zwei Fokusgruppen zu Beginn und ein Workshop am Ende der Studie vereinten jeweils diese Fachleute mit Fachleuten aus dem Bereich der Suchtprävention bzw. -suchtberatung.

Gesundheitsfolgenabschätzung (VIVID und GFA-Netzwerk Steiermark 2018): Diese folgte der Methodik einer kurzen Version einer Gesundheitsfolgenabschätzung („Schreibtisch-GFA“), die eine pragmatische Literaturrecherche nach systematischen Überblicksarbeiten mittels Pubmed und Google Scholar, die Analyse epidemiologischer Daten sowie eine externe Begutachtung beinhaltet.

4.6 Bibliographie

- ARGE Suchtvorbeugung (2014). Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.
- ARGE Suchtvorbeugung (2016). 20 Handlungsempfehlungen zur Förderung eines verantwortungsvollen Umgangs mit Alkohol in Österreich. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. 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 (2007). Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Schulpsychologie Bildungsberatung. Wien.
- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Schulpsychologie Bildungsberatung. Wien.

- BMUKK (2012). Suchtprävention in der Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur, Abteilung Schulpsychologie – Bildungsberatung. Wien.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Kompetenzen Fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2018). Newsletter der Fachstelle für Suchtprävention NÖ Mai 2018. St. Pölten.
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Haas, S., Busch, M., Kerschbaum, J., Türscherl, E., und Weigl, M. (2012). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ (Hg.). Wien.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Puhm, A., Schmutterer, I., Strizek, J., Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- Institut Suchtprävention (2015). Jahresbericht 2014. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Institut Suchtprävention (2016). Forty four, Das Präventionsmagazin. Nr. 26, Frühjahr/Sommer 2016. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Kontakt+co (2018). Sucht + Prävention 2018/2. Newsletter. Kontakt+co Jugendrotkreuz. Innsbruck
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Steiermark (2013). Steirischer Aktionsplan Alkoholprävention. Empfehlungen für die Planungs- und Umsetzungsphase 2014 – 2020. Version Juli 2013. Graz.
- Prenn, A. (2018): Prävention. In: Vorarlberger Sucht- und Drogenbericht 2018 (in Vorbereitung). Amt der Vorarlberger Landesregierung (Hrsg.). Bregenz.
- Stiftung Maria Ebene (2015). Jahresbericht 2014. Frastanz.
- Stiftung Maria Ebene (2018). Jahresbericht 2017. Frastanz.

- Strizek, J., Anzenberger, J., Puhm, A., Weigl, M. (2017): Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- TEDI (2011). Fact Sheet on Drug Checking in Europe. Trans European Drugs Information (TEDI) workgroup. Nightlife, Empowerment & Well-being Implementation Project funded by the European Union in the framework of the Health Programme.
- Uhl, A., Bachmayer, S., Schmutterer, I., Strizek, J. (2018). Handbuch Alkohol – Österreich. Band 3: Gesetzliche Grundlagen 2017. Gesundheit Österreich GmbH. Wien
- VIVID und GFA-Netzwerk Steiermark (2018): Gesundheitsfolgenabschätzung zur Änderung des NichtraucherInnenschutzes in der Gastronomie mit erweitertem Jugendschutz. Ergebnisbericht. Graz.
- 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.
- Z6/Drogenarbeit (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Drogenarbeit Z6. Innsbruck.

4.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

- BGBl 1989/620. Bundesgesetz vom 28. November 1989 zur Regelung des Glücksspielwesens (Glücksspielgesetz – GSpG), über die Änderung des Bundeshaushaltsgesetzes und über die Aufhebung des Bundesgesetzes betreffend Lebensversicherungen mit Auslosung
- BGBl 1995/431. Bundesgesetz über das Herstellen und Inverkehrbringen von Tabakerzeugnissen und verwandten Erzeugnissen sowie die Werbung für Tabakerzeugnisse und verwandte Erzeugnisse und den Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutz (Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz – TNRSg)

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Drobesch-Binter, Barbara	Amt der Kärntner Landesregierung; Abt. 5 – UA Prävention und Suchtkoordination
Gollner, Gerhard	Kontakt + co Jugendrotkreuz
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Kahr, Claudia	VIVID – Fachstelle für Suchtprävention
Lichtenegger, Daniel	BMI/.BK
Schmid, Lukas	Verein Neustart Oberösterreich
Schmidbauer, Rainer	Institut Suchtprävention der pro mente OÖ
Springer, Nadja	Verein Dialog
Weissensteiner, Markus	Fachstelle für Suchtprävention NÖ
Zeisel, Ursula	Verein Dialog

4.9 Anhang

Österreichweit eingesetzte standardisierte Suchtpräventionsinterventionen der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Die folgenden Programme wurden von oder mit den Fachstellen für Suchtprävention entwickelt und zielen auf eine Förderung der Lebenskompetenzen ab. Zur Sicherung der Nachhaltigkeit werden Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mit Hilfe von standardisiertem Material, Eltern werden über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss eingebunden und informiert.

Das Programm *eigenständig werden* – seit 2018 *Gemeinsam stark werden* – wird in Volksschulen (6- bis 10-Jährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt. Seine Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht des Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und Miteinbeziehen des Gruppenprozesses. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2002 (B, K, S, St, T, W), 2004 (NÖ) bzw. 2006 (V) und umfasst eine Ausbildung der Volksschullehrer/innen im Ausmaß von 24 UE.

Seit Beginn des Programms wurden in ganz Österreich 7.996 Lehrer/innen ausgebildet und über diese geschätzte 99.799 Schüler/innen erreicht. Im Schuljahr 2017/2018 wurden 455 Lehrer/innen ausgebildet und 93 Schulen sowie 451 Klassen erreicht.

Das Programm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch Berücksichtigen der Zusammenhänge zwischen Problembereichen (Gewalt, Sexualität, Konsum und Sucht) und den Herausforderungen des Alltags sowie geschlechtsspezifischer Bedürfnisse. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer/innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt sechs Seminartagen. Auf Klassenebene sollen zumindest 10 Unterrichtseinheiten pro Schulstufe umgesetzt werden.

Seit Beginn des Programms wurden in ganz Österreich 1.464 Lehrer/innen zertifiziert, 1.615 befinden sich in Ausbildung, geschätzte 2.767 Lehrer/innen setzen das Programm aktuell um und erreichen damit geschätzte 1.842 Klassen und 42.366 Schüler/innen.

Unter dem Namen *movin'* bzw. *MOVE* (W) werden von den Fachstellen standardisierte Seminare zur Methode *Motivational Interviewing* angeboten, die nicht nur in der Suchtprävention, sondern z. B. auch in der Suchtberatung eingesetzt wird. Sie ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft 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 (S) oder 2009 (V).

Im Schuljahr 2017/2018 wurden österreichweit 497 Personen in 33 Kursen geschult. Folgende Berufsgruppen bzw. Settings wurden dabei erreicht:

Mitarbeiter/innen von Suchtberatung, Streetwork, Jugendarbeit, Kinder- und Jugendhilfe, Jugendcoaching, Jugendberatung des AMS, Schulsozialarbeit, Sozial- und Integrationspädagogik, pädagogischen (Jugend-)Wohneinrichtungen, Familienintensivbetreuung, Kliniksozialarbeit, Sozialökonomischen Betrieben bzw. Arbeitsprojekten, Bewährungshilfe, Obdachlosenhilfe oder Ernährungsberatung. Aber auch psychiatrisches Pflegepersonal, AMS-Trainer/innen, „social networker“, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiter/innen, Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen, Ärzte und Ärztinnen sowie Schulärzte und Schulärztinnen.

Bei *Move* wurden zusätzlich auch Führungskräfte, Lehrlingsausbildner/innen und Vertrauenspersonen in Betrieben (Betriebsräte und Betriebsrätinnen, Arbeitsmediziner/innen, Arbeitspsychologen und Arbeitspsychologinnen sowie Sicherheitsfachkräfte erreicht.

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	135
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	142
5.2.5	Qualitätssicherung	153
5.3	Trends.....	155
5.4	Neue Entwicklungen.....	157
5.5	Quellen und Methodik.....	160
5.6	Bibliographie	161
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	163
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	164
5.9	Anhang.....	164

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 bundeslandeseigener 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 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 zu verschiedensten Aspekten, 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.

Qualitätssicherung von Behandlung erfolgt auf Basis gesetzlicher Vorgaben und Standards auf Bundes- bzw. Landesebene. Ganz wesentlich sind dabei diverse Aus- und Fortbildungen sowie andere Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch (z. B. Tagungen, Qualitätszirkel). Evaluierungen werden eher unregelmäßig durchgeführt, eine Ausnahme stellen die regelmäßigen Befragungen der (ehemaligen) Klientinnen und Klienten der Therapiestationen *Carina* und *Lukasfeld* dar. Diese zeigen relativ gute Werte hinsichtlich einer erfolgreichen bzw. regulären Beendigung der Therapie, aber auch Möglichkeiten für Verbesserungen.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2017 geschätzt 24.245 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus 3.927 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2017 begonnen haben, und 20.213 Personen, die bereits beim Jahreswechsel 2017/2018 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 20.418 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.379 Personen). Je nach Setting sind die in den Suchtthilfeeinrichtungen betreuten oder behandelten Klientinnen/Klienten eher jünger (kurzfristige Kontakte) oder älter (langfristige stationäre

Behandlung). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 75 und 81 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf. Der Großteil jener Klientinnen/Klienten, die eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hat die österreichische Staatsbürgerschaft.

Trends

In der ambulanten drogenspezifischen Behandlung nahmen Opioide als Leitdroge bis 2013 ab und schwanken seither um einen Anteil von etwa 50 Prozent, Cannabis hingegen nahm zwischen 2006 und 2013 als Leitdroge zu und bewegt sich in den letzten Jahren um 35 Prozent. Bei den lebenszeitbezogenen Erstbehandlungen sind diese Trends etwas stärker ausgeprägt (Abnahme der Opiate von fast 50 Prozent auf 25 Prozent, Anstieg von Cannabis von etwa 40 Prozent auf über 50 Prozent). Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulantien gewannen in der Behandlung bis zum Jahr 2013 quantitativ etwas an Bedeutung. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums darstellt oder nun auch weniger problematische Fälle – unabhängig von den konsumierten Drogen – in die drogenspezifische Behandlung aufgenommen werden, kann auf Basis der verfügbaren Daten nicht gesagt werden. In den Jahren 2013 bis 2017 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt bzw. verläuft seither nicht eindeutig. Insgesamt ist bei der Interpretation dieser Daten zu berücksichtigen, dass der weitaus größte Teil von Personen in Substitutionsbehandlung und die damit zahlenmäßig relevanteste Gruppe in diesen Zahlen nicht enthalten ist.

Positiv hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate⁹⁵ von Personen mit Opioid-Problematik.

Neue Entwicklungen

Die Bereiche Beratung, Betreuung und Behandlung sind zunehmend auf integrierte Konzepte ausgerichtet, die regionale Vernetzung steht durchwegs im Vordergrund neuer Entwicklungen. In allen Bereichen wird an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet – z. B. um die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung auch langfristig abzusichern, Personen mit Migrationshintergrund besser zu erreichen oder passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können.

Durch die im Oktober 2017 beschlossenen Gesetzesänderungen wurden die Details der Substitutionsbehandlung aus der Suchtgiftverordnung herausgenommen. Stattdessen wird auf eine medizinische Leitlinie verwiesen, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde. Zusammen mit der Gesetzesänderungen hat die Leitlinie die Intention, dass die Substitutionsbehandlung zukünftig wie andere medikamentöse

95

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

Behandlungen bewertet wird. Damit ist nicht nur ein weiterer wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung von Opioidabhängigen getan. In der Folge kann sich diese Veränderung auch positiv auf die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern auswirken, in diesem Feld tätig zu werden.

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 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 größtenteils die Notwendigkeit eines breiten Spektrums an Behandlungs- und Betreuungsmaßnahmen (inklusive vielfältiger Methoden). Nur interdisziplinäre Teams können auf die unterschiedlichen Ursachen und Verlaufsformen sowie die individuellen Problematiken und Bedürfnisse eingehen. Ein entsprechend breites Handlungsspektrum soll abstinenzorientierte, substituierende und suchtbegleitende Maßnahmen sowie Maßnahmen zur Nachsorge und Integration suchtkranker Personen beinhalten. Dazu sind einrichtungsübergreifende Vernetzung und Kooperation sowie multiprofessionelle Teams notwendig. Sowohl die *Suchtstrategie NÖ* als auch die *Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013* stellen die Förderung der Lebensqualität unabhängig vom aktuellen Drogenkonsum- bzw. Abhängigkeitsstatus als prioritär dar. Die *Suchtstrategie NÖ* beschreibt Abstinenz als mögliches Ziel nach einer Stabilisierung, wobei betont wird, dass die Entscheidung bei den Betroffenen liegt. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist auf die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen hin. Immer mehr Strategien verfolgen integrierte Konzepte, wie z. B. der Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020 (Land Salzburg 2016), das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015 bis 2025 (Land Vorarlberg 2014) oder der Strukturplan Gesundheit 2025 für die Steiermark (Gesundheitsfonds Steiermark 2017), die auf eine suchtübergreifende Ausrichtung bzw. überhaupt eine stärkere Verankerung im allgemeinen Gesundheitswesen bzw. speziell im Bereich Psychiatrie abzielen (vgl. auch Abschnitt 5.4 und Kapitel 1).

Hinsichtlich konkreter Maßnahmen gibt es unterschiedliche Pläne. Einige Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer betonen beispielsweise die Notwendigkeit einer getrennten Versorgung von jugendlichen und erwachsenen Suchtkranken. In manchen Strategien werden getrennte Angebote für Konsumierende verschiedener Substanzen geplant, andere legen den Fokus auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Vernetzung spezialisierter Einrichtungen mit dem allgemeinen Ge-

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

Die **Koordination der Umsetzung** von Suchtberatung und -behandlung entsprechend den Drogen- bzw. Suchtstrategien/-plänen liegt im Wesentlichen auf Ebene der Bundesländer bzw. bei den 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 BMASGK (entsprechend § 15 und 16 SMG)
- » Finanzierung von *Therapie statt Strafe* durch das BMJ (vgl. Kapitel 1)
- » Führen eines Substitutionsregisters zur Verhinderung von Mehrfachbehandlungen durch das BMASGK (§ 24 und § 25 SMG, vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)
- » Bereitstellen von Suchtgiftvignetten 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 orale Substitution* (WbVO) berechtigt sind (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5)

In § 15 SMG ist die oben genannte Kundmachung von Einrichtungen der Suchthilfe unter Berücksichtigung regionaler Erfordernisse und in ausreichender Zahl mittels Bundesgesetzblatt 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 Suchthilfe-Einrichtungen in Form von Zuschüssen durch den Bund ist in § 16 SMG eine Kann-Bestimmung enthalten. Davon ausgenommen sind jedenfalls jene Maßnahmen der Krankenbehandlung, für die ein Sozialversicherungsträger, eine Krankenfürsorgeanstalt oder ein Sozialhilfeträger aufzukommen hat. Die Zuschüsse des Bundes sind von Zuschüssen aus Mitteln anderer Gebietskörperschaften abhängig.

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). 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. Diese haben die Qualifikation der Ärztin / des Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob der Arzt / die Ärztin in die Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Die Amtsärztinnen und -ärzte vidieren die von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ausgestellten Substitutionsdauerverschreibungen: Bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Indikationsstellung oder Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung⁹⁶ auch verweigern (vgl. Abschnitt 5.2.5). Weitere gesetzlich definierte Aufgaben in diesem Zusammenhang: Die behandelnde Ärztinnen und Ärzte haben den Amtsärztinnen und -ärzten die erforderlichen Auskünfte zu erteilen. Die Amtsärztinnen und -ärzte haben sich auch davon zu überzeugen, dass sich die Patientin / der Patient erforderlichenfalls weiteren gesundheitsbezogenen Maßnahmen (§12 Suchtmittelgesetz, SMG) unterzieht, und bei Bedarf motivierend auf die Patientin / den Patienten einzuwirken. Kopien von Substitutionseinzelschreibungen müssen von der Apotheke unmittelbar nach Abgabe den zuständigen Amtsärztinnen/-ärzten zur Kontrolle übermittelt werden. Bei Abweichungen von den Verschreibungsvorschriften müssen die Amtsärztinnen/-ärzte eine Kopie der Einzelschreibung an das BMASGK senden und entsprechende Veranlassungen bei der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt (bis zu Verwaltungsstrafen durch die juristischen Abteilungen) einleiten. Weiters werden die Suchtgiftvignetten an bezugsberechtigte Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitseinrichtungen abgegeben bzw. bei Verlust in einer Datenbank des BMASGK gesperrt. Die Amtsärztinnen und -ärzte kontrollieren auch die patientenunabhängige Dokumentation der Suchtgiftverschreibungen und stellen Bescheinigungen für das Mitnehmen suchtgifthaltiger Arzneimittel sowie psychotroper Stoffe (z. B. Benzodiazepine) auf Reisen aus (§ 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 müssen entscheiden, welche Personen zu einer Begutachtung eingeladen werden, müssen diese durchführen und entsprechende Einschätzungen hinsichtlich des Drogenkonsums der begutachteten Personen treffen. Des Weiteren müssen sie entscheiden, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist und welcher Art diese 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 darüber einfordern.

Die Österreichische Ärztekammer wiederum ist zuständig für ein ausreichendes Weiterbildungsangebot betreffend die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Abschnitt 5.2.5). Die Eintragung in die bzw. Streichung aus der Liste der zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen berechtigten Ärztinnen und Ärzte erfolgt durch die Bezirksverwaltungsbehörde.

96

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

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMASGK bzw. der Finanzierung von *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 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 Institut für Suchtdiagnostik (ISD) erforderlich. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Sozialversicherung, vor allem bei Entzugsbehandlung, Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen und teilweise auch bezüglich der Übernahme von Kosten der stationären Behandlung. Für die Klienten/Klientinnen selbst fallen in der Regel keine Kosten an, selbst von den Rezeptgebühren sind viele 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 vermehrt Vereinbarungen mit der Sozialversicherung getroffen und eine eigene Leistungsposition „Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen“ geschaffen werden (vgl. Weigl et al. 2015). Dadurch ist es möglich geworden, die Substitutionsbehandlung mit der jeweiligen Gebietskrankenkasse abzurechnen. Dies ist für viele Ärztinnen und Ärzte eine wichtige Voraussetzung für die Behandlung und trägt viel zur Sicherstellung der Versorgung bei.

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

Grundsätzlich steht Personen mit Suchterkrankung das gesamte Gesundheitssystem zur Verfügung und wird von diesen auch genutzt. Zusätzlich gibt es jedoch 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 an psychosozialen Dienstleistungen anbietet (z. B. Psychosozialer Dienst Burgenland). Andererseits spielen auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner/innen, Psychiater/innen), Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oder Ambulanzen von (psychiatrischen) Krankenhäusern eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung.

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

Nutzung der ambulanten Einrichtungen

Im Jahr 2017 waren in den DOKLI-Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.5) insgesamt 8.447 Personen in längerfristiger ambulanter Behandlung. 18.632 Personen unterzogen sich laut *eSuchtmittel* einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 18.632 Personen wurden 854⁹⁷ in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 897 der 18.632 Personen waren stationär aufgenommen, werden also ebenfalls dem stationären Sektor zugezählt. Geht man in DOKLI von einer Mehrfachzählung von 22 Prozent außerhalb Wiens (in Wien können Doppelzählungen mit Hilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden) und einer Abdeckung (Coverage) von 93 Prozent außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Coverage 100 %) aus und berücksichtigt man eine durchschnittliche Überschneidung von Substitutionsregister und DOKLI bei Opioidabhängigen von 70 Prozent⁹⁸, kommt man zu folgenden Zahlen:

- » Geschätzt 9.439 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2017 eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung in einer nach §-15-SMG-kundgemachten Einrichtung oder eine Substitutionsbehandlung in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen.
- » 12.780 Personen nahmen im Jahr 2017 eine Opioid-Substitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich. Es wird deutlich, dass sich die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum entwickelt hat (Abschnitt 5.2.3).

Stationäre Einrichtungen

Auch für stationäre Behandlung gilt, dass grundsätzlich das gesamte Gesundheitssystem für Personen mit 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 Grüne Kreis) oder einem Träger zugeordnet sind, der ein breiteres Spektrum an medizinischen oder psychiatrischen Behandlungen anbietet (z. B. Sucht- oder psychiatrische Abteilungen von Krankenhäusern). Aber auch jene Träger, die sich vor allem dem Thema Sucht widmen, können

97

Diese Zahl weicht von der in Kapitel 8 referierten Zahl ab. Dies liegt an den verschiedenen Datenquellen (Substitutionsregister vs. Meldung des BMJ) sowie daran, dass es sich bei der Zahl in Kapitel 8 um eine Stichtagsauswertung handelt und im gegenständlichen Kapitel um einen Jahreswert.

98

70 Prozent der im DOKLI-System aufscheinenden Personen mit Leitdroge Opioide sind auch im Substitutionsregister mit einer laufenden Behandlung eingetragen.

eine breite Palette von Maßnahmen abdecken, im Extremfall von der Suchtprävention über Beratung, ambulante und stationäre Entgiftung und Therapie sowie Krisenintervention bis zu Reintegration – und dies für verschiedene Suchtformen (z. B. Stiftung Maria Ebene).

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

Stationäre Einrichtungen haben häufig die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH oder eines Vereins. Es gibt aber auch (Sonder-)Krankenanstalten mit der Rechtsform einer GmbH sowie Stiftungen, die ebenfalls gemeinnützig sein können. Ob eine Einrichtung den Status einer (Sonder-)Krankenanstalt erhält, hängt von verschiedensten Faktoren ab, auf die hier nicht näher eingegangen wird.

Weitere Details zur Organisation (inklusive Finanzierung) stationärer Suchtbehandlung sind in GÖG/ÖBIG 2012 nachzulesen. Erwähnt werden soll hier, dass in Haft aufgrund des Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzips bei Krankheit die gleiche Behandlung ermöglicht werden soll wie in Freiheit; das gilt auch für die Suchtbehandlung (vgl. auch Kapitel 8).

Nutzung der stationären Einrichtungen

Im Jahr 2017 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 1.134 Personen in stationärer Behandlung. 18.632 Personen unterzogen sich laut *eSuchtmittel* einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 18.632 Personen wurden 854 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 435 waren stationär aufgenommen und sind bereits in den oben genannten 1.134 Personen enthalten. Geht man in DOKLI von einer Mehrfachzählung von 22 Prozent außerhalb Wiens (in Wien können Doppelzählungen mit Hilfe eines eindeutigen Identifiers ausgeschlossen werden) und einer Abdeckung von 93 Prozent außerhalb Wiens (in Wien beträgt die Abdeckung 100 %) aus, so ergeben sich folgende Zahlen:

- » Geschätzt 1.172 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2017 eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder eine stationäre Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen.
- » 854 Personen nahmen in Haft eine Substitutionsbehandlung in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich.

5.2.3 Schlüsseldaten

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben

Während sich die Angaben in den vorangegangenen Kapiteln auf alle Personen beziehen, die sich im Jahr 2017 wegen Drogenabhängigkeit in Behandlung befanden (unabhängig davon, wann sie mit ihrer Behandlung begonnen haben), folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2017 eine solche Behandlung begonnen haben. In der nachfolgenden Darstellung wurden die gleichen Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und Abdeckungsgrad in DOKLI bzw. Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister durchgeführt wie in Abschnitt 5.2.2., jedoch nicht die Korrekturen bezüglich Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister, da dies aufgrund der unterschiedlichen Grundgesamtheiten nicht möglich war. Es ist daher eine leichte Überschätzung der Anzahl der Personen mit Opioidproblematik anzunehmen.

Insgesamt haben im Jahr 2017 in Österreich geschätzt 4.670 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:

Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)

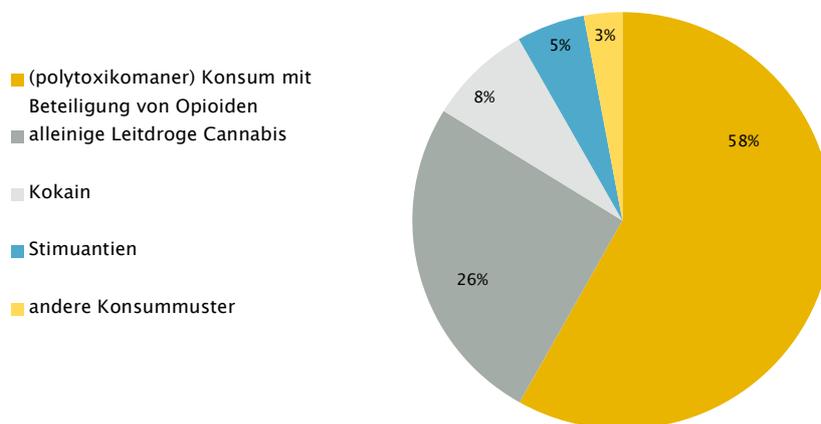
<i>Behandlungsart bzw. -ort</i>	<i>Anzahl Klientinnen und Klienten</i>
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	3.241
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	479
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	822
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	128
Suchtbehandlungen insgesamt	4.670

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

Abbildung 5.1 zeigt, dass fast 60 Prozent der geschätzten 4.670 Personen, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster; 26 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der Klientel die Leitdroge dar.

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)



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

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

Drogenkonsummuster im Behandlungsbereich insgesamt

Jenen etwa 4.670 Personen, die im Jahr 2017 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen etwa 20.300 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder den Jahren davor eine Behandlung begonnen haben, die bis 2017 (oder länger) andauert. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 24.245 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2017 (Schätzung)

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	9.439
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.780
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.172
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	854
Suchtbehandlungen insgesamt	24.245

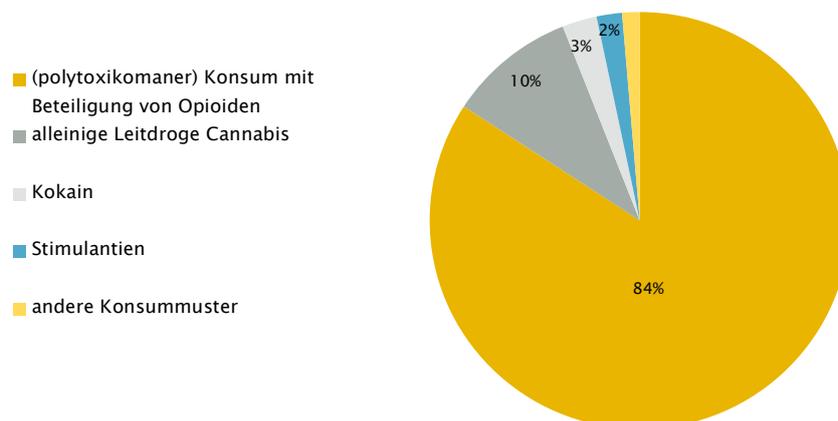
Quellen: GÖG – DOKLI, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der 24.245 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil 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 von allen Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2017



Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen:
Opioide > Kokain > Stimulantien > Tranquilizer > Halluzinogene > Cannabis

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

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis; diese machen etwa 2.379 Personen aus. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Charakteristika von behandelten Personen

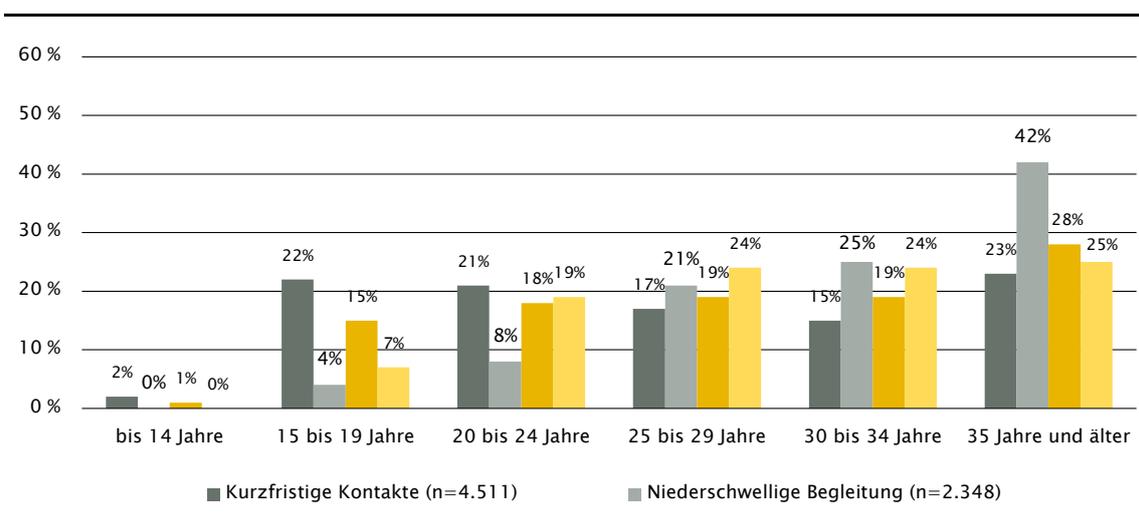
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klienten-Dokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten. Die wenigen vorhandenen Daten zu Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.4 dargestellt.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.625 Personen vor, die im Jahr 2017 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.676 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 789 Personen begonnen, bei 164 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 2.339 Personen erfasst, die im Jahr 2017 eine **niederschwellige Begleitung**, und 4.520 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen sieben (in langfristiger stationärer Betreuung) und 24 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen

29 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 43 Prozent (in langfristiger stationärer Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:
Anteil der Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 19 und 25 Prozent (vgl. auch Tabelle A5.1).

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI als Leitdroge und Begleitdroge erfasst⁹⁹. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen. Abbildung 5.4 zeigt die Leitdrogen mit Mehrfachnennungen für das Jahr 2017. Personen, die mehr als eine Leitdroge nennen, werden auch mehrfach in der Grafik berücksichtigt. Deshalb ergibt die Summe über die Leitdrogen mehr als 100 Prozent (vgl. auch Tabelle A5.2).

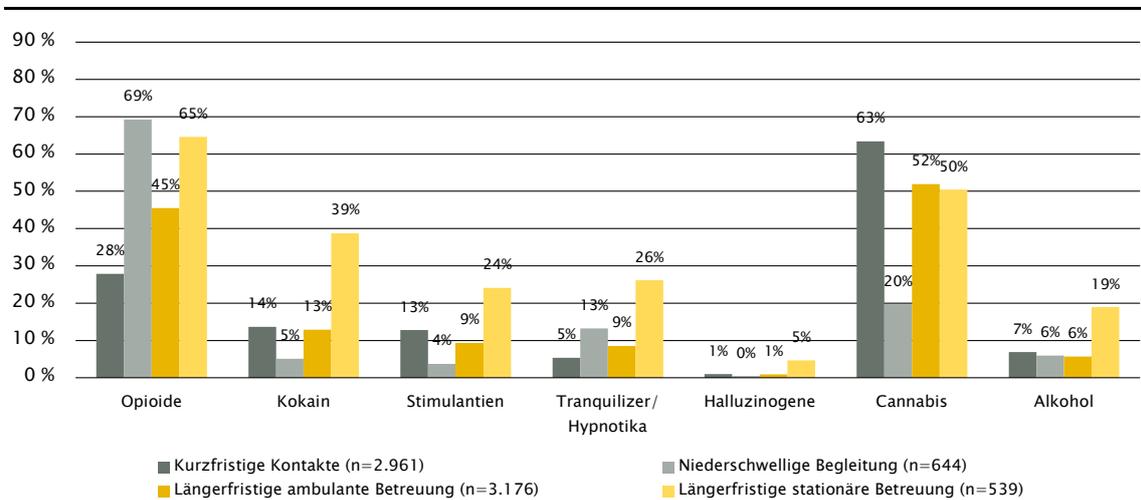
99

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 und gesundheitliche und nicht ausschließlich auf rechtliche Probleme. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur Inanspruchnahme der aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Leitdrogen angegeben werden.

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

Abbildung 5.4:

Leitdroge(n) der Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

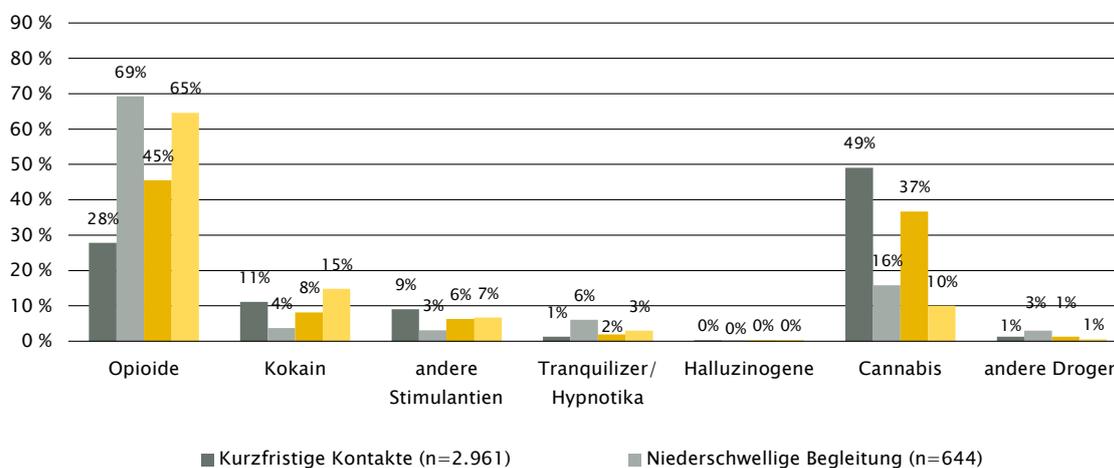
Eine andere Darstellungsform von Konsummustern ist die sogenannte „hierarchische Leitdrogendefinition“¹⁰⁰. In dieser Form werden die österreichischen Daten auch an die EMCDDA übermittelt. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.5).

100

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

Abbildung 5.5:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition, nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2017)



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

In beiden Darstellungsformen überwiegen zwei Gruppen: Personen mit Leitdroge Opioides und Personen mit Leitdroge Cannabis. In der hierarchischen Leitdrogendarstellung ist die Gruppe mit Leitdroge Cannabis wesentlich kleiner als in der Darstellung mit Mehrfachnennung, d. h., es gibt viele Personen, die neben der Leitdroge Opioides auch noch die Leitdroge Cannabis angeben. Weiters muss bei der Interpretation der Zahlen zu Cannabis bedacht werden, dass der Anteil von Personen mit behördlicher Therapieauflage (gesundheitsbezogene Maßnahmen gemäß § 11 SMG) in der Gruppe mit alleiniger Leitdroge Cannabis sehr hoch ist (siehe auch GÖG/ÖBIG 2013b).

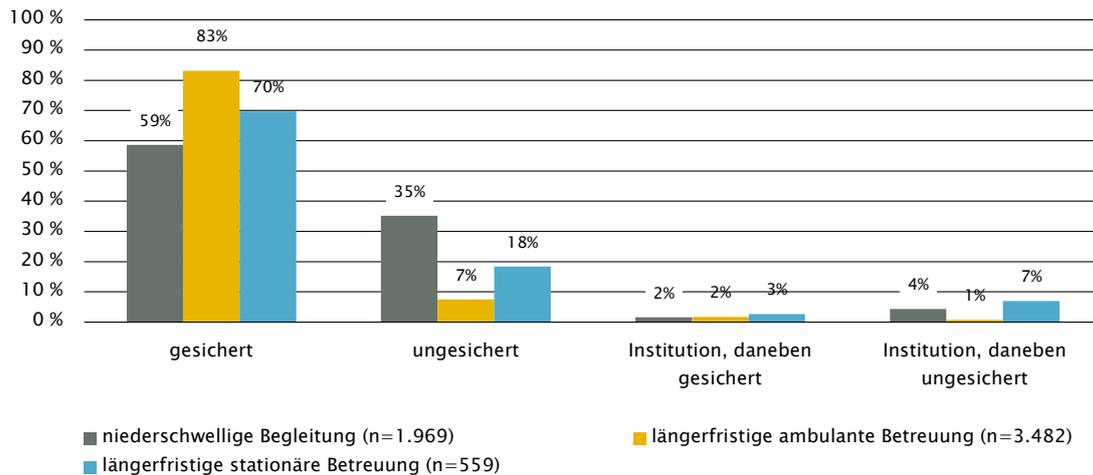
Im Gegensatz zu anderen EU-Ländern dominieren Opioides demnach im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge. Kokain und andere Stimulantien als Leitdroge spielen hingegen nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.4 und Abbildung 5.5).

30 Prozent der längerfristig ambulant und 52 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (kurzfristige Kontakte: 19 %, niederschwellige Betreuung: 67 % - vgl. Tabelle A5.3).

Soziale Situation: Im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting geben 83 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 70 bzw. 59 Prozent der Personen gesichert (vgl. Abbildung 5.6 und Tabelle A5.4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin / der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten sowohl im längerfristig ambulanten als auch 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 2017 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 32 %, längerfristig stationäre Betreuung: 10 %, niederschwellige Begleitung: 12 % - vgl. Tabelle A5.6).

Abbildung 5.6:
Personen, die sich 2017 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Migrationshintergrund: In DOKLI wird als Hinweis auf einen allfälligen Migrationshintergrund lediglich die Staatsbürgerschaft erfasst und dies auch nur bei längerfristiger Betreuung und Behandlung. Damit kann jedoch nur ein eingeschränktes Bild der Klientel gegeben werden, die Angebote der Suchthilfe in Anspruch nehmen. Der Großteil der Klienten und Klientinnen, die im Jahr 2017 eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hat die österreichische Staatsbürgerschaft (je nach Setting 81 bzw. 86 %; vgl. Tabelle A5.7). Nur ein kleiner Teil hatte die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes bzw. eines Nicht-EU-Landes (4-13 %), ein sehr geringer Anteil war staatenlos. Der Anteil der Klienten/Klientinnen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft liegt somit unter dem Anteil in der österreichischen Gesamtbevölkerung (15,8 %) ¹⁰¹. Um Aussagen darüber treffen zu können, ob mit dieser Inanspruchnahme-Rate auch der Behandlungsbedarf abgedeckt ist, ist weitere Forschung notwendig.

101

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstruktur/bevoelkerung_nach_staatsangehoerigkeit_geburtsland/index.html (13. 7. 2018)

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Einrichtungen für Betreuung bei Drogenabhängigkeit geben der Suchthilfekompass¹⁰² sowie regionale Informationsschienen. Der Großteil der spezialisierten ambulanten Einrichtungen bietet Beratung, Betreuung und Behandlung – und damit das gesamte Spektrum an gesundheitsbezogenen Maßnahmen nach § 11 SMG (vgl. Kapitel 2) – unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen; häufig werden auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nicht substanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Abgesehen von den spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung von Drogenabhängigen, dies gilt insbesondere für die Substitutionsbehandlung.

Zum Spektrum an verfügbaren spezialisierten ambulanten Angeboten gehören Sucht-/Drogenberatung (inklusive Rechtsberatung) sowie ambulante Entzugsbehandlung, psychosoziale Betreuung und Behandlung (z. B. Soziotherapie, Lebenskompetenztraining, verhaltens- oder kognitivtherapeutische Interventionen – inklusive Abklärung von psychischen 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 Arbeitsplatzterhaltung oder Schulung) sowie spezifische Leistungen für Angehörige von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen angeboten.

Ambulante Einrichtungen stehen – mit Ausnahme der Angebote in Wien – eher der Bevölkerung aus dem jeweiligen Bundesland zur Verfügung. Um z. B. in Niederösterreich eine entsprechende wohnortnahe Versorgung zu gewährleisten, wurden nicht nur die ambulanten Einrichtungen über Jahre hinweg ausgebaut, sondern auch zusätzliche Formen ambulanter Unterstützung etabliert. So bietet z. B. das ambulante Betreuungszentrum des *Grünen Kreises* in Wiener Neustadt zusätzlich mobile ambulante Vorbetreuung in ganz Niederösterreich an; AMS-Geschäftsstellen werden für Beratung, Begleitung und Weitervermittlung durch Mitarbeiter/innen des *Grünen Kreises* genutzt (Hörhan, p. M.). In speziellen Fällen wird auch die Inanspruchnahme des *Vereins Dialog* in Wien genehmigt.

Das Ziel spezifischer Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen mit einem unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrad, andererseits die Reduktion von Hürden, eine Beratung, Betreuung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Spezifische Angebote im ambulanten Bereich sind

102

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<http://suchthilfe-kompass.goeg.at/>).

z. B. *Beyond the line*, die spezifischen 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 (Z6/Drogenarbeit 2018). *Checkit!* bietet Konsumreduktionsgruppen an, die sich früher eher an Cannabis-Konsumierende gerichtet haben, mittlerweile aber auch für Amphetamin-, Ecstasy-, MMC-, Kokain-Konsumierende u. a. angeboten werden¹⁰³.

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung von drogenabhängigen Frauen relevant. Spezifische Angebote für Frauen sind jedoch nicht überall verfügbar. Beispielsweise bieten der *Verein Dialog* eigene Zeiten für Frauen (*Frauensache*).

Bereichsübergreifend (stationär und ambulant) sind die Maßnahmen, die in mehreren Bundesländern zur Verbesserung der Versorgung von substanzabhängigen Schwangeren und Müttern mit Kleinkindern umgesetzt werden (z. B. *DESK* in Niederösterreich¹⁰⁴; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011). Im Sinne eines vernetzten Handelns sind hier Suchthilfe, Geburtshilfe und Kinder- und Jugendhilfe involviert. Einzelne Bestandteile von *DESK* sind Informationsbroschüren für die betroffenen Frauen, das Helfersystem, Fortbildungsmaßnahmen für relevante Berufsgruppen und die Abstimmung von regionalen Vorgehensweisen. Diese Maßnahmen zielen sowohl darauf ab, die gesundheitliche Situation der substanzabhängigen Mütter zu verbessern, als auch auf Verbesserung ihrer Lebenssituation und damit auf suchtvorbeugende Wirkung auf die betroffenen Kinder.

Darüber hinaus gibt es etliche ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind – z. B. die sechs in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, – und allgemeine ambulante Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereitstellen, wie z. B. der *Verein Dialog* (Verein Dialog 2015).

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

In manchen Einrichtungen bestehen Wartelisten, die sich allerdings laufend ändern und von verschiedensten Faktoren wie der regionalen Verfügbarkeit und dem aktuellen Andrang abhängen. In manchen Einrichtungen wird bei großem Andrang nach dem Schweregrad bzw. der Dringlichkeit gereiht. Die breite bzw. nicht substanzspezifische Ausrichtung der ambulanten Einrichtungen erleichtert es nicht nur, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden, sondern auch, auf neue Entwicklungen mit Anpassungen zu reagieren. Schwieriger ist es jedoch für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separierte Angebote benötigen.

103

Mehr Information unter <http://www.checkyourdrugs.at/beratung-2/homebase/> (13. 7. 2018)

104

Mehr Information unter <https://www.fachstelle.at/desk/> (13. 7. 2018)

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass¹⁰⁵ und andere regionale Informationsschienen (z. B. eine Liste für die Steiermark¹⁰⁶). Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an.

Interventionen und Programme für spezifische Zielgruppen

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls thematisiert und berücksichtigt, wenn sie Teil des polytoxikomanen Konsums sind. Doch es gibt auch verstärkt Konzepte zur gemeinsamen Behandlung verschiedener Suchtformen innerhalb einer stationären Einrichtung. Beispielsweise steht die Abteilung für Abhängigkeitserkrankung des Landeskrankenhauses Amstetten-Mauer für den körperlichen Entzug sowohl von Alkohol und illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen¹⁰⁷. Die abstinenzorientierten Tiroler Einrichtungen Landeskrankenhaus Hall in Tirol¹⁰⁸ und Emmaus¹⁰⁹ behandeln sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioid-Abhängigkeit. Im *Schweizer Haus Hadersdorf* gibt es durch *Alkohol. Leben können.* neben ambulanter Behandlung für Abhängige von illegalen Drogen nun zusätzlich auch ambulante Behandlung für Alkoholabhängige. Allerdings stehen getrennte Bereiche zur Verfügung, Freizeitangebote und der Garten können jedoch von beiden Gruppen gemeinsam genutzt werden (Gegenhuber p. M.).

Das Ziel eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks verfolgen die meisten stationären Einrichtungen damit, dass sie auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen anbieten. Diese stehen grundsätzlich Personen aus ganz Österreich und auch aus dem Ausland offen. Zur Verfügbarkeit und den Charakteristika spezialisierter stationärer Einrichtungen sei auf GÖG/ÖBIG 2012 verwiesen. Darin sind Kapazität, therapeutische Ansätze und die im Allgemeinen an einer ganzheitlichen Behandlung orientierte Angebotspalette der Einrichtungen ausführlich beschrieben.

105

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen aufgelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<http://suchthilfe-kompass.goeg.at/>).

106

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (13. 7. 2018)

107

<https://mauer.lknoe.at/landeskrankenhaus-mauer/das-landeskrankenhaus-mauer.html> (13. 7. 2018)

108

<https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall>

109

<https://www.emmaus-innsbruck.at/was/was.php> (13. 7. 2018)

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 Bereich bereichsübergreifende Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation von Müttern und Neugeborenen. Dazu gehören Angebote in Wien im Rahmen des multiprofessionellen, interdisziplinären Betreuungsmodells von AKH und Neuropsychiatrischer Abteilung für Kinder und Jugendliche des Krankenhauses Rosenhügel und weiterer Einrichtungen (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2011).

Auch im stationären Bereich bestehen Wartelisten, die zum Teil starken Schwankungen unterworfen sind (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Auch hier gilt, dass die meisten Einrichtungen ein breites und substanzunspezifisches Angebot bieten, was es leichter macht, bei Bedarf einen geeigneten Platz zu finden. Schwieriger ist die Angebotssuche für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separate Angebote benötigen.

E-health Interventionen im Drogenbereich

Gemäß Suchthilfekompass bieten die *Drogenberatung des Landes Steiermark*, die *Ambulante Suchtpräventionsstelle der Innsbrucker Soziale Dienste GmbH* in Tirol, die *Psychosozialen Zentren GmbH*, *Suchtberatung Schwechat* in Niederösterreich und die Vorarlberger Einrichtung *Clean* Internetberatung mittels E-Mail an. Zusätzlich betreut *Clean* auch ein Internetforum.

Die *Stiftung Maria Ebene* betreut ein SOS-Forum im Internet, in dem Hilfesuchende einen kurzen anonymen Rat bekommen. In der gleichen Einrichtung wurde ein digitaler Therapiepass „ROSL“ eingeführt, der die Möglichkeit der Therapieplanung, Selbstbeobachtung und Selbstbelohnung bietet (Stiftung Maria Ebene 2018). Seit Herbst 2017 bietet die Wiener Einrichtung *Schweizer Haus Hadersdorf* in Kooperation mit der Sigmund Freud Privat Universität und der Plattform *Instahelp* Onlineberatung von 8:00 bis 23:00 an¹¹⁰. Der *Verein Dialog* bietet seit dem Jahr 2016 das Video-dolmetschen als Regelangebot (Verein Dialog 2017).

Evaluation von Suchtbehandlung

Hinsichtlich der Evaluationen von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen kann nur auf einzelne Studien verwiesen werden, die die Einrichtungen in Auftrag geben oder selbst durchführen. Manche führen regelmäßig Katamnesestudien durch (z. B. die Therapiestation *Carina*), andere lassen einzelne Angebote einmalig evaluieren (z. B. das Jugendangebot des *Vereins Dialog*). Evaluations- und Katamneseberichte der Therapiestation *Carina* wurden bereits in früheren Berichten zur Drogensituation beschrieben.

Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung werden immer wieder Studien durchgeführt (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind.

110

<https://shh.at/online-beratung-bei-alkohol-und-drogenproblemen/> (13. 7. 2018)

Auch von der GÖG werden regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durchgeführt, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation (z. B. Analysen zu Haltequoten oder zu Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen in Weigl et al. 2015 und 2016) dargestellt sind. Aktuell wird eine Mortalitätskohortenanalyse von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung für den Zeitraum 2002 bis 2016 berechnet (vgl. Kapitel 6).

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die die Selbstständigkeit der Menschen und ihre soziale Integration aufrechterhalten sollen oder helfen, diese wieder zu erreichen. 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 zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung und Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen von sozialen Kontakten genutzt werden können. Der psychosoziale Dienst Niederösterreich bietet beispielsweise sogenannte „Clubs“ an, die von Sozialarbeitern/Sozialarbeiterinnen betreut werden und gemeinsame Freizeitaktivitäten ermöglichen (Hörhan, p. M.). Neben den arbeitsmarktintegrativen Angeboten der Suchthilfeeinrichtungen und spezifischen sozialökonomischen Betrieben (z. B. *fix & fertig* in Wien¹¹¹), 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.

Für Personen mit Suchtproblematik werden spezielle Maßnahmen – inklusive trainingsorientierte Gruppen und Kursangebote zur Rückführung in die Arbeitsfähigkeit – angeboten (z. B. *Standfest* vom *Verein Dialog* in Wien, Wiener Berufsbörse). In Wien wurde im Jahr 2007 ein Konzept entwickelt, das den Fokus auf die bedarfsgerechte Betreuung von Wiener Suchtkranken in Kombination mit der zielgruppenspezifischen Differenzierung der einzelnen Maßnahmenträger zur Vermeidung von Doppelgleisigkeit legt (SDW 2015). Im Rahmen einer suchtspezifischen Diagnostik durch das *Institut für Suchtdiagnostik* wird unter Verwendung von medizinischen, sozialarbeiterischen und psychologischen Komponenten festgestellt, ob die jeweils diagnostizierte Person arbeitsfähig ist oder nicht.

In Wien wurde für die Zielgruppe Suchtkranke mit Schwerpunkt Alkoholsucht eine neue Struktur zur Förderung der Beschäftigungsmöglichkeit geschaffen (Projekt FöBeS), die die Möglichkeit der Verschränkung medizinischer und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen bietet (SDW 2018). Eine zentrale Anlaufstelle übernimmt eine ganzheitlich umfassende Abklärung der Suchterkrankung, erstellt einen individuellen Maßnahmenplan und vermittelt je nach Bedarf sowohl zu medizinischen

111

Mehr Information unter <https://www.fixundfertig.wien/> (13. 7. 2018)

als auch zu passenden und die soziale Reintegration fördernden Angeboten. Diese reichen vom Angebot einer Tagesstruktur und dem Training von sozialen Schlüsselkompetenzen, niederschweligen Beschäftigungsmöglichkeiten und Arbeitstraining bis zu individueller Bewerbungsunterstützung und der Vermittlung in den Arbeitsmarkt. Der Zugang zu *FöBeS* erfolgt über das Projekt *Alkohol. Leben können*.

Aktuelle Daten liegen aus Vorarlberg vor: 35 Prozent der Klientinnen und Klienten der Therapiestation *Carina*, die im Jahr 2017 ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben, konnten in eine reguläre Erwerbstätigkeit vermittelt werden (Stiftung Maria Ebene 2018). 18 Prozent haben mit einer Ausbildung begonnen oder diese fortgesetzt, drei Prozent waren arbeitssuchend und 26 Prozent in Qualifizierungsmaßnahmen des AMS. Die anderen Klientinnen und Klienten erhielten entweder Rehabilitationsgeld (12 %) oder Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension (6 %).

Umsetzung der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

Organisation und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Personen hängt 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 aber der niedergelassene Bereich. Wer Substitutionsbehandlung und unter welchen Voraussetzungen durchführen darf, ist in der Suchtgiftverordnung (BGBl II 1997/374) bzw. der *Weiterbildungsverordnung orale Substitution* (BGBl II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5).

Einen Überblick über die Anzahl bzw. die Verteilung von jenen Ärztinnen und Ärzten, die in den einzelnen Bundesländern zur Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Personen qualifiziert sind, gibt [Tabelle 5.3](#). Österreichweit sind laut BMASGK 663 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer p. M.). Von diesen haben 552 (83 %) am Stichtag 31. 12. 2017 auch eine Substitutionsbehandlung durchgeführt. Bei bundeslandspezifischen Vergleichen hinsichtlich der Behandlungsstruktur ist zu berücksichtigen, dass insbesondere Wiener Ärztinnen/Ärzte über die Bundeslandgrenzen hinaus versorgungswirksam sind. In [Tabelle 5.3](#) wird die Anzahl der pro Bundesland am 31. 12. 2017 in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen der Anzahl der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten bzw. in der Substitutionsbehandlung versorgungsrelevanten Ärztinnen/Ärzte gegenübergestellt.

Tabelle 5.3:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Anzahl qualifizierter und versorgungswirksamer Ärztinnen/Ärzte und Personen in Substitutionsbehandlung (pro Ärztin/Arzt), nach Bundesland, Stichtag 31. 12. 2017

Bundesland	Personen in Substitutionsbehandlung	Ärztinnen/Ärzte - LISA*	versorgungswirksame Ärztinnen/Ärzte
Burgenland	270	19	66
Kärnten	843	26	19
Niederösterreich	2.514	81	228
Oberösterreich	1.909	71	63
Salzburg	488	14	36
Steiermark	1.302	45	59
Tirol	1.100	33	44
Vorarlberg	573	14	11
Wien	7.839	378	289
Österreich	16.838	663**	552***

* LISA = Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil in LISA insgesamt 18 Ärztinnen und Ärzte in zwei Bundesländern Praxisadressen haben.

*** Die Gesamtzahl der Ärztinnen und Ärzte entspricht nicht der Summe der Ärztinnen und Ärzte der Bundesländer, weil einige Ärztinnen und Ärzte Klientel aus mehreren Bundesländern betreuen.

Quellen: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, BMASGK – Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte; Berechnung und Darstellung: GÖG/ÖBIG

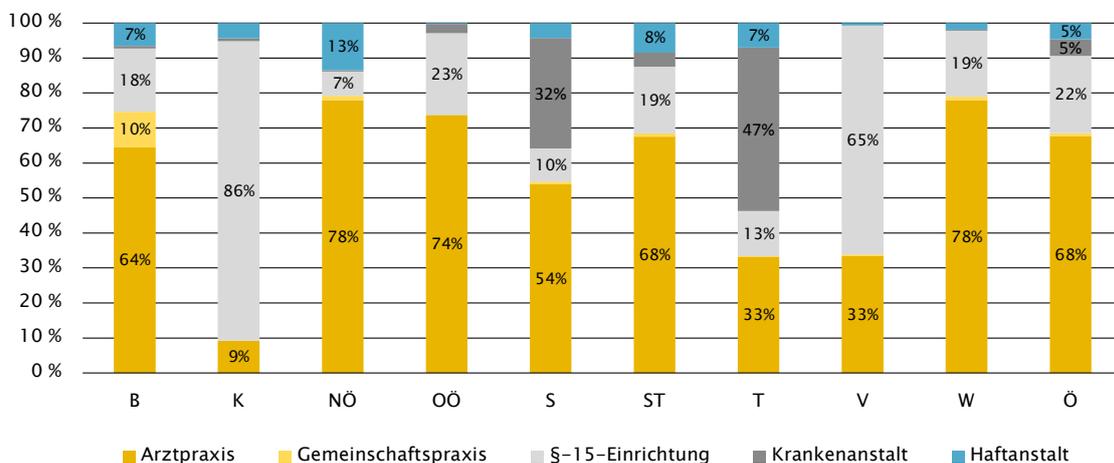
Aus Tabelle 5.3 ist die Tatsache ablesbar, dass nicht alle zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen qualifizierten Ärztinnen/Ärzte diese Behandlung auch tatsächlich durchführen. Weiters ist anzumerken, dass im Jahr 2017 die Anzahl der versorgungswirksamen Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zum Vorjahr erstmals gesunken ist (2016: 566). Dies kann bei steigenden Patientenzahlen als Hinweis auf eine Verschlechterung der Versorgungslage gedeutet werden.

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/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. Dies ist insbesondere für jene Personen wichtig, die berufstätig oder aus verschiedenen Gründen nicht mobil sind.

Abbildung 5.7 zeigt, in welchen Versorgungsstrukturen die Substitutionsbehandlung in Österreich durchgeführt wird. Hier spiegeln sich organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern wider. So setzen z. B. Kärnten und Vorarlberg sehr stark auf §-15-Einrichtungen.

Abbildung 5.7:

Versorgungspraxis der Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2017



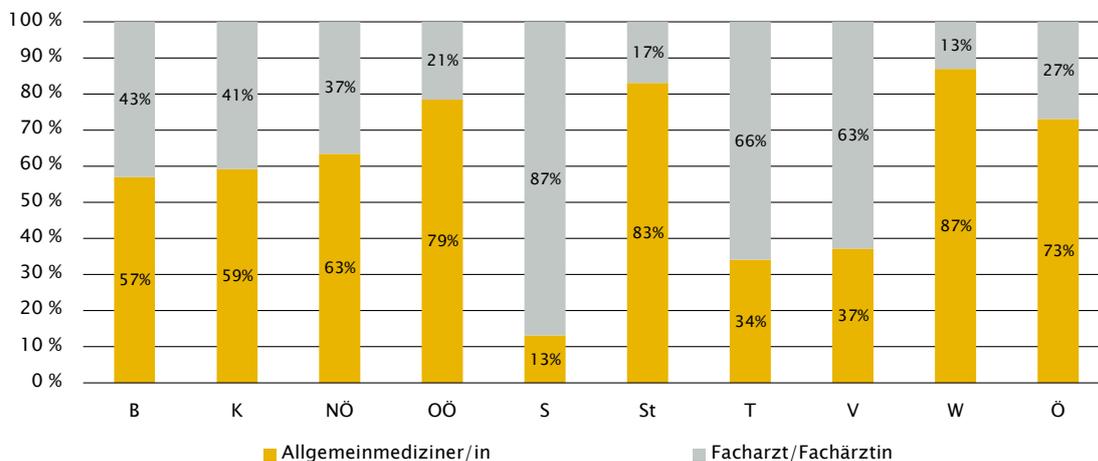
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

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

Abbildung 5.8 zeigt, dass in Österreich insgesamt die Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Die Verteilung ist jedoch in den Bundesländern unterschiedlich: Während in Salzburg 87 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen/Fachärzten behandelt werden, werden in Wien und der Steiermark über 80 Prozent von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreut.

Abbildung 5.8:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern (31. 12. 2017)



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

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

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2017 waren insgesamt 18.632 Personen in Substitutionsbehandlung gemeldet, davon 1.127 zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 3.1 zeigt die Verteilung der Personen in Substitutionsbehandlung über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen zur Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.4:

Anzahl der dem BMASGK für das Jahr 2017 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	283	844	2.673	1.979	508	1.389	1.138	645	8.046	17.505
Erstbehandlung	21	121	233	193	28	71	71	25	364	1.127
Gesamt	304	965	2.906	2.172	536	1.460	1.209	670	8.410	18.632

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.

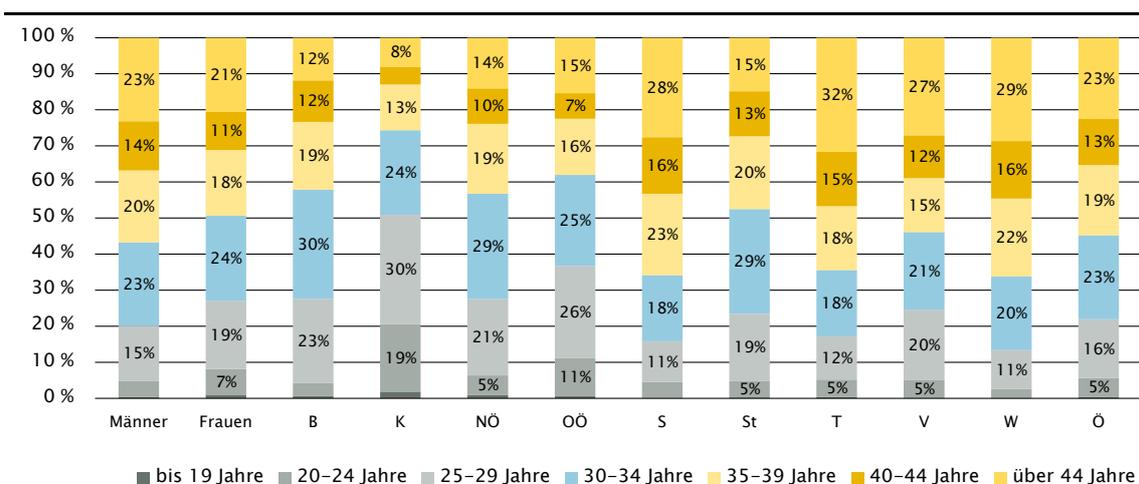
Erstbehandlung bedeutet, dass die Person davor noch nie in Substitutionsbehandlung war.

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

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 18.632 insgesamt im Jahr 2017 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 74 Prozent männlich und 26 Prozent weiblich. Die Geschlechterverteilung der 1.127 im Jahr 2017 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (81 % Männer, 19 % Frauen).

Abbildung 5.9:
Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland, 2017



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

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

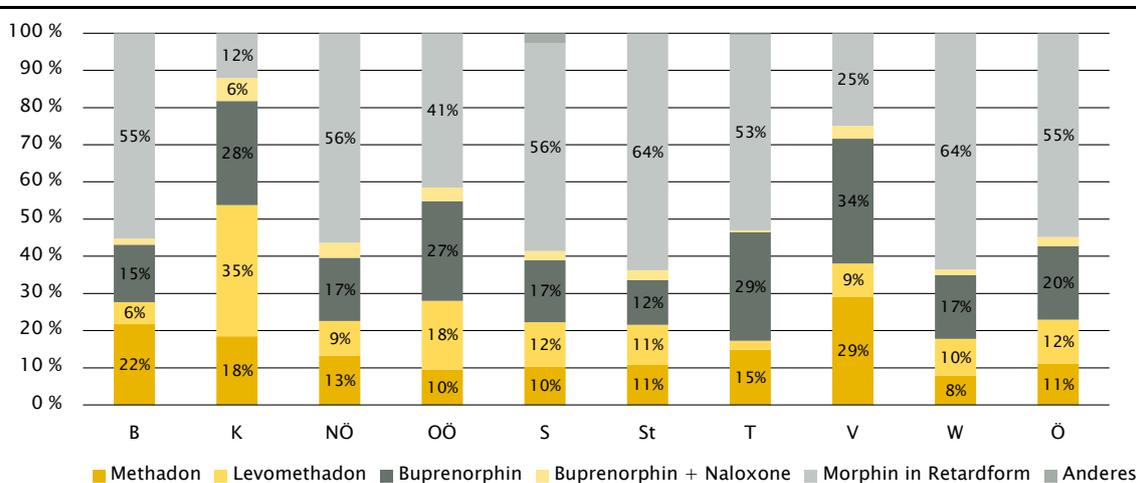
Abbildung 5.9 zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2017 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind fünf Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt. 16 Prozent gehören der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre an, 42 Prozent sind im Alter von 30 bis 39 Jahren und 36 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten über die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol und Wien weniger als ein Fünftel.

Weitere Aspekte zur Organisation und Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung

Abbildung 5.10 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (55 %), gefolgt von Buprenorphin (20 %) und Methadon (11 %) bzw. Levomethadon (12 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haft eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt in Haft eine wesentlich größere Rolle (über 38 %) als außerhalb.

Abbildung 5.10:

Personen in Substitutionsbehandlung, nach Substitutionsmittel und Bundesland, 2017



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

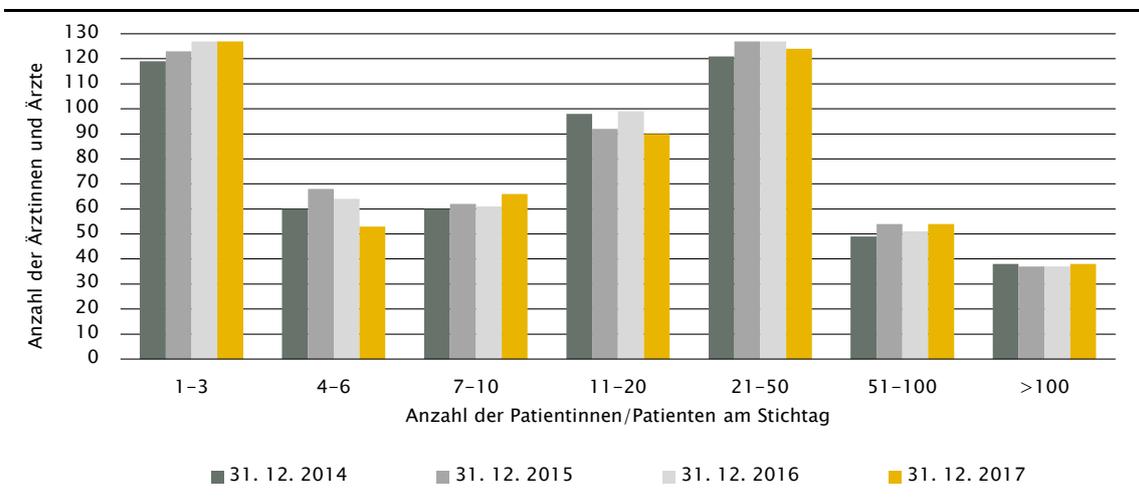
Die Angaben beziehen sich auf 18.507 der insgesamt 18.632 Personen, da bei 125 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Mittel ein.

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

Abbildung 5.11 zeigt nicht nur die starke Streuung der Betreuungszahlen pro Ärztin/Arzt, sondern auch die Entwicklung in den letzten fünf Jahren. Während im Jahr 2017 180 Ärztinnen/Ärzte (33 %) jeweils bis zu sechs Patientinnen/Patienten betreuen, sind bei 92 (17 %) Ärztinnen/Ärzten jeweils über 50 Personen in Substitutionsbehandlung. Das kann dahingehend interpretiert werden, dass ein Teil der Substitutionsbehandlungen im Rahmen der (allgemeinmedizinischen) Regelversorgung durchgeführt wird, ein anderer Teil von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 5.11:

Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung pro Ärztin/Arzt, 2014–2017



Quelle: BMASGK – 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 finden sich in SMG (BGBl I 1997/112), SV (BGBl II 1997/374) und in der *Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung* (BGBl II 2006/449). Zur Novellierung dieser Gesetze im Jahr 2017 siehe Abschnitt 5.4. Dazu gehören auch die Vorgaben hinsichtlich Behandlungs- und Betreuungskonzept sowie hinsichtlich materieller, organisatorischer und personeller Rahmenbedingungen und Dokumentation für §-15-SMG-Einrichtungen und deren Überprüfung durch das BMASGK. Das BMASGK 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 hinsichtlich baulicher, technischer, sicherheitstechnischer und bauhygienischer Beschaffenheit jener Einrichtungen, die als Sozialhilfe-Einrichtung der entsprechenden Aufsicht der Landesregierungen unterliegen, und eine sanitäre Aufsicht (Überprüfung pflege-/einrichtungshygienischer, personeller, pflegfachlicher und organisatorischer Erfordernisse) nach dem Krankenanstaltengesetz durch die Bezirksverwaltungsbehörden.

Zu erwähnen sind auch Qualitätsstandards bzw. Leitlinien, z. B.:

- » neue Leitlinie Qualitätsstandards für die Opioidsubstitutionstherapie (vgl. Abschnitt 5.4)
- » Handbuch für die einheitliche Vollziehung des § 12 SMG
- » 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 2018)
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ
- » Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ
- » Checkliste Substitution in der Steiermark

Darüber hinaus liegen auch Konsenspapiere (z. B. der ÖGABS zur substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger oder der ÖGPB für substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen) und Positionspapiere (z. B. das Positionspapier des ANS-Ost zur Entwicklung von Qualitätsstandards in der Angehörigenbetreuung) vor, die ebenfalls einen Beitrag zu einer standardisierten Vorgangsweise leisten.

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

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

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen z. B. für Amtsärztinnen und -ärzte oder für die Mitarbeiter/innen von Suchthilfe-Einrichtungen im Rahmen der ÖAKDA oder – auf regionaler Ebene – die *Mariatroster Suchtgespräche* sowie die *Interdisziplinäre Fortbildung Obersteiermark* oder die Wiener Fortbildungsreihe *Substitutionsbehandlung mit Opioiden leicht gemacht* angeboten. Jährlich werden Fachtagungen (z. B. das Substitutionsforum in Mondsee der ÖGABS und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee) abgehalten. Zusätzlich finden unregelmäßig themenspezifische Tagungen wie z. B. die Tagung zu Kindern aus suchbelasteten Familien „Generationen in Abhängigkeit“ in Wien (SDW 2018) statt.

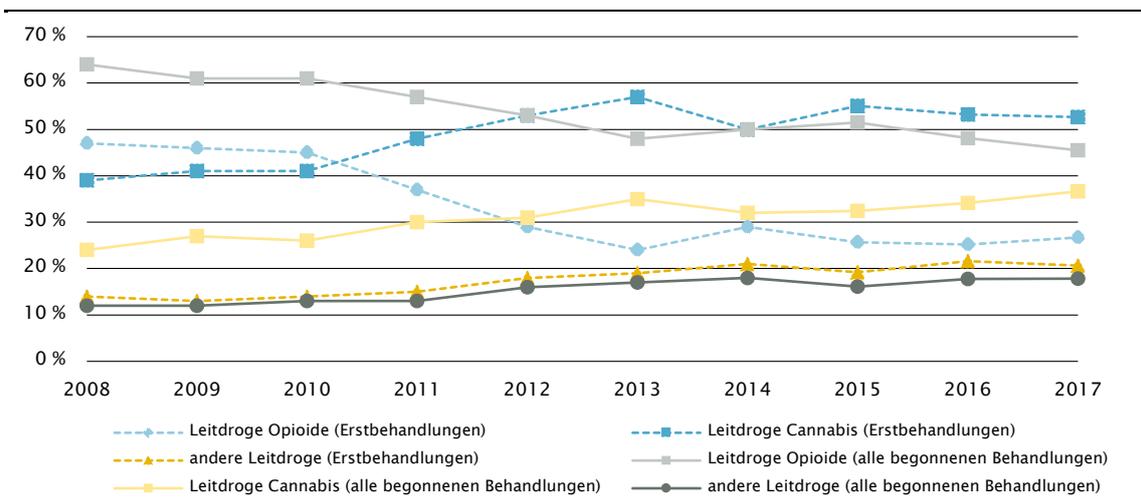
Schließlich ist auch auf Evaluationsstudien hinzuweisen (vgl. Abschnitt 5.2.4), die von einzelnen Einrichtungen durchgeführt werden und deren Ergebnisse der Weiterentwicklung der Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebote dienen.

5.3 Trends

Bei Betrachtung der Zeitreihen für den ambulanten Bereich und Leitdroge Cannabis bzw. Opioid (gemäß der hierarchischen Leitdrogendefinition in den DOKLI-Daten) zeigt sich, dass bis zum Jahr 2013 der Opioid-Konsum abnahm und der Cannabis-Konsum zunahm. Dieser Sachverhalt ist in Bezug auf Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als in Bezug auf alle erfassten Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.12). In den Jahren 2013 bis 2017 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt bzw. verläuft seither nicht eindeutig. Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Leitdrogen bis 2014 leicht gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulantien (Erstbehandlungen: Kokain 10 %, Stimulantien 8 %; neue Betreuungen: Kokain 8 %, Stimulantien 6 %).

Abbildung 5.12:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioid und Cannabis (hierarchische Definition), 2008–2017



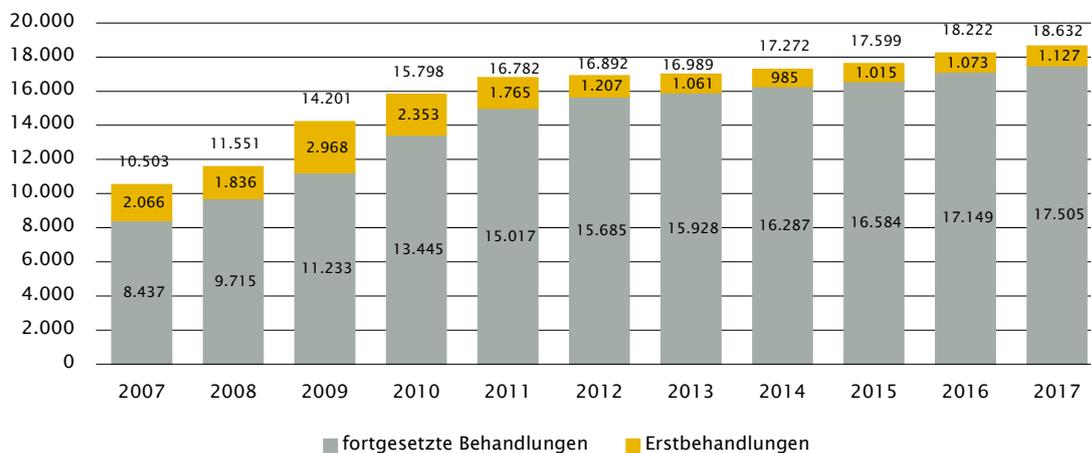
Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abbildung 5.13).

Abbildung 5.13:

Jährlich gemeldete Personen aktuell in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2007–2017



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

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

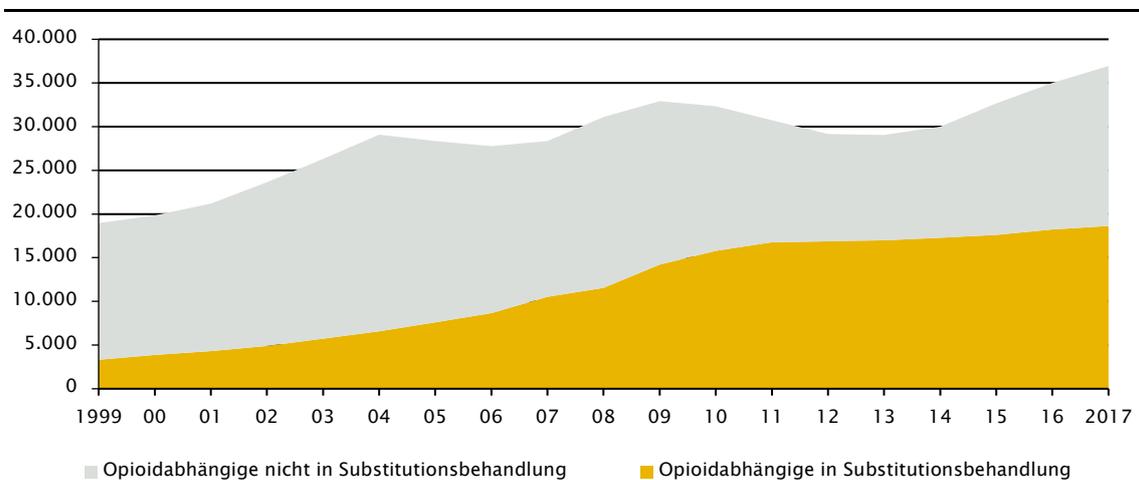
Quelle: BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Das Abflachen des Anstiegs der Personen, die laut Meldung in oraler Substitutionsbehandlung sind, dürfte durch einen Sättigungseffekt (des bestehenden Systems) zu erklären sein: Der Großteil der Personen, für die Substitutionsbehandlung in Frage kommt, ist bereits in Behandlung. Unklar bleibt, ob sich mit weiteren Veränderungen in der Substitutionsbehandlung, wie z. B. einer weiteren Diversifizierung der einsetzbaren Substitutionsmittel (z. B. andere Applikationsform), oder strukturellen Verbesserungen die Anzahl der Substitutionsbehandlungen weiter steigern ließe.

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zu den Prävalenzschätzungen, wird deutlich, dass es in den letzten 18 Jahren gelungen ist, den Anteil jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, massiv zu erhöhen (Erhöhung der In-Treatment-Rate). Während sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen seit 2000 nahezu verfünffacht hat (2017: 18.632 Personen), hat sich die geschätzte Anzahl von Personen mit risikoreichem Konsum von Opioiden nicht ganz verdoppelt. Insgesamt werden von den aktuell geschätzten 35.000 bis 38.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 49 bis 53 Prozent durch Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.14) bzw. 54 bis 58 Prozent durch drogenspezifische Behandlung erreicht (Anzenberger et al. 2018). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.14:

Opioidabhängige Personen nach Integration in Substitutionsbehandlung, 1999–2017



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

Dass die In-Treatment-Rate in den letzten Jahren wieder leicht gesunken ist, hat damit zu tun, dass die geschätzte Prävalenz des risikoreichen Opioidkonsums stärker gestiegen ist als die Zahl der Behandelten. Allerdings zeigt die Prävalenzschätzung auch, dass der Anstieg in erster Linie bei den Personen 35 Jahre und älter zu verzeichnen ist (vgl. Kapitel 3). Der Anstieg dürfte in erster Linie auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben von Opioidabhängigen aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein.

Auch ist es möglich, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl von älteren Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt¹¹². Es bestehen Überlegungen, in Zukunft dieses Problem in der Formel zur Prävalenzschätzung zu berücksichtigen.

5.4 Neue Entwicklungen

In Tirol wurden die Beratungsgremien der Landesregierung reorganisiert und das Thema Sucht in den Beirat zur psychosozialen Versorgung integriert (vgl. Kap. 1).

112

Seitens der EMCDDA gibt es Überlegungen, einen Teil der Personen, die sich sehr lange stabil in Substitutionsbehandlung (stable OST clients) befinden, aus der Gruppe der Personen mit risikoreichem Drogenkonsum herauszurechnen. Diese Gruppe stellt auch ein methodisches Problem für den Capture-Recapture-Ansatz dar, da die Wahrscheinlichkeit für diese Personen, von der Polizei wegen Opioiden angezeigt zu werden, sehr gering ist (Verletzung der Homogenitätsannahme), und führt zu einer Überschätzung der Prävalenz in der Altersgruppe 35+.

In Kärnten wurden am 15. 3. 2018 die neuen Räumlichkeiten der Drogenambulanz Klagenfurt eröffnet und die Betreuungs- und Behandlungskapazität auf bis zu 700 Patientinnen und Patienten erhöht (Nemeth p. M.).

Hinsichtlich der **Grundlagen bzw. Qualitätssicherung** drogenbezogener Behandlung kann von Aktivitäten auf Bundesebene berichtet werden. Durch die im Oktober 2017 beschlossenen Gesetzesänderungen (BGBl II 2017/291, BGBl II 2017/292, BGBl II 2017/293, vgl. Kapitel 2) werden die Details der medizinischen Behandlung aus der Suchtgiftverordnung herausgenommen. Stattdessen wird auf eine medizinische Leitlinie verwiesen, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde. Diese Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*¹¹³ wurde in einem mehrjährigen Prozess, ausgehend von einem „Experten-/Expertenforum zur Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung“ im März 2013, vorbereitet. Fachleute aus verschiedenen relevanten medizinischen Bereichen (inklusive Amtsärzte/-ärztinnen), aus dem psychosozialen Bereich und der Rechtswissenschaft waren in die Erarbeitung von Empfehlungen für eine qualitätsgesicherte Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen unter den gegebenen strukturellen Rahmenbedingungen involviert. In den Arbeitsgruppen wurden zur Ableitung von evidenzbasierten Empfehlungen die verfügbare Literatur sowie eigene Erfahrungen herangezogen (ÖGABS et al. 2017). In der Leitlinie wird zunächst auf die ärztliche Haltung und ethische Grundlagen sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen einer Opioidsubstitutionstherapie (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 zur möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie und die gleichzeitig beschlossenen Novellen 2017 haben auch die Intention, dass OST zukünftig wie andere medikamentöse Behandlungen gewertet wird. Damit ist nicht nur ein weiterer wichtiger Schritt zur Entstigmatisierung von Opioidabhängigen getan. In der Folge kann sich diese Veränderung auch positiv auf die Bereitschaft von Ärztinnen und Ärzten sowie Apothekerinnen und Apothekern auswirken, in diesem Feld tätig zu werden.

Der *Verein Dialog* hat im Jahr 2016 als „eine der ersten Einrichtungen im gesamten Gesundheits- und Sozialbereich“ eine Zertifizierung nach ISO 9001:2015 erhalten (Verein Dialog 2017). In diesem Zusammenhang wurde das *Qualitätshandbuch dialog: Handbuch vs. 10*¹¹⁴ erstellt, welches sich unter anderem mit Vision, Mission, Werten, diversen Arbeitsprozessen, interner und externer Kommunikation, Dokumentation, Fehler- und Risikomanagement und kontinuierlicher Verbesserung auseinandersetzt.

113

https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/Drogen_Sucht/Drogen/Leitlinie_ndash_Qualitaetsstandards_fuer_die_Opioid-Substitutionstherapie (13. 7. 2018)

114

http://www.dialog-on.at/sites/default/files/downloads/handbuch10_20170626.pdf (13. 7. 2018)

Ebenfalls im *Verein Dialog* wurde in Kooperation mit dem FH Campus Wien das Projekt „Wirkungsmessung“ durchgeführt, welches sich einerseits mit den Fragen beschäftigt, ob die Angebote zielgruppengerecht sind und welchen Mehrwert die Klientinnen und Klienten aber auch die Gesellschaft daraus ziehen. Andererseits wurde analysiert, welche brauchbaren Rückschlüsse sich aus der Vielzahl an gesammelten Daten ziehen lassen. Der Abschlussbericht wird 2018 publiziert (*Verein Dialog* 2018)

Mehrere Arbeitsgruppen der SDW beschäftigen sich mit der Entwicklung von Qualitätsstandards in unterschiedlichen Bereichen, wie z. B. Qualitätsstandards für die Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder im AKH Wien oder Richtlinien für die Versorgung von substituierten Patientinnen und Patienten in Rehabilitationszentren oder Sonderkrankenanstalten (SDW 2018).

Das Thema **Alter/Pflege und Sucht** gewinnt immer mehr an Bedeutung. So hat sich beispielsweise in Tirol eine Arbeitsgruppe des Suchtbeirats mit diesem Thema beschäftigt und im Jahr 2017 einen Abschlussbericht publiziert (Domoradzki et al. 2017). Die Arbeitsgruppe kommt zu dem Schluss, dass der Großteil der älteren Suchtkranken mit entsprechenden Begleitmaßnahmen (z. B. Übergangsmangement) in das bestehende Versorgungssystem für ältere Menschen (z. B. Pflegeeinrichtungen) integriert werden kann. Nur für einen kleinen Teil der Zielgruppe braucht es spezialisierte Einrichtungen. Im Rahmen von Empfehlungen wird dieses Grundprinzip für Tirol konkretisiert. In Wien überarbeitet eine Arbeitsgruppe der SDW zum Thema im Jahr 2018 bestehende Handlungsleitlinien zu Pflege und Sucht – mit dem Ziel das ambulante und (teil)stationäre Setting zusammenzuführen (SDW 2018, siehe auch Kapitel 6)

In diesem Zusammenhang soll auch auf das Wiener Projekt *Alkohol 2020* bzw. seit Mai 2017 *Alkohol. Leben können.* verwiesen werden, das als Maßnahme im Landeszielsteuerungsvertrag Gesundheit (vgl. Kapitel 1) enthalten ist und im Jahr 2016 ausgebaut wurde. Dieses Projekt machte auch Veränderungen in jenen Einrichtungen der Suchthilfe notwendig, die bisher nur Drogenklientinnen/-klienten betreuten bzw. behandelten und nun auch Alkoholabhängige zu ihrer Klientel zählen. Die Erfahrungen des *Vereins Dialog* beispielsweise zeigen, dass diese Erweiterung nicht nur neue Kooperationen und die Ausrichtung auf eine neue, heterogene Klientengruppe erfordert, sondern auch ein Umdenken in der eigenen Arbeit und Haltung (*Verein Dialog* 2017).

In Tirol wurde im Jahr 2017 erstmals ein Programm zur **Konsumreduktion** nach der KISS-Methode angeboten. KISS steht für Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum. Das Programm besteht aus 12 strukturierten Sitzungen, in denen wöchentliche Konsumziele festgelegt und ein Konsumtagebuch geführt werden. Weitere Themen sind das Erkennen und Bewältigen von Risikosituationen und der Umgang mit Ausrutschern (Suchtberatung Tirol 2018). KISS-Gruppen werden auch vom *Kontaktladen Graz* angeboten (Caritas Graz 2018)

Suchtmittelkonsumierende **Personen mit Migrationshintergrund** und insbesondere Asylwerber/-innen sind in der Suchthilfe zunehmend ein Thema. Ein besonderes Problem insbesondere bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) in der Betreuung durch den Verein *Dialog* stellt die Tatsache dar, dass sich viele aktuelle Belastungsfaktoren nicht reduzieren lassen (*Verein Dialog* 2018). Dieser Sachverhalt wurde auch in der vom Kompetenzzentrum Sucht an der GÖG durch-

geführten Studie „Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien“ (Strizek et al. 2017) bestätigt. Auch eine Arbeitsgruppe der SDW beschäftigte sich 2017 mit den Schwerpunktthemen Flüchtlingssituation, Sprachkompetenzen im SDHN sowie ethischen Besonderheiten (SDW 2018)

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 (vgl. auch Abschnitt 5.2.4). In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern (vgl. auch Berichte aus den Vorjahren und für die Steiermark, Horvath et al. 2017).

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Drogenhilfe-Klientel liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die aktuell über 70 % der Substitutionsbehandlungen durchführen, sind nicht an DOKLI beteiligt. Über diese 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 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 2017 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMASGK wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel*/waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und 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 Opioid-Konsums** wird in Kapitel 3 beschrieben.

5.6 Bibliographie

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

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

Caritas Graz (2018). Harlekin, die Kontaktladenzeitung. Graz.

Domoradzki, L., Keel, B., Färber, W., Weissbacher, M., Stelzl, F., Geisler-Devich, G., Matthias, F., Steiner, S. (2017). Alter und Sucht. Innsbruck.

Gesundheitsfonds Steiermark (2016). 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.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J. und Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- IFES (2012). BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. 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 und ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid–Substitutions–therapie. Wien.
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SDW (2018). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2018“. 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, 5–18
- Stiftung Maria Ebene (2018). Jahresbericht 2017. Stiftung Maria Ebene. Frastanz.
- Strizek, J., Anzenberger, J., Puhm, A., Weigl, M. (2017). Suchtspezifische Problemlagen von männlichen unbegleiteten jugendlichen Geflüchteten in Wien. GÖG. Wien
- Suchtberatung Tirol (2018). Jahresbericht 2017. Suchtberatung Tirol. Innsbruck
- Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. Verein Dialog. Wien.
- Verein Dialog (2017). Jahresbericht 2016. Verein Dialog. Wien.
- Verein Dialog (2018). Jahresbericht 2017. Verein Dialog. 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.

Z6/Drogenarbeit (2018). Tätigkeitsbericht 2017. Drogenarbeit Z6. Innsbruck.

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).

BGBl II 2017/291. Änderung der Psychotropenverordnung.

BGBl II 2017/292. Änderung der Suchtgiftverordnung.

BGBl II 2017/293 Änderung Weiterbildungsverordnung orale Substitution.

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz
Gegenhuber, Barbara	Schweizer Haus Hadersdorf
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Nemeth, Margit	Suchtkoordination Kärnten

5.9 Anhang

Tabelle A5.1:

Personen, die im Jahr 2017 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 Jahr (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5 bis 9 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14 (in Prozent)	2	4	2	0	0	0	1	1	1	0	0	0
15 bis 19 (in Prozent)	21	26	22	3	6	4	14	17	15	6	8	7
20 bis 24 (in Prozent)	21	19	21	7	11	8	18	20	18	18	21	19
25 bis 29 (in Prozent)	17	18	17	19	25	21	19	17	19	25	23	24
30 bis 34 (in Prozent)	15	14	15	24	26	25	19	19	19	24	28	24
35 bis 39 (in Prozent)	11	7	10	20	15	19	12	12	12	13	10	13
40 bis 44 (in Prozent)	6	5	6	11	7	10	7	5	7	6	5	6
45 bis 49 (in Prozent)	3	4	3	7	7	7	4	4	4	5	1	4
50 bis 54 (in Prozent)	2	2	2	5	2	4	3	3	3	1	2	2
55 bis 59 (in Prozent)	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	0	1
60 bis 64 (in Prozent)	0	0	0	1	0	1	0	1	0	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)	3.641	870	4.511	1.768	580	2.348	2.891	734	3.625	643	146	789
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 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opiode (in Prozent)	27	33	28	70	66	69	43	53	45	64	69	65
Heroin (in Prozent)	20	21	20	58	57	57	37	43	38	44	47	45
Methadon (in Prozent)	2	2	2	10	8	10	4	4	4	10	8	10
Buprenorphin (in Prozent)	4	5	4	8	5	7	5	7	6	6	8	6
Morphin in Retardform (in Prozent)	7	11	8	22	19	22	14	20	15	28	30	28
anderes Opioid (in Prozent)	1	2	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1
Kokaingruppe (in Prozent)	15	8	14	5	5	5	14	9	13	39	37	39
Kokain (in Prozent)	15	8	14	5	5	5	14	9	13	39	37	39
Crack (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	12	17	13	4	3	4	9	12	9	24	23	24
Amphetamine (z. B. Speed) (in Prozent)	8	11	9	3	3	3	7	8	7	21	21	21
MDMA (Ecstasy) und Derivate (in Prozent)	3	5	3	1	2	2	3	5	4	11	4	9
anderes Stimulanzium (in Prozent)	3	4	3	0	0	0	1	3	2	2	5	2
Tranquillizer/Hypnotika (in Prozent)	5	7	5	12	17	13	8	11	9	24	35	26
Benzodiazepine (in Prozent)	5	7	5	12	17	13	8	11	8	24	35	26
Barbiturate (in Prozent)	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	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	1	0	1	1	1	5	4	5
LSD (in Prozent)	1	1	1	0	1	0	1	1	1	4	3	4
anderes Halluzinogen (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Cannabis (in Prozent)	65	58	63	19	22	20	54	44	52	51	48	50
Schnüffelstoffe (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Alkohol (in Prozent)	7	5	7	5	10	6	6	5	6	19	20	19
andere Drogen (in Prozent)	1	1	1	5	6	5	1	1	1	0	1	1
Leitdroge (Nennungen)	3.418	775	4.193	751	225	976	3.959	1.028	4.987	1.141	285	1.426
Leitdroge (Personen)	2.411	550	2.961	501	143	644	2.538	638	3.176	433	106	539
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	203	56	259	40	15	55	82	6	88	11	1	12
nur Begleitdroge (Personen)	1.007	252	1.259	1.227	422	1.649	240	85	325	6	3	9
Drogenanamnese fehlt (Personen)	20	12	32	0	0	0	31	5	36	193	36	229

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 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum 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)	83	75	81	34	29	33	71	65	70	47	48	48
ja (in Prozent)	17	25	19	66	71	67	29	35	30	53	52	52
gültige Angaben (absolut)	3.356	771	4.127	1.465	479	1.944	2.733	709	3.442	420	104	524
unbekannt (absolut)	241	84	325	278	91	369	138	20	158	21	3	24
missing (absolut)	44	15	59	25	10	35	20	5	25	202	39	241

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 2017 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	57	59	83	83	83	68	75	70
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit) (in Prozent)	-	-	-	34	39	35	8	7	7	18	18	18
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung) (in Prozent)	-	-	-	2	2	2	2	2	2	2	4	3
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	-	-	-	5	3	4	1	1	1	8	3	7
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung) (in Prozent)	-	-	-	0	0	0	0	1	0	1	0	1
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	-	-	-	0	0	0	4	6	4	2	0	1
Haft (in Prozent)	-	-	-	0	0	0	2	1	2	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	-	-	-	1.476	493	1.969	2.762	720	3.482	450	109	559
unbekannt (absolut)	-	-	-	260	73	333	87	8	95	2	1	3
missing (absolut)	-	-	-	25	12	37	42	6	48	191	36	227

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:

Über 20-Jährige, die im Jahr 2017 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
eine (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	3	2	3	3	1	3
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	0	0
Pflichtschule (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	40	50	42	39	38	39
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	43	28	40	46	34	44
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	4	5	5	2	10	3
AHS, BHS (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	7	11	8	8	14	9
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	-	-	-	-	-	-	3	3	3	2	3	2
gültige Angaben (absolut)	-	-	-	-	-	-	1.809	445	2.254	332	71	403
unbekannt (absolut)	-	-	-	-	-	-	87	9	96	11	4	15
missing (absolut)	-	-	-	-	-	-	34	3	37	142	27	169

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 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	-	-	-	13	9	12	33	25	32	9	15	10
arbeitslos (in Prozent)	-	-	-	49	43	47	33	34	33	60	47	57
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	-	-	-	16	27	18	9	16	11	8	17	10
Kind, Schüler/-in, Student/-in (=sog. erhaltene Person) (in Prozent)	-	-	-	2	4	3	4	6	4	1	1	1
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/-in (in Prozent)	-	-	-	6	10	7	4	8	5	6	10	7
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	-	-	-	12	11	12	14	15	14	4	3	4
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt (in Prozent)	-	-	-	22	19	21	21	17	20	67	59	65
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	1.516	498	2.014	2.748	710	3.458	504	114	618
unbekannt (absolut)	-	-	-	219	69	288	98	13	111	21	11	32
missing (absolut)	-	-	-	26	11	37	45	11	56	118	21	139

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 A5.7:

Personen, die im Jahr 2017 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)

Staatsbürgerschaft	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuung ambulant			Längerfristige Betreuung stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Österreich	-	-	-	-	-	-	79	90	81	84	94	86
Anderes EU-Land	-	-	-	-	-	-	5	5	5	4	4	4
Nicht EU-Land	-	-	-	-	-	-	15	5	13	10	3	9
Staatenlos	-	-	-	-	-	-	0	0	0	1	0	1
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	-	-	-	2.826	724	3.550	449	109	558
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	30	4	34	3	1	4
Missing	-	-	-	-	-	-	35	6	41	191	36	227

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

Die Variable „Staatsbürgerschaft“ wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	173
6.1	Zusammenfassung.....	173
6.2	Aktuelle Situation.....	174
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	174
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	180
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	181
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	185
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	186
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	192
6.2.7	Qualitätssicherung	193
6.3	Neue Entwicklungen.....	193
6.4	Zusätzliche Information	194
6.5	Quellen und Methodik.....	195
6.6	Bibliographie	199
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	201
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	202
6.9	Anhang.....	202

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation und Trends der gesundheitlichen Folgen von Drogenkonsum

Insgesamt wurden für das Jahr 2017 auf Basis der Obduktionsbefunde 126 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 28 Todesfälle ohne Obduktion gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2017 von 154 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2016: 165 Fälle).

Die Anzahl drogenbezogener Todesfälle ist im Jahr 2017 niedriger als im Jahr davor (165). Der Anteil der unter 25-Jährigen an den Drogentoten (15 % aller Drogentoten) ist im Vergleich zum Vorjahr gleich geblieben, aber niedriger als in den Jahren vor 2016 (2016: 15 %; 2015: 21 %, 2014: 19 %, 2013: 18 %). Dieser geringere Anteil dürfte in erster Linie auf eine rückläufige Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioid-Konsum zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 3).

Eine Mortalitätskohortenanalyse aller 24.892 Personen, die von 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, ergibt ein *Standardmortalitätsverhältnis* (*Standard Mortality Ratio*) von 4,5. Das bedeutet, dass Personen, die eine Opioid-Substitutionsbehandlung beginnen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung gleichen Alters, eine 4,5-fach erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit haben. Dieser Wert ist deutlich niedriger als in den zum Vergleich herangezogenen Mortalitätsstudien in der EU.

Die Infektionsraten variieren stark sowohl innerhalb als auch zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i.v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2017 je nach Datenquelle bis zu 83 %). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2017: 0 % bis 8 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei intravenös Konsumierenden ist seit Jahren annähernd gleichbleibend (2017: 8 % bis 24 %).

Daten zu drogenbezogenen Notfällen sind nur eingeschränkt verfügbar und lassen keine verallgemeinerbaren Schlüsse zu.

Aktuelle Situation und Trends der Schadensminimierung / Harm Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die neun Strategien der Bundesländer für ihre jeweilige Sucht- und Drogenpolitik. Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei der Spritzentausch und -verkauf, der in sieben von neun Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe

weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Substitutionsbehandlung kann als (höher-schwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden.

Neue Entwicklungen

Die Behandlungsmöglichkeiten von HCV-infizierten Drogenkonsumierenden werden vorangetrieben: Die Behandlung wird sowohl in Kliniken in Wien, Graz, Innsbruck und Salzburg – meist in Kooperation mit niederschweligen Einrichtungen – angeboten wie auch direkt im niederschweligen Setting im *ambulatorium suchthilfe wien* als *directly observed therapy* in Kombination mit einer Substitutionsbehandlung. In Kooperation mit einzelnen Apotheken in Wien und Niederösterreich gibt es für erkrankte Personen in Substitutionsbehandlung zudem die Möglichkeit, die Hepatitis-C-Behandlungsmedikation zusammen mit der Substitutionsmedikation regelmäßig in der Apotheke zu erhalten. Mittlerweile werden die Kosten für die Behandlung mit neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) durch die Krankenkassen – unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp – erstattet.

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Insgesamt wurden für das Jahr 2017 auf Basis von Obduktionsbefunden 126 tödliche Überdosierungen festgestellt (bei 122 davon liegt eine toxikologische Analyse vor). Weitere 28 Todesfälle – allerdings nicht obduzierter Personen – gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)¹¹⁵. In Summe wird daher von 154 auf Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (= direkt drogenbezogene Todesfälle) im Jahr 2017 ausgegangen (vgl. Tabelle A6.1).

Der gruppierte Median des Sterbealters betrug im Jahre 2017 34,9 Jahre und ist damit etwas höher als im Jahr davor (2016: 34,1 Jahre, 2015: 32,9 Jahre, 2014: 34,8 Jahre). Der Anteil der Frauen an den direkt drogenbezogenen Todesfällen liegt mit 19 Prozent unter den Anteilen der letzten Jahre

115

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

(vgl. Tabelle A6.4). In drei Fällen ist von einem Suizid auszugehen (entsprechende Angaben im Obduktionsgutachten, z. B. Abschiedsbrief).

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf Fälle mit aussagekräftiger toxikologischer Analyse (122 Fälle). Bei sieben Prozent wurden **ausschließlich Opiate** festgestellt. 80 Prozent der Fälle ergaben **Mischintoxikationen mit Opiaten** (d. h. Opiate in Kombination mit Alkohol, Psychopharmaka oder anderen Suchtgiften). Wie schon in den Vorjahren überwiegen Mischintoxikationen, bei denen Opiate eine Rolle spielen (vgl. Abbildung 6.2). Polytoxikomane Konsummuster inklusive Opiat-Konsum mit einander teilweise potenzierender Wirkung der unterschiedlichen Substanzen sind schwer kontrollierbar und nach wie vor stark verbreitet – sie stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (vgl. Tabelle A6.1).

Heroin und Morphin sind auch im Jahr 2017 die am häufigsten festgestellten illegalen Substanzen (in 77 Fällen wurde zumindest eine der beiden Substanzen nachgewiesen, das sind 63 %). Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin, Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch im Falle von Heroinkonsum der typische Marker von 6-MAM festgestellt. Die Testung nach diesem Abbaustoff erfolgt in Österreich nicht einheitlich bzw. ist zwischen gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen unterschiedlich (laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn deren Ergebnis in den Gutachten nicht immer explizit angegeben wird). In der Statistik können also nur jene Fälle als Heroinintoxikation ausgewiesen werden, bei denen die Testung nach dem heroinspezifischen Marker vorgenommen und im Gutachten angeführt wurde (15 Gutachten). Bei diesen Fällen handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener mit Beteiligung von Heroin (reine Heroinintoxikation: 1 Fall). Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 62 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich drei auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Methadon wurde in 15 Prozent der Fälle nachgewiesen (2016: 10 %; 2015: 16 %; 2014: 15 %) und **sonstige Opiode** (wie z. B. Fentanyl, Buprenorphin, opioidhaltige NPS) in 20 Prozent (2016: 26 %; 2015: 25 %; 2014: 24 %). **Fentanyl** wurde in sieben Fällen nachgewiesen, wobei es sich in zwei Fällen um fentanylhältige NPS handelte.

Kokain wurde in 25 Prozent (N = 31) der drogenbezogenen Todesfälle festgestellt (2016: 23 %; 2015: 22 %; 2014: 17 %; 2013: 22 %; Abbildung 6.3), in vier Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere (illegale) Substanzen.

Bei 20 Personen wurden **sonstige Stimulantien** (sämtliche Stimulantien exklusive Kokain) nachgewiesen (16 %). Prozentuell gesehen entspricht dies einem leichten Anstieg im Vergleich zum Vorjahr (14 %). In acht dieser Fälle wurden mehrere Suchtgifte (inklusive Opiate) nachgewiesen, in sieben Fällen mehrere Suchtgifte (ohne Opiate) – größtenteils Alkohol und/oder Psychopharmaka.

In vier dieser Fälle handelte es sich um eine Monointoxikation (3 Mal mit Ecstasy, 1 Mal mit Methamphetamin). Ein Fall davon war eine Intoxikation durch eine Kombination von Ecstasy und Alkohol.

- » **Amphetamin** wurde in fünf Fällen nachgewiesen, und zwar nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » **Ecstasy** (d. h. MDMA bzw. dessen Metaboliten MDA oder MDE) wurde in insgesamt neun Fällen nachgewiesen. In drei Fällen handelte es sich dabei um eine Monointoxikation ohne weitere Substanzen, in einem Fall um eine Intoxikation in Kombination mit Alkohol und in fünf Fällen waren andere (illegale) Substanzen beteiligt (2016: 10 Fälle 2015: 7 Fälle; 2014: 3 Fälle; 2013: 4 Fälle, 2012: 5 Fälle; 2011: 4 Fälle). In sieben dieser neun Fälle war die nachgewiesene Menge im toxischen Bereich. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt in Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung stehen.
- » **Methamphetamin** wurde insgesamt in elf Fällen festgestellt (2016: 5 Fälle; 2015: 3 Fälle; 2014: 4 Fälle; 2013: 1 Fall; 2012: 2 Fälle). In einem Todesfall war Methamphetamin die einzige nachgewiesene Substanz. Bei den anderen Fällen wurde eine Kombination mit anderen illegalen Suchtmitteln und teilweise Alkohol und/oder Psychopharmaka festgestellt. Opiate spielten in sieben der elf Fälle ebenfalls eine Rolle.
- » **NPS** der Kategorie **Stimulantien** wurden in drei Fällen nachgewiesen, jedoch nur in Kombination mit anderen (illegalen) Substanzen.
- » In zwei Fällen wurde neben anderen (illegalen) Substanzen **Mephedron**, in einem Fall **Methylphenidat** (Wirkstoff von z. B. Ritalin) nachgewiesen.

Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) wurden im Jahr 2017 insgesamt bei neun Personen, die an einer Überdosierung starben, nachgewiesen (2016: 2 Fälle). NPS der Gruppe synthetische Opiode wurden in vier, NPS der Gruppe Stimulantien in drei und sonstige NPS in zwei dieser Fälle nachgewiesen. In drei Fällen handelt es sich dabei um Monointoxikationen, d. h. es wurden keine weiteren legalen oder illegalen Substanzen nachgewiesen – wobei diese NPS der Gruppe der synthetischen Opiode zuzurechnen sind (die Fälle wurden bei den reinen Opiatintoxikationen beschrieben). In einem Fall wurden neben einem NPS (das synthetische Opioid „Despropionyl-Fentanyl“) lediglich Alkohol und Psychopharmaka nachgewiesen. In zwei Fällen¹¹⁶ wurde mehr als ein NPS nachgewiesen. Insgesamt wurden in diesen neun Fällen zehn verschiedene NPS¹¹⁷ festgestellt. Im Vergleich zu den Vorjahren gibt es mehr NPS-Fälle, insbesondere fallen jene vier Fälle mit opioidhaltigen NPS auf, in denen keine anderen Suchtgifte nachgewiesen wurden. Obwohl es sich beim Auftreten von NPS, insbesondere jener, die der Gruppe der synthetischen Opiode angehören, in

116

Fall 1: 3,4-Methylenedioxy-2-pyrrolidinobutyrophenon (MDPBP), N-Ethylpentylon, Ethylphenidat sowie 3-Fluorphenmetrazin; Fall 2: Alfa-Pyrrolinopentiphenon (Alpha PVP) sowie Ethylphenidat

117

Alpha PVP (1x), Carfentanyl (1x), Despropionyl-Fentanyl (1x), Etizolam (1x), Ethylphenidat (2x), Ketamin (1x), MDPBP (1x), N-Ethylpentylon (2x), U-47700 (2x), 3-Fluorphenmetrazin (1x)

Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die diesbezügliche Situation weiterhin im Rahmen des „Early-Warning-Systems“ (EWS) genau beobachtet werden.

Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen

Die im Jahr 2018 durchgeführte Mortalitätskohortenstudie Substitutionsbehandlungen umfasst alle Personen, die von 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben, und alle Todesfälle dieser Personen im gleichen Zeitraum. Das Durchschnittsalter der 24.892 Personen betrug bei Aufnahme in die Kohortenstudie 28,9 Jahre bei einer Standardabweichung von 8,7 Jahren. Ein Viertel der beobachteten Personen sind Frauen. Frauen sind bei der Aufnahme in die Kohorte (erster Behandlungsbeginn nach dem 1. 1. 2002) um etwa 2,5 Jahre jünger als Männer. Die 24.892 Personen liefern im Beobachtungszeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 insgesamt 197.739 Personenjahre¹¹⁸. 126.469 dieser Jahre (64 %) befanden sie sich in Substitutionsbehandlung. Dies spricht für eine hohe Haltequote in Substitutionsbehandlung in Österreich.

Tabelle 6.1:

Rohe Sterblichkeitsrate in der Kohorte und Sterblichkeit in der Bevölkerung gleicher Altersstruktur wie die Kohorte pro 1.000 Personenjahre und Standardmortalitätsverhältnis

Geschlecht	Rohe Sterblichkeitsrate Kohorte ⁵	Sterblichkeitsrate in Österreich (gleiche Altersstruktur wie Kohorte)	Standardmortalitätsverhältnis ¹¹⁸
Männer	8,4 (7,9–8,8)	2,0	4,2 (3,9–4,4)
Frauen	6,3 (5,7–7,0)	0,8	7,9 (7,1–8,8)
insgesamt	7,7 (7,3–8,0)	1,7	4,5 (4,3–4,7)

Quelle: GÖG-Datensatz Mortalitätskohortenstudie; Berechnung und Darstellung: GÖG

Zwischen 1. 1. 2002 und 31. 12. 2016 wurden insgesamt 1.526 Todesfälle beobachtet. Die *Rohe Sterblichkeitsrate (Crude Mortality Rate)*¹¹⁸ beträgt somit 7,7 Todesfälle pro 1.000 Personenjahre (95 % Konfidenzintervall 7,3–8,0). Um diese Sterblichkeitsrate mit jener der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, wurde im Rahmen einer indirekten Standardisierung anhand der Sterbetafeln 2010 bis 2012 die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung mit der gleichen Altersstruktur und der gleichen Zusammensetzung nach Geschlecht berechnet. Das errechnete *Standardmortalitätsverhältnis (Standard Mortality Ratio)* beträgt 4,5 (95 % Konfidenzintervall 4,3 – 4,7). Das bedeutet, dass die Personen in der beobachteten Kohorte im Vergleich zur Durchschnittsbevölkerung ein 4,5-fach erhöhtes Sterberisiko aufweisen (vgl. Tabelle 6.1).

Ein Vergleich mit dem Standardmortalitätsverhältnis in anderen publizierten Kohortenstudien opioidabhängiger Personen zeigt in den meisten Studien deutlich höhere Standardmortalitätsverhältnisse. Beispielsweise wird in einer Übersichtsarbeit der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EMCDDA) zusammenfassend davon ausgegangen, dass das Standardmortalitätsverhältnis von Personen mit Opioidabhängigkeit in der Regel 10 oder höher ist: „Risk

118

Eine Beschreibung der verwendeten Fachtermini findet sich in Abschnitt 6.5.

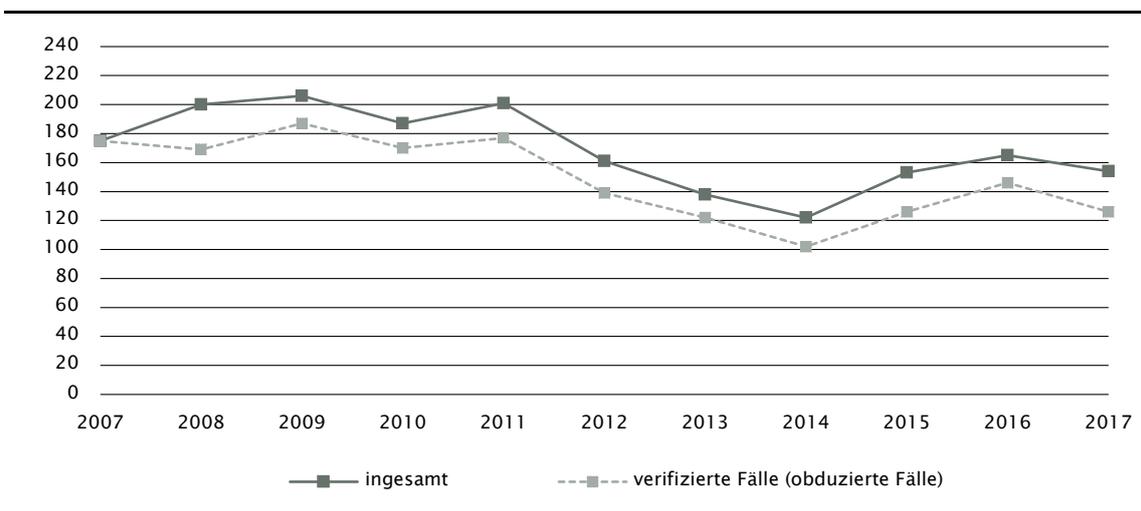
of death among problem drug users was typically 10 or more times that among their peers in the general population“ (EMCDDA 2015, S. 1). Es kann daher davon ausgegangen werden, dass die Mortalität von Personen, die eine Opioid-Substitutionsbehandlung beginnen, in Österreich niedriger ist als in den herangezogenen Vergleichsländern (weitere Details siehe Anzenberger et al. 2018a).

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl. Abbildung 6.1). Dem Anstieg in den Jahren 2015 und 2016 folgt ein Sinken im Jahr 2017. 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, 2007–2017



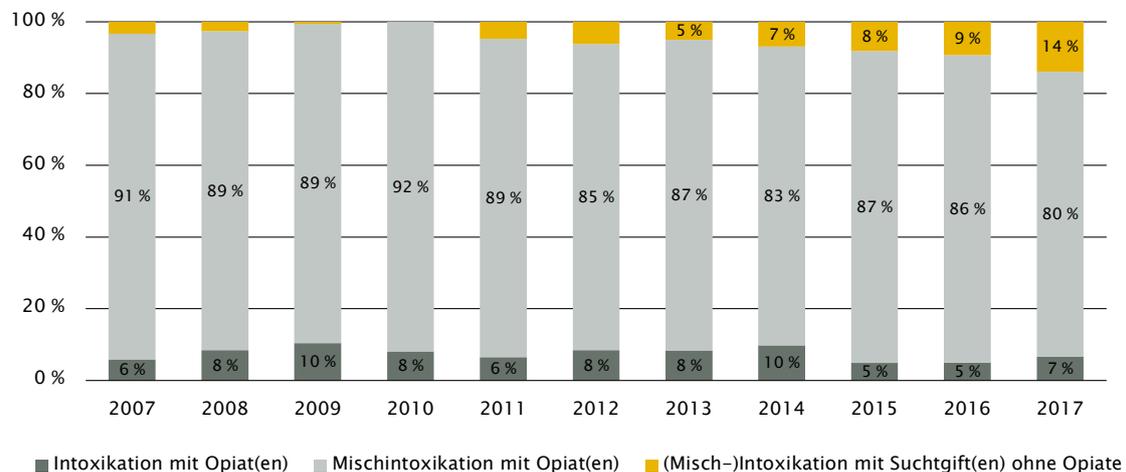
Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der unter 25-Jährigen an den 154 Personen, die im Jahr 2017 einen direkt drogenbezogenen Tod gestorben sind, ist gleich wie im Jahr davor (2016) und entspricht daher mit 15 Prozent dem niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre (vgl. Kapitel 3) und Tabelle A6.4 und Tabelle A6.5). Der Frauenanteil (19 %) liegt mittlerweile wieder leicht unter dem langjährigen Schnitt (vgl. Tabelle A6.4 und Tabelle A6.5).

In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Opiat-Intoxikationen stets über 90 Prozent der direkt drogenbezogenen Todesfälle mit Toxikologie (vgl. Abbildung 6.2), im Jahr 2017 sank er erstmals knapp unter 90 Prozent. (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften ohne Opiate spielen dennoch nur eine untergeordnete Rolle, haben aber tendenziell zugenommen.

Abbildung 6.2:

Prozentanteile an den direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2007–2017



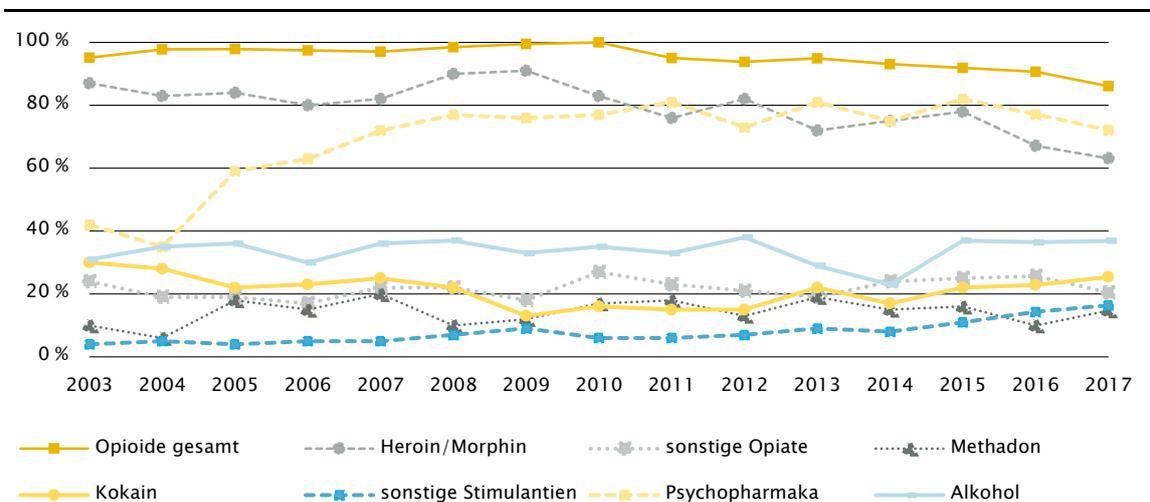
Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der verifizierten drogenbezogenen Todesfälle (mit Toxikologie), in denen Stimulanzien¹¹⁹ nachgewiesen wurden, steigt tendenziell etwas an und liegt im Jahr 2017 bei 16 Prozent. Die Anteile von Kokain lagen in den letzten Jahren bei etwa 20 Prozent, im Jahr 2017 bei 25 Prozent (vgl. Abbildung 6.3 und Tabelle A6.6).

119

Die Kategorie inkludiert sämtliche Stimulantien wie Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone), jedoch exklusive Kokain.

Abbildung 6.3:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2017



Anmerkung:

Die Kategorie „sonstige Stimulantien“ umfasst sämtliche Stimulantien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulantien) exklusive Kokain. Die Kategorie „sonstige Opiate“ enthält auch NPS-Opiate (z. B. U-47700).

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen und aktuell auch keine anekdotischen Berichte zu Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen neben den T-Diagnosen des ICD-10¹²⁰ vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrundeliegender Suchterkrankung in der Praxis auch F10-/F19-Diagnosen vergeben werden, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen.

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2017 insgesamt 217 Mal betreffend Suchtmittel-Intoxikationen kontaktiert (Gesamtanruhzahl 26.750). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf eine vorselektierte Patientengruppe, da sie noch lebende Personen betreffen, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. In den überwiegenden Fällen wird in Drogennotfällen die VIZ von Krankenhaus-Ärztinnen/-Ärzten (67 %), von der Rettung (11,5 %), von (Not-)Ärztinnen/Ärzten (3 %) kontaktiert. Nur 18 % der Anrufe kommen von Laien. Beteiligte Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betreffen vorwiegend THC (n = 56), Kokain (n = 39), MDMA (n = 33), Speed (n = 26), GHB (n = 13), alle weiteren Substanzen waren weniger als zehn

120

T36–T50 Vergiftung durch Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen (v. a. T40, T42, T43 und T50)

Mal beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgen aufgrund einer Mischintoxikation. Erfahrungsberichte zeigen, dass im Falle einer Intoxikation mit nur einer Droge der ärztliche Konsiliardienst im Regelfall nicht in Anspruch genommen wird (GÖG/ VIZ 2018 Sonderauswertung Drogen).

In Graz wurde eine Kurzbefragung mittels Fragebogen zum Thema Drogennotfälle durchgeführt. Der Fragebogen wurde sowohl in der niederschweligen Einrichtung *Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich* für Besucher/innen als auch im Gesundheitsamt / Referat für Sozialmedizin für Substitutionspatientinnen/-patienten aufgelegt. Von insgesamt 156 Rückmeldungen berichteten 107 Personen von einer Drogennotfall-Erfahrung, 44 Prozent davon für sich selber. In mehr als 50 Prozent der Fälle ereignete sich der Drogennotfall in einer privaten Wohnung (Caritas, Diözese Graz-Seckau 2017).

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Wichtigste drogenbezogene Infektionskrankheiten bei i.v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht Tabelle 6.2 dargestellt sind. Da die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2017 streute die Prävalenzrate für Hepatitis B in den verfügbaren Datenquellen von 8 Prozent bis 24 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Legende von Tabelle 6.2). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte aus den vorhandenen Datenquellen liegen seit dem Jahr 2009 zwischen 0 und 36 Prozent.

Die Hepatitis-C-Prävalenz wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte 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 (Polymerase-Kettenreaktion), die zum Nachweis von viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2017 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei 13 bis 83 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. *Kontaktladen, Graz*: 43 %; *ambulatorium suchthilfe wien*: 67 %). In den letzten Jahren hatte sich die HCV-Ab-Prävalenz bei über 50 Prozent eingependelt. Abbildung 6.4 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 6.2:

Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2017

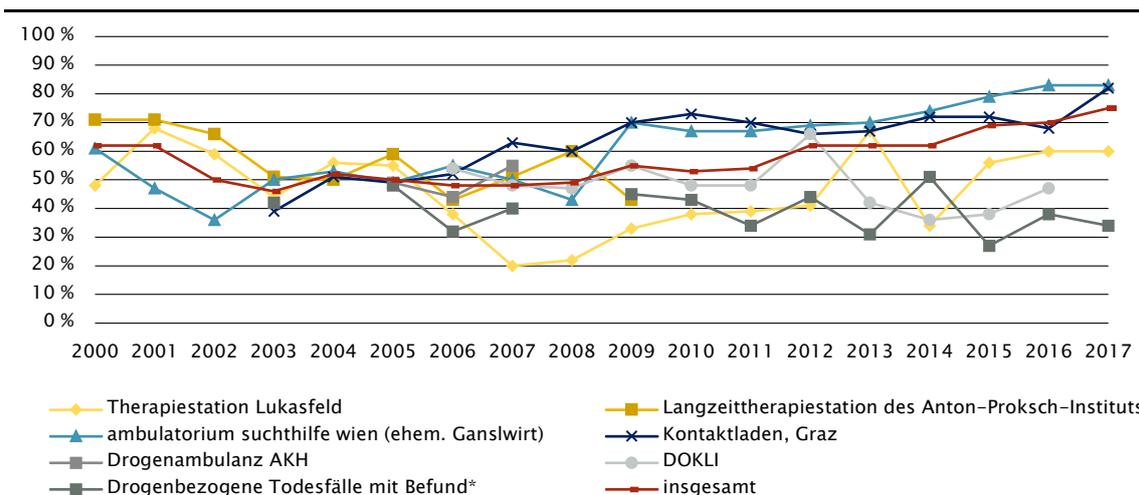
Datenquelle	HBV-Rate	HCV–Ab-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg	8 % (4/50) ¹	60 % (30/50)	0 % (0/50)
ambulatorium suchthilfe wien	24 % (65/272) ¹	83 % (263/315)	0 % (0/302)
Kontaktladen ² , Graz	19 % (13/68) ¹	82 % (56/68)	0 % (0/68)
Drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2017	nicht erfasst	13 % (16/122) ³ 34 % (16/47) ³	3 % (4/122) ³ 8 % (4/48) ³

- ¹ Die Hepatitis–B–Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis–B–Antikörper–Positivität nicht allein auf eine Hepatitis–B–Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, anti HBe und anti HBs.
- ² Vormals in den Berichten zur Drogensituation als *Caritas Marienambulanz* bezeichnet.
- ³ Nur in 47 bzw. 48 von 122 Gutachten zu den direkt drogenbezogenen Todesfällen mit Toxikologie fand der Infektionsstatus von HCV–Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober– bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV–Ab und HIV dar.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.4:

HCV–Infektionsraten in Österreich, 2000–2017



* Grundgesamtheit 2017: 47 Gutachten mit Erwähnung von HCV

Quelle: ST 9, GÖG – DOKLI bzw. Schmutterer/Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV–Prävalenzrate lag 2017 in der Gruppe der Personen mit intravenösem (i.v.) Konsum zwischen 0 und 8 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. Hier wurden auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. 2015: 4–9 %; 2016: 1–4 %; vgl. Weigl et al. 2016 und Weigl et al. 2017).

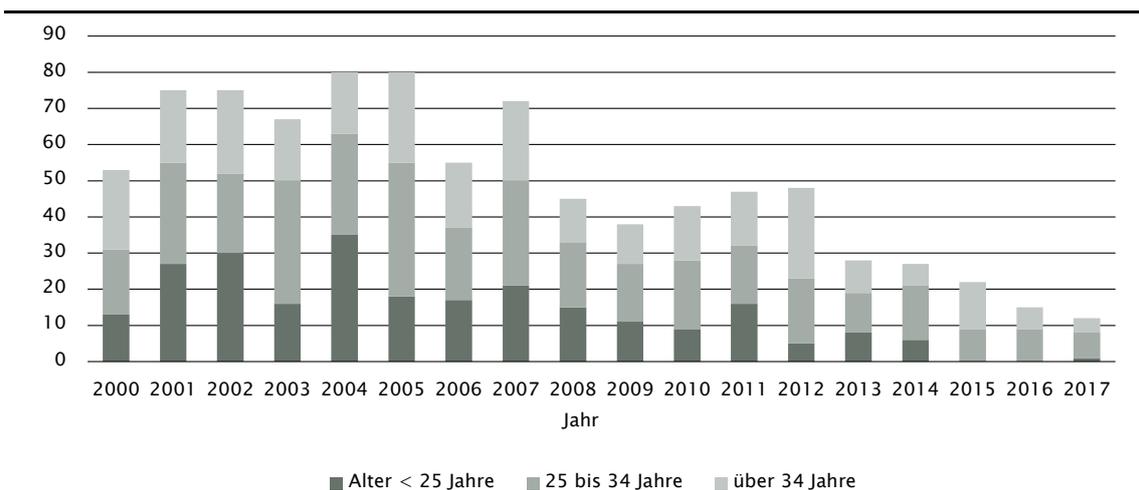
Prävalenzen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten (HIV, HCV) außerhalb des Routine-Monitorings

Im Jahr 2017 wurden 12 Personen, die sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert hatten, in die österreichische HIV-Kohortenstudie aufgenommen. Insgesamt wurden im Jahr 2017 269 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie eingeschlossen. Bei 59 Prozent wird der Ansteckungsweg MSM¹²¹ vermutet, bei 29 Prozent heterosexuelle Handlungen und bei vier Prozent i.v. Drogenkonsum. Bei acht Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (AHIVCOS und Zangerle p. M.).

Die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) aufgenommen wurden, war in den letzten zehn Jahren rückläufig. Zudem fällt auf, dass seit dem Jahr 2015 nur eine Person unter 25 Jahren neu aufgenommen wurde (siehe Abbildung 6.5).

Abbildung 6.5:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr, 2000–2017



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

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion Hepatitis-C-Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Ansteckungsweg mit Hepatitis C aktuell der intravenöse Drogenkonsum ist. Der früher häufigste Ansteckungsweg über erhaltene Blutprodukte findet sich heute vor allem bei älteren Personen mit weit fortgeschrittener Erkrankung. Bei jüngeren und damit eher kürzlich erkrankten Personen dominiert eindeutig der Ansteckungsweg über intravenösen Drogenkonsum. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fälle nicht bekannt oder nicht angegeben ist (aCtion Hepatitis C Datenbank, 2012).

121

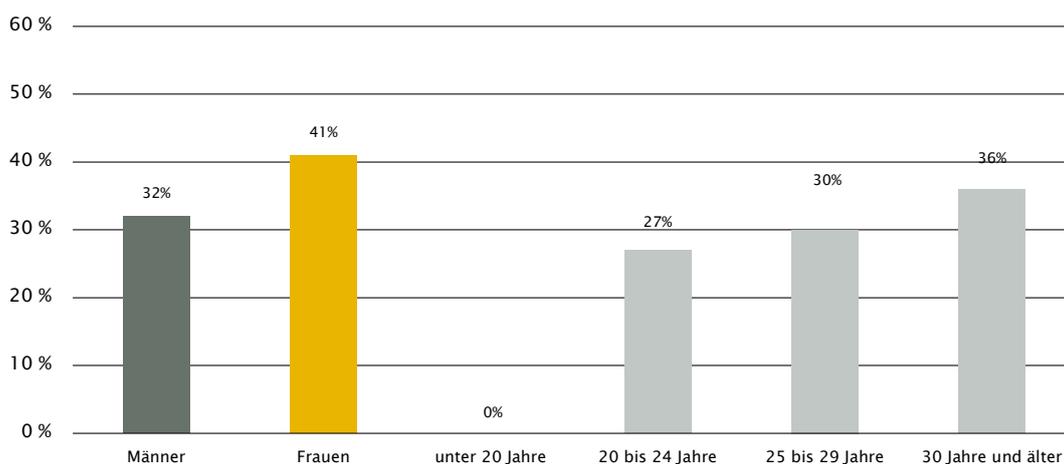
men who have sex with men / Männer, die Sex mit Männern haben

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle Sharing)

Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten zum *Needle Sharing* (gemeinsamen Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien¹²². Im Jahr 2017 geben im ambulanten Bereich 34 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 29 Prozent. Das *Needle Sharing* liegt bei den meisten Personen im ambulanten Bereich länger als ein Jahr zurück (86 %), im stationären Bereich gaben 22 Prozent der Personen an, innerhalb der letzten 30 Tage Needle Sharing betrieben zu haben, und weitere 39 Prozent innerhalb der letzten 12 Monate (nicht aber innerhalb der letzten 30 Tage). Vor allem die Angaben im stationären Bereich schwanken über die Jahre; ein Grund dafür kann auch die geringe Anzahl von Personen sein, deren Angaben vorliegen (n = 59). Frauen geben *Needle Sharing* etwas öfter an als Männer. Bezüglich Alter zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit von *Needle Sharing* mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 6.6).

Abbildung 6.6:

Needle Sharing (jemals) bei Personen mit i.v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2017 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 687)



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Weitere drogenbezogene Infektionskrankheiten (Tbc, Syphilis)

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen hinsichtlich Tuberkulose (Tbc) und Syphilis vor. Von insgesamt 17 anamnestisch erhobenen Angaben zum aktuellen Tbc-Status im DOKLI-Datensatz wurde im Berichtsjahr keine Person Tbc-positiv dokumentiert. Eine weitere Person im DOKLI-Datensatz wurde im Berichtsjahr – mit negativem Ergebnis – auf Tbc getestet.

122

In der Wiener DOKU-Neu wird diese Variable nicht erhoben.

Im *ambulatorium suchthilfe wien* lag für drei Prozent (11 von 317) der im Jahr 2017 auf Syphilis getesteten Personen ein positives TPHA¹²³-Testergebnis vor. Weiter Daten zu Tuberkulose und Syphilis liegen nicht vor.

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 von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen sind in erster Linie Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Die niederschwellige medizinische Einrichtung *I.K.A.* (Graz) berichtet im Jahr 2017 von 351 Patienten/Patientinnen mit insgesamt 240 psychiatrischen Komorbiditätsdiagnosen (110 Personen ohne Komorbiditätsdiagnosen und eine ohne Angabe). Geplant ist daher eine Erweiterung des Angebots um eine Mobile Sozialpsychiatrische Betreuung (MS-BET-PSY), ein entsprechender Antrag wurde bei Land Steiermark eingereicht (I.K.A. 2018). Die Vorarlberger Einrichtung *Ex & Hopp* berichtet davon, vermehrt mit Krankheitsbildern diverser Persönlichkeitsstörungen konfrontiert zu sein (Ex & Hopp p. M.). Auch AD(H)S-Diagnosen finden zunehmend Beachtung.

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Schulden“ 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* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Jahr 2017 wurde hier in insgesamt 5.849 Beratungsgesprächen in 28 Prozent der Fälle die psychische Gesundheit und in 26 Prozent der Fälle die physische Gesundheit der Klientinnen und Klienten thematisiert (SHW 2018a).

Die Analyse der körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen) bei direkt drogenbezogenen Todesfällen, basierend auf den Befunden der gerichtsmedizinischen Gutachten (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) zeigen ausgeprägte körperliche Organschädigungen der Drogenkonsumierenden (Weigl et al. 2017).

Die meisten indirekt drogenbezogenen Toten (44 Personen) erlagen Krankheiten (36 Personen) wie z. B. Myokarditis oder Leberzirrhose, größtenteils bedingt durch eine Hepatitis-C-Infektion. Von weiteren 8 Personen sind andere Todesursachen bekannt (z. B. Suizid oder Unfall).

Genauere Aussagen über die bundesweite Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden.

123

Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Die im Jahr 2015 veröffentlichte *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssüchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) enthalten Hinweise darauf, dass im Sinne einer Diversifikation der Angebote u. a. Schadensminimierung als ein zentraler Bestandteil gesehen wird. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung von Hochrisikokonsumierenden verstanden. Auch die Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden (vgl. Kapitel 5).

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich bei den Ländern und beschreibt eine Vielzahl an 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. Suchtkoordinatoren/-kordinatorinnen kooperieren. Finanziert werden die schadensminimierenden Maßnahmen jeweils durch verschiedene Ressortbudgets auf Länderebene (vgl. Kapitel 1).

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es in sieben von neun Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt. In Oberösterreich, Salzburg und Vorarlberg gibt es szenebedingt zusätzlich Angebote in Kleinstädten. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Schadensminimierende Ansätze werden in Niederösterreich durch die Suchtberatungen und im Burgenland durch den Psychosozialen Dienst abgedeckt.

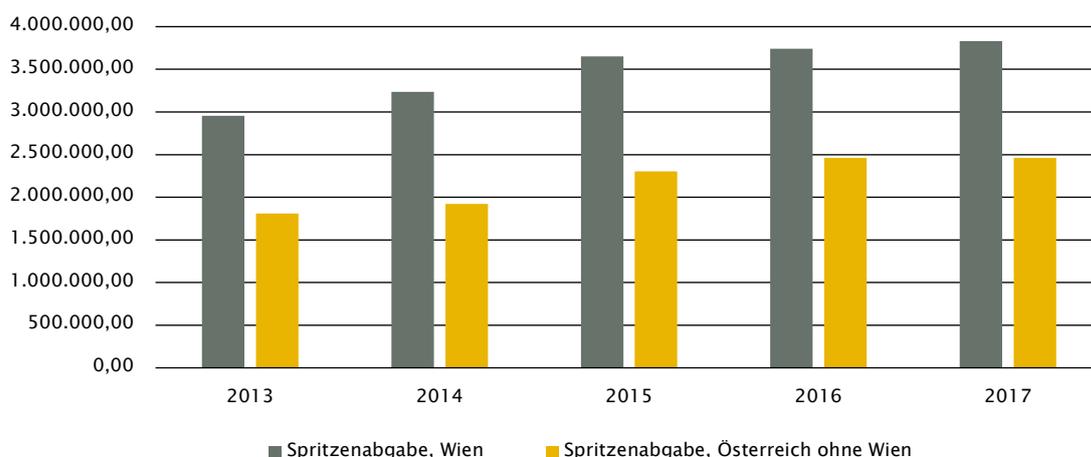
Generell kann gesagt werden, dass schadensminimierende Interventionen schwerpunktmäßig im Bereich Prävention von drogenrelevanten Infektionskrankheiten liegen; dazu gehören vor allem Spritzentausch, HIV- bzw. Hepatitis-Tests, HAV-/HBV-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie Notfallprophylaxe. Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote (Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spitzentausch wird in wenigen Fällen zudem von nicht suchtspezifischen Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe oder von Privat Anbietern (z. B. Spritzenautomat im Eigentum einer Apotheke) angeboten. Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion zu höherschweligen medizinischen Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Dieses Angebot wird mit Ausnahme von Niederösterreich und Burgenland in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 17 Angebote in 14 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2018a). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 20 Automaten in 17 Städten zu kaufen. Die Abgabe von sterilen Spritzen erfolgt in der Steiermark, in Kärnten, Vorarlberg und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogen-Streetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets ist in den letzten fünf Jahren österreichweit kontinuierlich gestiegen, nämlich von 4.762.999 abgegebenen Spritzen im Jahr 2013 auf 6.293.593 im Jahr 2017 (vgl. Abbildung 6.7 bzw. Tabelle A6.7). In der Steiermark, in Tirol und Vorarlberg wurden im Jahr 2017 etwas weniger Spritzen abgegeben als im Jahr 2016.

Abbildung 6.7:

Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien, 2013–2017



Quelle: Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen in Drogeneinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2017 waren es über 6.000.000 (vgl. Tabelle A6.7). Darüber hinaus wurden über Spritzenautomaten um die 144.000 Spritzensets und im Rahmen des aufsuchenden Drogen-Streetworks in Wien um die 9.500 Spritzen abgegeben¹²⁴. An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form

124

Die Zahlen beziehen sich auf Wien. In allen anderen Bundesländern ist die Zahl der abgegebenen Spritzen durch das Drogen-Streetwork in den Spritzenzahlen der Einrichtungen inkludiert.

von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze/n und Nadel/n unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert. Tabelle 6.3 gibt einen Überblick über die im Rahmen der schadensminimierenden Maßnahmen ausgegebene Safer-Use-/Safer-Sex-Utensilien. Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf ist es in Österreich möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken käuflich zu erwerben. Konkrete Verkaufszahlen liegen nicht vor.

Tabelle 6.3:

Verfügbarkeit der im Rahmen der Schadensminimierung zu Spritzen ausgegebenen Safer-Use-/Safer-Sex-Utensilien in Österreich

Ausgegebene Utensilien	Routinemäßig verfügbar	Oftmals verfügbar	Kaum verfügbar	Nicht verfügbar
Sterile Pads zur Desinfektion der Haut	X			
Tupfer		X		
Wasser zum Auflösen der Drogen		X		
Sterile Cups/Löffel		X		
Filter		X		
Zitronen-/Ascorbinsäure	X			
Bleichmittel			X	
Kondome	X			
Gleitmittel			X	
LDS-Spritzen			X	
HIV-Selbsttests				X
Utensilien für den nicht-injizierenden Gebrauch (Folien, Pfeifen, Röhrchen)			X	

Quelle: GÖG-eigene Erhebung

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzentauschs auch Einzelberatungen sowie vereinzelt Trainings zu Safer Use / Safer Injecting angeboten. Konkrete Daten über die Anzahl der Trainings bzw. über Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Bereich des *Peer Involvements* und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung (health education approach) finden in Österreich wenig Beachtung.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV-** bzw. **Hepatitis-Statusbestimmungen**, die von zwölf niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten werden (vgl. Abschnitt 6.2.3).

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über vorangegangene Stuserhebung (HIV und HCV) bei i.v. Drogenkonsumierenden¹²⁵. In Abbildung 6.8 wird die hohe Testhäufigkeit hinsichtlich sowohl HIV also auch HCV über die verschiedenen Betreuungsarten hinweg ersichtlich. Vor allem im

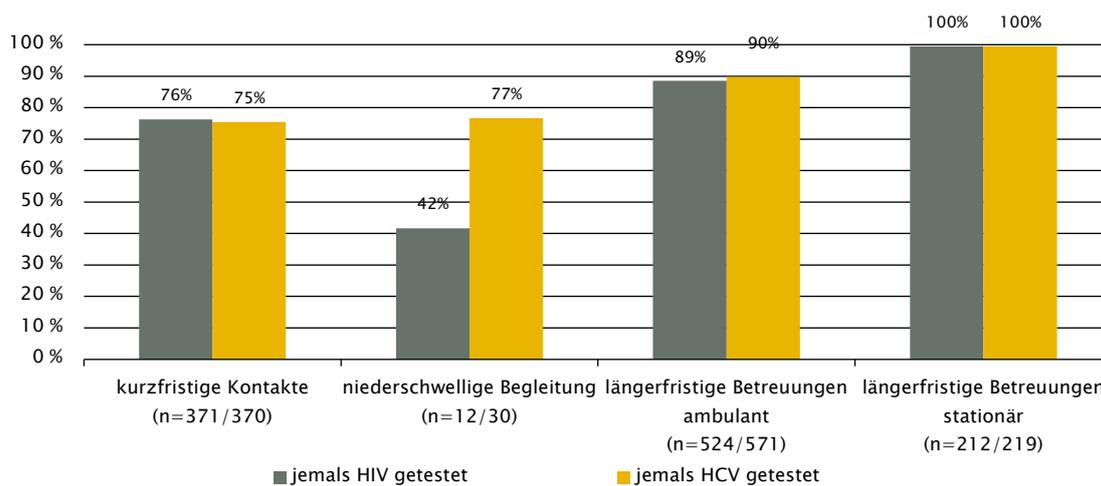
125

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings werden weder Testergebnis noch Testzeitpunkt abgefragt.

stationären Betreuungssetting geben die meisten Personen an, sich dem letzten Test (HIV und HCV) innerhalb der letzten zwölf Monate unterzogen zu haben (Anzenberger et al. 2018b).

Abbildung 6.8:

HIV- bzw. HCV-Testprävalenz von Personen, die im Jahr 2017 eine Betreuung begonnen haben und angeben, bereits intravenös Drogen konsumiert zu haben, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zehn niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *ambulatoriums suchthilfe wien* erhielten im Berichtsjahr 90 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. 32 Personen davon haben den Impfprozess 2017 erfolgreich abgeschlossen (SHW 2018a). In Graz erhielten über die medizinischen Angebote des *Kontaktladens* im Jahr 2017 48 Personen insgesamt 56 HAV/HBV-Kombinationsimpfungen (Grundimmunisierung, Teilimpfung, Auffrischung) (Caritas Diözese Graz-Seckau 2018).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 112 Personen vor, zum HBV-Impfstatus von 116 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2017 für HAV 34 Prozent und für HBV 37 Prozent¹²⁶. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tbc-Impfquote basiert auf den Angaben von 75 Personen. 16 Prozent der Befragten gaben an, gegen Tbc geimpft zu sein. Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen.

Der **Behandlung von Hepatitis C** bei Drogenkonsumierenden kommt in Österreich zunehmend Bedeutung zu. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch

126

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

eigene Hepatitis-Ambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. In Graz gab es im Berichtsjahr 114 vermittelte Behandlungskontakte ins LKH Hörgas-Enzenbach. In Linz erfolgt die HCV-Behandlung derzeit noch in den Krankenanstalten, ein Pilotprojekt zur niederschweligen Erstabklärung ist angedacht. In Salzburg werden Patientinnen und Patienten der Substitutionsambulanz der Universitätsklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik an der Christian-Doppler-Klinik auf HCV gescreent und bei positivem Ergebnis an die Leberambulanz im LKH Salzburg zur weiteren Diagnostik und Behandlung überwiesen. Die Behandlungskosten mit modernen DAA¹²⁷ werden von den Krankenkassen mittlerweile unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp übernommen (vgl. Caritas Diözese Graz-Seckau 2018; Hametner 2018; Schabus-Eder p. M.; HVB 2018).

Bezüglich Testungen auf, Behandlungen von und Impfungen gegen Infektionskrankheiten in Haft siehe Kapitel 8.

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem *Verein Dialog*, dem Wilhelminenspital der Stadt Wien, 4. Medizinische Abteilung, sowie mehr als 50 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA auszeichnet. Zielgruppe dieser Kooperation sind Patientinnen/Patienten mit aktuellem oder früherem i.v. Drogenkonsum, einer chronischen Hepatitis C sowie einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Die hohe Adherence zur täglichen Einnahme des Substitutionsmittels, gefördert durch das Setting einer *Directly Observed Therapy (DOT)*, garantiert die Regelmäßigkeit, die für eine erfolgreiche Hepatitis-C-Therapie notwendig ist. Bis 31. 12. 2017 konnten insgesamt 173 Patientinnen/Patienten in Behandlung genommen werden, davon haben 117 Personen die Behandlung und das 12-Wochen-Follow-up beendet. Bei allen diesen Patientinnen und Patienten konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (SVR12-Rate: 100 %). Nach erfolgreicher Therapie haben sich sieben Patientinnen/Patienten erneut mit HCV infiziert (Reinfektionsrate von 6 %) (SHW 2018a, Schütz et al. 2018).

Auf Bundesebene stellt das **Reduzieren drogenbezogener Todesfälle** und Notfälle nach wie vor ein wichtiges Thema dar. Schadensminimierung und Überlebenshilfe ist zudem ein wesentliches Interventionsfeld in der nationalen Suchtpräventionsstrategie (vgl. Kapitel 1, BMG 2015). 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 Webseiten verfügbar.¹²⁸ In Wien wurde 2017 eine übersichtliche und leicht verständliche Broschüre mit dem Titel „Was ist zu tun im Drogennotfall?“ herausgegeben (SDW 2017).

127

Direct Acting Antiviral Agents

128

Z. B. <https://doit.at/onlineberatung/>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/uberdosierung-notfalle/>; <https://checkit.beranet.info/> (Zugriff jeweils am 11. 7. 2018)

Naloxon ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört zur Standardausrüstung von Notärzten und Rettungswägen. Es wird jedoch nicht direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. In der Steiermark liegt ein Umsetzungskonzept für ein zweijähriges Take-Home-Naloxon-Pilotprogramm vor (Caritas Diözese Graz-Seckau 2017; siehe Abschnitt 6.3).

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 (*Z6 Drogenarbeit*) umgesetzt (vgl. SHW 2018b und Z6/Drogenarbeit 2018). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse zu besonderen Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3) an das Österreichische Informations- und Frühwarnsystem. Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse siehe Kapitel 7. In Tirol wurden im Jahr 2017 insgesamt 428 Substanzproben über *Z6-Drogenarbeit* zur Testung abgegeben (2015: 124 und 2016: 286 Substanzproben), von denen 234 als hoch dosiert eingestuft wurden. Vor dem Inhalt von 324 Proben musste besonders gewarnt werden, 170 Proben waren verunreinigt¹²⁹ (vgl. Z6 / Drogenarbeit 2018).

Die Wiener Einrichtung *checkit!* hat im Berichtsjahr 2017 1.286 Proben zur Analyse auf 19 Eventbetreuungstagen (14 Veranstaltungen) entgegengenommen (2016: 1.219 Proben). Bei 14 Prozent dieser Proben wurde wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe/Substanzkombinationen eine explizite Warnung ausgesprochen. 56 Prozent der analysierten Proben enthielten ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff. Mehr als die Hälfte (65 %) der analysierten Proben wiesen einen hohen Wirkstoffgehalt auf, vor allem jene Proben, die den erwarteten Inhaltsstoff beinhalten. Von den 328 als „Ecstasy“ gekauften und zur Testung gebrachten Tabletten waren fast 30 Prozent aufgrund der hohen Dosierung (über 200 mg MDMA) als gesundheitlich besonders bedenklich zu bewerten. Der Trend zu hoch dosierten Tabletten setzt sich demnach fort (2011: 0 %, 2016: 21 %). Bei MDMA in Pulver-, Kristall- oder Kapselform musste in 85 Prozent der Fälle auf einen hohen Wirkstoffgehalt hingewiesen werden (vgl. SHW 2018b).

Sowohl *checkit!* als auch *Z6-Drogenarbeit* berichten im Jahr 2017 in rund 50 Prozent der Speed-Proben von einem auffällig hohen Koffein-Gehalt. Da sich Amphetamin und Koffein in ihrer Wirkung potenzieren, steigen dadurch die gesundheitlichen Risiken.

Die Leitlinie für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug sieht im Rahmen der Vorbereitung auf die Haftentlassung eine Zusammenarbeit mit lokalen Suchthilfeeinrichtungen vor. Diese Kooperation zielt auf einen verbesserten Übergang zwischen Haft und adäquater Betreuung nach der Entlassung ab und wird bereits in einigen Justizanstalten umgesetzt (BMJ 2015; vgl. Kapitel 8).

129

„Das bedeutet, dass zusätzlich zum deklarierten Wirkstoff **mindestens ein** die Wirkung beeinflussendes bzw. gesundheitsschädigendes Streckmittel in der Substanz analysiert wurde oder der deklarierte Wirkstoff gar nicht enthalten war.“ (Z6/Drogenarbeit 2018)

6.2.6 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

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). Zur Versorgung traumatisierter und komorbider Jugendlicher in der Steiermark wird bspw. die enge Kooperation zwischen dem Zentrum für Suchtmmedizin, der kinder- und jugendpsychiatrischen Abteilung im LKH Südwest, Standort Süd und der Drogenberatung des Landes positiv hervorgehoben (Horvath 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 sind psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrale Themen der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *jedmayer* bietet seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an. Zielgruppe sind suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2017 wurden 148 Therapiemodule begonnen und 71 Betreuungen wurden aus dem Jahr 2016 übernommen (SHW 2018a; Weigl et al. 2016).

Im Rahmen der niederschweligen medizinischen Grundversorgung des *ambulatoriums suchthilfe wien* erfolgten im Berichtsjahr 16.825 ärztliche Konsultationen (SHW 2018a). Das Ärzteteam der niederschweligen Einrichtung *Kontaktladen* in Graz berichtet von insgesamt 615 Behandlungen im Jahr 2017, auffällig war im Jahr 2017 die relativ hohe Zahl an Hepatitis-Testungen nach einer erfolgreich abgeschlossenen Hepatitis-C-Therapie (Caritas Diözese Graz-Seckau 2018).

In Wien übernimmt der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT* die Beratung und Betreuung von suchtkranken Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern und deren Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2017 wurden von *CONTACT* Leistungen für 732 Klientinnen und Klienten mit illegalem Substanzkonsum erbracht. Ziel des Liaisondienstes *Konnex* ist es, die Betreuung von Menschen mit Suchterkrankung in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs zu unterstützen. Im Rahmen der Fachberatungstätigkeit haben im Jahr 2017 892 Multiplikatorenkontakte und 39 Begutachtungen von Klientinnen/Klienten stattgefunden (SDW 2018).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung für schadensminimierende Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung anwendbar, z. B. die Förderrichtlinien der SDW oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. *ambulatorium suchthilfe wien*), – die entsprechenden Qualitätskriterien. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben. Für Wien wurde eine Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie* erstellt, die spezifisch auch auf die Therapie psychischer/psychiatrischer wie auch somatischer Komorbidität Bezug nimmt (vgl. ÖGABS et al. 2017 bzw. Kapitel 5).

Neben der in der Steiermark bestehenden *Benzodiazepin-Richtlinie* und der vom BMSGK herausgegebenen *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* (vgl. Weigl et al. 2016) wurde auch von der Sucht- und Drogenkoordination Wien eine Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen erstellt. Diese zielt darauf ab, das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs zu erhöhen und der verschreibenden Ärzteschaft eine fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe im Umgang mit diesem Medikament zu bieten. Die Broschüre beschreibt Wirkungsweisen, unterschiedliche Indikationsbereiche und die Behandlung der Abhängigkeit von Benzodiazepinen (vgl. SDW 2016; Kapitel 5).

6.3 Neue Entwicklungen

Im Vergleich zum Vorjahr ist die absolute Zahl direkt drogenbezogener Todesfälle von 165 auf 154 Fälle wieder gesunken. Der Anteil der unter 25-Jährigen bleibt gleich wie im Vorjahr und entspricht daher mit 15 Prozent dem niedrigsten Wert der letzten zehn Jahre.

Ausschließlich illegale Drogen (ohne Alkohol und/oder Psychopharmaka) wurden in den seltensten Fällen festgestellt, ebenso reine Opiat-Intoxikationen (ohne weitere legale oder illegale Substanzen). Am Großteil der Intoxikationen waren Opioide beteiligt. An der Dominanz von Opioiden hat sich in den letzten Jahren nichts geändert, tendenziell zeichnet sich jedoch eine Abnahme ab. Stimulantien (exklusive Kokain) steigen auf niedrigem Niveau etwas an. Insgesamt sind die Konsummuster ähnlich wie in den Vorjahren. Bei den NPS zeigt sich im Vergleich zu den Vorjahren eine Zunahme, in insgesamt vier Fällen wurden außer einem opioidhaltigen NPS keine weiteren Suchtgifte festgestellt. Obwohl es sich beim Auftreten von synthetischen Opioiden der Kategorie NPS in Österreich nach wie vor um Einzelfälle handelt, muss die Situation diesbezüglich weiterhin im Rahmen des „Early-Warning-Systems“ (EWS) genau beobachtet werden.

Im Berichtszeitraum haben sich in den Einrichtungen folgende Änderungen im Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben:

In Oberösterreich ist in fast allen Beratungsstellen und niederschweligen Einrichtungen ein Speicheltest zur HCV-Bestimmung möglich. An fünf Standorten gibt es neben kostenlosen HAV-/HBV-Impfungen zudem Kooperationsprojekte mit den dortigen Krankenanstalten, bei einem positiven HCV-Testergebnis wird zur Behandlung in diese Krankenanstalten vermittelt (Schwarzenbrunner p. M.).

In der Steiermark liegt ein Umsetzungskonzept für ein zweijähriges Take-Home-Naloxon-Pilotprogramm vor. Zielgruppe sind opiatabhängige und polytoxikoman konsumierende Personen sowie Personen in OST, wobei ein Fokus auch auf Drogenkonsumierende nach der Haftentlassung gerichtet ist. Aufgrund der derzeit bestehenden Verschreibungspflicht kann bei einer Teilnahme keine Anonymität gewährt werden. In den zwei Jahren des Pilotprojekts sind zwölf Schulungen (Dauer: 60 Minuten) mit je zehn Teilnehmenden geplant. Das ausgegebene Naloxon-Kit soll nasal applizierbares Naloxon, ein Informationsblatt, eine Teilnahmebestätigung, ein Beatmungstuch und Einweghandschuh beinhalten. Weiters wird eine Programmevaluierung durchgeführt, die auch regelmäßige Besprechungsunden mit Programm-Teilnehmenden beinhaltet. Der geplante Projektstart steht derzeit noch nicht fest (Caritas, Diözese Graz-Seckau 2017).

6.4 Zusätzliche Information

Im Sucht- und Drogenhilfe-Netzwerk (SDHN) Wien fanden im Jahr 2017 zahlreiche abteilungsübergreifende Arbeitsgruppen (AG) statt, die zum Ziel haben, vorhandene Behandlungskonzepte, Maßnahmen und Angebote der Suchthilfe stetig weiterzuentwickeln. Schwerpunktthemen der *AG Migration und Sucht* sind beispielsweise Flüchtlingssituation, Sprachkompetenzen im SDHN sowie ethnische Besonderheiten. Weitere Arbeitsgruppen sind u. a. *AG Kinder aus suchtbelasteten Familien* in Kooperation mit der Kinder- und Jugendhilfe und dem Krankenanstaltenverbund, *AG Mutter-Kind*, *AG Ältere Suchtkranke* und *AG Handlungsleitlinien stationäre bzw. ambulante Pflege und Sucht* (SDW 2018).

Zum Thema Alter und Sucht liegt ein Abschlussbericht der *AG Alter und Sucht* des Suchtbeirats des Landes Tirol vor (Dromoradski et al. 2017). Neben Empfehlungen, die auf eine adäquate Betreuung und Versorgung von älteren und multimorbiden Drogenkonsumierenden abzielen, werden suchtspezifische Qualifizierungs- und Schulungsangebote für Hilfs- und Pflegedienste wie auch eine systematische Kooperations- und Vernetzungsstruktur zwischen den beteiligten Hilfesystemen im Sozial- und Gesundheitsbereich empfohlen (vgl. Kapitel 5).

In Graz bietet der *Kontaktladen* arbeitssuchenden Klienten und Klientinnen die Möglichkeit einer niederschweligen und fallweisen Beschäftigung in den Bereichen Spritzensammeln im öffentlichen Raum, Zusammenstellen der Spritzensets für die Spritzenautomaten bzw. als Küchenhilfe (Caritas, Diözese Graz-Seckau 2018).

Die niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle *Ex und Hopp* (Vorarlberg) berichtet von einer steigenden Anzahl an Klienten/Klientinnen mit psychiatrischer Komorbidität (u. a. bipolare Störungen, AD(H)S, Schizophrenie, Depression). Des Weiteren wird davon berichtet, dass Konsumierende von

Partydrogen vorwiegend wegen rechtlicher bzw. medizinischer Fragen die Einrichtung kontaktieren. Die Konsumierenden sind in der Regel gut integriert und definieren sich nicht als suchtgefährdet und als Drogenkonsumierende. Medizinische Fragen werden vorwiegend anonym gestellt und beziehen sich auf negative Auswirkungen des Konsums wie Halluzinationen, Wahnvorstellungen, Angstzustände und sonstige physische Reaktionen (Ex und Hopp p. M.).

6.5 Quellen und Methodik

Sämtliche Quellen sind in der Bibliographie in Abschnitt 6.6 aufgelistet.

Quellen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu **drogenbezogenen Todesfällen** gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend werden dem Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nicht verifizierte Fälle). Zusätzlich zu den polizeilichen Meldungen wird auch eine extra angeforderte Liste der Statistik Austria über die in der allgemeinen Todesursachenstatistik als Drogentodesfälle vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 SMG) versterben. In die jährliche Statistik ebenfalls einbezogen, jedoch gesondert ausgewiesen werden die tödlichen Überdosierungen durch NPS.

Die gesammelten Daten werden in ein Online-Register eingespeist und jährlich ausgewertet. In der Arbeitsgruppe¹³⁰ zu drogenbezogenen Todesfällen im November 2016 wurden Überdosierungen von verschreibungspflichtigen opioidhaltigen Schmerzmitteln (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Hintergrund der Diskussion: 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 Schmerzpatienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hin-

130

In dieser Arbeitsgruppe diskutieren jährlich Expertinnen und Experten aus verschiedenen Bereichen (Suchthilfe, BMASGK, BMVRDJ, BMI, gerichtsmedizinische Institute) aktuelle Themen zu den drogenbezogenen Todesfällen.

weise). Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben. Im Sterbejahr 2017 wurden daher sieben Personen, die an einer Überdosierung durch opioidhaltige verschreibungspflichtige Schmerzmittel (z. B. Fentanyl, Tramal) ohne weitere Suchtgifte verstarben, aus der Statistik ausgeschlossen. Zwei Personen hatten eine ausländische Staatsbürgerschaft und waren nicht in Österreich gemeldet. Diese Fälle gehen daher – wie in den Vorjahren – nicht in die Statistik ein, da sie keine Rückschlüsse auf die aktuelle Drogensituation in Österreich erlauben. Bei fünf weiteren Verdachtsfällen handelte es sich um Fülleichen, bei denen die Gerichtsmedizin die Todesursache nicht mehr eruieren konnte.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter, 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 von **drogenbezogenen Notfällen**. Daten zur Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *checkit!* und *Z6/Drogenarbeit* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Zielgruppe sind Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen/–ärzte in Anspruch nimmt. Anrufe werden systematisch dokumentiert. Neben Angaben zu den Patienten/Patientinnen, werden u. a. die Exposition, die Substanz(en), Ort, Hergang, Symptome und der Poisoning Severity Score erhoben. Drogenbezogene Anrufe werden in den meisten Fällen als Abusus codiert, in selteneren Fällen als Selbstvergiftung bzw. akzidentell (GÖG/ VIZ 2018: Sonderauswertung Drogen).

Die Datenlage zu **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i.v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nicht repräsentativ 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 das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus drei Drogenhilfe-Einrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* in Vorarlberg, *Kontaktladen* in Graz) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nicht repräsentativ zu bezeichnen. Dieser 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 zu drogenassoziierten 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 zur 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. Diese 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 Fälle von chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypen-Verteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, da die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten lieferten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie zur aktuellen Datenlage zu 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* werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe gesammelt (vgl. Tab. A6.7).

Die **Österreichische Suchtpräventionsstrategie** wurde im Jahr 2015 vom Gesundheitsressort veröffentlicht und bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Sie bildet einen Orientierungsrahmen über alle zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung. Für den Bereich *illegale Drogen* wird betont, dass Beratung bzw. medizinische, psychologische und soziale Hilfe Vorrang vor strafrechtlicher Verfolgung haben. Personen, die gewerbsmäßigen illegalen Suchtmittelhandel betreiben, sollen strafrechtlich verfolgt werden. Gleichzeitig soll auf die Bestrafung von Konsumentinnen und Konsumenten verzichtet und diesen ein diversifiziertes Maßnahmenangebot von Prävention über Suchtberatung, Überlebenshilfe/Schadensminimierung, Suchttherapie, gesundheitlicher Rehabilitation sowie beruflicher und sozialer Integration zur Verfügung gestellt werden (BMG 2015, siehe Kapitel 1).

Studien

Die österreichische „**Mortalitätskohorte Substitutionsbehandlung**“ fußt auf jahrelangen technischen, konzeptionellen und gesetzgeberischen Vorarbeiten. Die wichtigste Voraussetzung stellt die Tatsache dar, dass Einträge ins bundesweite Substitutionsregister im Rahmen von *eSuchtmittel*

nur über das zentrale Melderegister erfolgen und zusammen mit der bereichsspezifischen Personenkennzahl Gesundheit (bPK-Gesundheit) abgespeichert werden. Alle Einträge werden in der Folge ein weiteres Mal verschlüsselt in pseudonymisierter Form im Statistikregister Substitution gespeichert. Nach Schaffung der gesetzlichen Grundlage war es 2018 erstmals möglich, über mehrere Zwischenschritte unter strikter Wahrung des Datenschutzes eine Verknüpfung des Statistikregisters Substitution mit dem allgemeinen Todesursachenregister durchzuführen, aus der ersichtlich ist, wer wann woran verstorben ist. Diese Verknüpfung konnte für den Zeitraum 1. 1. 2002 bis 31. 12. 2016 durchgeführt werden. Zur Beschreibung der Mortalität in der Kohorte wird zunächst die *Rohe Sterblichkeitsrate* (*Crude mortality rate*) in Form von „Anzahl von Todesfällen pro 1.000 Personenjahre“ herangezogen.¹³¹ Um die *Rohe Sterblichkeitsrate* mit der Sterblichkeitsrate in der Allgemeinbevölkerung zu vergleichen, muss im Rahmen einer indirekten Standardisierung die Sterblichkeit der Allgemeinbevölkerung mit der gleichen Altersstruktur und der gleichen Zusammensetzung nach Geschlecht berechnet werden. Dies wurde anhand der Sterbetafeln 2010 bis 2012¹³² durchgeführt. Der Quotient *Rohe Sterblichkeitsrate* der Kohorte / Sterblichkeitsrate der Allgemeinbevölkerung gleichen Alters und Geschlechts wird als *Standardmortalitätsverhältnis* (*Standard mortality ratio*) bezeichnet und gibt das Verhältnis an, in dem die Sterblichkeit zwischen beobachteter Kohorte zu jener in der Allgemeinbevölkerung steht (z. B. die Sterblichkeit in der beobachteten Gruppe ist doppelt so hoch wie in der Allgemeinbevölkerung). Über das *Standardmortalitätsverhältnis* können auch Kohortenstudien aus unterschiedlichen Ländern miteinander verglichen werden. Zur Analyse des Verlaufs der Sterblichkeit in der beobachteten Kohorte wurde eine Überlebensanalyse nach Kaplan–Meier durchgeführt. Eine systematische Literatursuche, um Vergleiche mit anderen Mortalitätskohortenstudien anzustellen, war im Rahmen der vorhandenen Ressourcen nicht möglich. Es wird daher mit einer Übersichtsarbeit der EMCDDA zu rezenten Kohortenstudien (EMCDDA 2015) zu einem systematischen Review (Mathers et al. 2013) und zu einer großen Kohortenstudie aus Schottland (Merrall et al 2012) mit ähnlichem Untersuchungsdesign verglichen (weitere Details siehe Anzenberger et al. 2018a).

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von acht Behandlungszentren ein. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Otto–Wagner–Spital Wien, AKH Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch das Kaiser–Franz–Josef–Spital in Wien dazu. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 9. 2017 wurden insgesamt 9.377 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 76 Pro-

131

Was diese Kennzahl bedeutet, sei an einem kurzen Beispiel veranschaulicht: Wird eine Kohorte von 1.000 Personen von 1. 1. 2010 bis 1. 1. 2020 (also über 10 Jahre) beobachtet und versterben 40 Personen in diesem Zeitraum, so ergibt das 40 Todesfälle auf 10.000 Personenjahre, was 4 Todesfällen auf 1.000 Personenjahre entspricht.

132

http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=022541 – 7. 8. 2018

zent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der undiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben. Weitere verhaltensbezogene Daten zu i.v. Drogenkonsumierenden werden in der Studie nicht erfasst (AHIVCOS 2017).

6.6 Bibliographie

- 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.
- AHIVCOS (2017). HIV/AIDS in Austria – 33th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck.
- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Strizek, J., Tanios, A. (2018a). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Wien.
- Anzenberger, J., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Strizek, J., Tanios, A. (2018b). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Annex. Wien.
- 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.
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2017). Naloxon-Take-Home Programm in der Steiermark. Umsetzungskonzept für ein zweijähriges Pilotprojekt. Caritas Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich. Graz.
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2018). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2017. Graz.
- Domoradzki, L., Keel, B., Färber, W., Weissbacher, M., Stelzl, F., Geisler-Devich, G., Matthias, F., Steiner, S. (2017). Alter und Sucht. Innsbruck.
- EMCDDA (2015): Mortality among drug users in Europe: new and old challenges for public health. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Luxembourg

- GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Hametner, S. (2018). Hepatitis C 2018 – wie erreichen wir unsere Patienten? Pilot-Projekt Linz. Ordensklinikum Elisabethinen Linz. Vortrag beim 21. Substitutionsforum Mondsee am 6. Mai 2018.
- Horvath, I., Anzenberger, J., Busch, M., Puhm, A., Schmutterer, I., Strizek, J., Tanios, A. (2017). Steirischer Suchtbericht 2017. Im Auftrag der Abt. 08 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien.
- HVB (2018). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2018. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.
- I.K.A. (2018). Statistik I.K.A. 2017. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. Graz.
- Mathers, B. M., Degenhardt, L., Bucello, C., Lemon, J., Wiessing, L., Hickman, M. (2013): Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. In: Bull World Health Organ 91/2:102–123
- Merrall, E. L., Bird, S. M., Hutchinson, S. J. (2012): Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996–2006: record-linkage study. In: International Journal of Drug Policy 23/1:24–32
- 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
- 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. J Viral Hepat. 2018 Jul;25(7):870–873. doi: 10.1111/jvh.12857. Epub 2018 Feb 6.
- SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SDW (2017). Was ist zu tun im Drogennotfall? Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.

SDW (2018). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2018“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.

SHW (2018a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.

SHW (2018b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.

Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

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.

Z6/Drogenarbeit (2018). Tätigkeitsbericht 2017. Innsbruck.

6.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

6.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	LKH Hörgas-Enzenbach
Ex und Hopp	Niederschwellige Kontakt- und Anlaufstelle, Dornbirn
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg
Schwarzenbrunner, Thomas	Drogenkoordination Oberösterreich
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.9 Anhang

Tabelle A6.1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2008–2017

Todesursache	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Intoxikation mit Opiat(en) ¹	13	18	13	11	11	10	10	6	7	8
Mischintoxikation mit Opiat(en) ¹	136	153	148	151	111	103	85	107	120	97
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	4	1	0	8	8	6	7	10	13	17
Intoxikation unbekannter Art	16	15	9	7	9	3	0	3	6	4
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	169	187	170	177	139	122	102	126	146	126
Nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle ¹	32	19	17	24	22	16	20	27	19	28
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	201	206	187	201	161	138	122	153	165	154

¹ inklusive opiathaltige NPS

² vgl. GÖG/ÖBIG 2010

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2008–2017, nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Burgenland	0,5	0,5	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6	1,6
Kärnten	1,9	1,6	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0	3,5
Niederösterreich	3,3	2,7	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4	1,4
Oberösterreich	3,0	3,0	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6	1,9
Salzburg	3,1	3,6	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4	2,2
Steiermark	2,6	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6	1,8
Tirol	3,8	3,1	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8	2,2
Vorarlberg	0,8	5,6	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3	2,3
Wien	6,6	7,7	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3	5,0
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Österreich	3,6	3,7	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8	2,6

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2008–2017, nach Bundesland (absolut)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Burgenland	1	1	6	4	2	1	2	3	3	3
Kärnten	7	6	6	4	7	7	5	9	11	13
Niederösterreich	35	29	31	29	23	19	9	21	15	15
Oberösterreich	28	28	12	14	19	14	6	8	16	19
Salzburg	11	13	18	6	10	4	4	2	5	8
Steiermark	21	10	11	16	7	6	11	9	13	15
Tirol	18	15	18	23	14	14	12	14	24	11
Vorarlberg	2	14	10	8	7	10	8	15	11	6
Wien	77	90	75	97	72	63	65	72	67	64
Unbekannt	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	201	206	187	201	161	138	122	153	165	154

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.4:

Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion), 2008–2017

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
bis 19 Jahre	22	18	12	23	10	6	9	4	10	10
20–24 Jahre	45	39	36	33	23	18	14	28	15	13
25–29 Jahre	37	35	41	31	31	34	22	21	25	19
30–34 Jahre	21	28	17	29	25	31	15	34	35	32
35–39 Jahre	16	22	17	13	15	11	14	19	26	29
40 Jahre und älter	28	45	47	48	35	22	48	47	54	51
Gesamt	169	187	170	177	139	122	122	153	165	154
Nicht obduzierte DTF ¹	32	19	17	24	22	16	20	27	19	28
Männer	134	150	140	135	111	98	97	114	127	125
Frauen	35	37	30	42	28	24	25	39	38	29

¹ Aufgrund der Abnahme der Obduktionsraten ab 2008 werden nicht obduzierte Fälle seit diesem Jahr extra ausgewiesen. Seit 2014 werden diese Fälle auch in die Statistik integriert.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.5:

Anteil der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, Geschlecht und Obduktion), 2008–2017

Jahr	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
bis 19 Jahre	13,0	9,6	7,1	13,0	7,2	4,9	7,4	2,6	6,1	6,5
20–24 Jahre	26,6	20,9	21,2	18,6	16,5	14,8	11,5	18,3	9,1	8,4
25–29 Jahre	21,9	18,7	24,1	17,5	22,3	27,9	18,0	13,7	15,2	12,3
30–34 Jahre	12,4	15,0	10,0	16,4	18,0	25,4	12,3	22,2	21,2	20,8
35–39 Jahre	9,5	11,8	10,0	7,3	10,8	9,0	11,5	12,4	15,8	18,8
40 Jahre und älter	16,6	24,1	27,6	27,1	25,2	18,0	39,3	30,7	32,7	33,1
Gesamt	100,0									
Nicht obduzierte DTF ¹	–	–	–	–	–	–	16,4	17,6	11,5	18,2
Männer	79,3	80,2	82,4	76,3	79,9	80,3	79,5	74,5	77,0	81,2
Frauen	20,7	19,8	17,6	23,7	20,1	19,7	20,5	25,5	23,0	18,8

¹ Aufgrund der Abnahme der Obduktionsraten ab 2008 werden nicht obduzierte Fälle seit diesem Jahr extra ausgewiesen. Seit 2014 werden diese Fälle auch in die Statistik integriert.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.6:

Entwicklung der festgestellten Substanzen bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2008–2017, in Prozent

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Heroin/Morphin	90	91	83	76	82	72	75	78	67	63
Sonstige Opiode (inkl. NPS)	22	18	27	23	21	19	24	25	26	20
Methadon	10	12	17	18	13	19	15	16	10	15
Kokain	22	13	16	15	15	22	17	22	23	25
Sonstige Stimulantien ¹	7	9	6	6	7	9	8	11	14	16
davon Methamphetamin	1	1	0	1	2	2	4	2	4	9
Psychopharmaka	77	76	77	81	73	81	75	82	77	72
Alkohol	37	33	35	33	38	29	23	37	36	37

¹ Diese Kategorie umfasst sämtliche Stimulantien (z. B. Ecstasy, Mephedron/3MMC, Cathinone, NPS des Typs Stimulantien) exklusive Kokain.

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMASGK – Statistikregister eSuchtmittel;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.7:

Spritzentausch und –verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2017

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	2	0	123.560
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	5	3	661.743
Salzburg	1	2	9.100
Steiermark	2 ¹	3	792.582
Tirol	2	6	508.284
Vorarlberg	4	7	367.180
Wien	3 ¹	0	3.831.144
Gesamt	19	21	6.293.593

¹ inkludiert ein Streetwork-Angebot

Quelle: ST10; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	209
7.1	Zusammenfassung.....	209
7.2	Aktuelle Situation.....	210
7.2.1	Drogenmärkte.....	210
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	214
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	216
7.3	Trends	217
7.4	Neue Entwicklungen.....	226
7.5	Quellen und Methodik.....	226
7.6	Bibliographie	227
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	228
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	228
7.9	Anhang.....	229

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Verbraucherland für illegale Drogen. Insgesamt ist die steigende Bedeutung von virtuellen Drogenmärkten zu beobachten, was zunehmend das Verhalten von Händlerinnen/Händlern und Konsumierenden beeinflusst. Die Produktion von illegalen Drogen spielt in Österreich tendenziell eine geringe Rolle.

Insgesamt bezogen sich im Jahr 2017 in Österreich 42.130 Anzeigen auf Suchtgifte, wobei der größte Teil davon (34.857) Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften betraf. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (39.266) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen¹³³ (2.864) bei Weitem. Änderungen in der Anzeigenzahl seit 2016 können auch mit der SMG-Novelle 2016 in Zusammenhang stehen.

Im Jahr 2017 kam es zu 2.192 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr. Dem stehen 28.109 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. Substitutionsmittel) enthalten. Auch Neue Psychoaktive Substanzen werden beschlagnahmt. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe (seit 1. Mai 2016: Precursor Competence Center) können Unternehmen, die Drogenausgangsstoffe herstellen oder damit handeln, melden, wenn die Abzweigung von Ware für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermutet wird. Zusätzlich kommt dem Drogenhandel in *Darknet* (auch: *Deep Web*) sowohl im Regeldienst als auch im Rahmen internationaler Projekte vermehrte Aufmerksamkeit zu.

Trends

Die Anzeigenentwicklung sowie die Zahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln zeigen im Vergleich zum Vorjahr Anstiege für fast alle Substanzen. Die Maximalpreise (Straßen-

133

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“.

verkaufs-niveau) von Cannabis(kraut & -harz), braunem Heroin, Kokain, Amphetamin und Methamphetamin blieben im Jahr 2017 gegenüber 2016 konstant, lediglich bei Ecstasy kam es zu einer Erhöhung um zwei Drittel (25 statt 15 Euro). Die durchschnittliche Reinheit (Straßenverkaufs-niveau) hat nach einem Aufwärtstrend in den letzten Jahren wieder abgenommen, eine Ausnahme bilden die Substanzen Kokain und braunes Heroin. Der Trend zu hoch dosiertem Kokain setzt sich fort.

Neue Entwicklungen

Im Bundeskriminalamt, Suchtmittelkriminalität (Büro 3.3), widmet sich das neu gegründete Referat für Suchtmittelhandel via Postversand und Internet dem illegalen Suchtmittelhandel u. a. im Darknet.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist Transit- und Verbraucherland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich sehr gering. In Österreich konnten im Jahr 2017 insgesamt 948 Anlagen zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden. Bei etwa zwei Dritteln der Anlagen handelt es sich um Indoor-Anlagen. Von den insgesamt 948 Plantagen sind 807 Micro- und Miniplantagen mit einer bis 49 Pflanze/n. Professionelle Anlagen mit mehr als 1.000 Pflanzen sind Ausnahmen und wurden lediglich in Niederösterreich und Wien festgestellt. Cannabis aus kleineren Anlagen war vorwiegend für den Eigengebrauch oder Handel in kleinerem Umfang bestimmt. Der Outdoor-Anbau spielt in Österreich eine geringere Rolle. In Niederösterreich (2), Salzburg (1), der Steiermark (1) und Tirol (2) wurden im Jahr 2017 insgesamt sechs Labors zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Syntheseziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war. Die erzeugten Suchtmittel dienten dem Eigenbedarf bzw. einem regional begrenzten Kreis von Abnehmerinnen/Abnehmern (BMI 2015; Lichtenegger, p. M.).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Heroin wird vor allem auf der klassischen Route über die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich nach Westeuropa geschmuggelt. Der Kokain-Schwarzmarkt in Österreich wird unter anderem über den internationalen Flughafen Wien-Schwechat aus Süd- und Mittelamerika versorgt. Cannabisprodukte werden meist in Albanien erzeugt. Aus Marokko wird vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Amphetamin, Ecstasy und MDMA werden hauptsächlich aus den Niederlanden via Deutschland, Amphetamin wird teil-

weise auch aus Polen via Tschechien oder Deutschland nach Österreich eingeführt. *Neue Psychoaktive Substanzen* werden vermehrt via Internet in China bestellt. Geliefert wird nach Vorauszahlung aus Europa und Asien per Versand durch Post oder Paketdienste. Auch Drogenausgangsstoffe¹³⁴ werden via Internet und in größeren Mengen in Asien bestellt (BMI 2015; Lichtenegger, p. M.).

Drogengroßhandel und Handel mit Vorläuferstoffen

In nachfolgender Tabelle 7.1 werden die Preise diverser Drogen im Großhandel dargestellt. Dabei sind pro Droge die Preis-Unter- und -Obergrenze sowie der typische Preis¹³⁵ angegeben.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2017

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Methamphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Untergrenze	1.500	2.500	18.000	40.000	2.000	20.000	2.500
Obergrenze	5.000	8.000	70.000	80.000	20.000	60.000	9.000
Typisch	4.000	4.000	35.000	50.000	10.000	30.000	5.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Die Daten des BMI zu den Großhandelspreisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Straßenhandel und Reinheit der illegalen Substanzen

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, sind Tabelle 7.2 zu entnehmen, wobei sich sowohl bezüglich Reinheit als auch bezüglich Preis erhebliche Schwankungsbreiten zeigen.

134

Detailangaben zu Drogenausgangsstoffen sind nicht möglich, da ressourcenbedingt eine statistische Erfassung nicht durchgeführt werden kann.

135

Der „typische“ Preis wird über Einvernahmen und verdeckte Ermittlungen festgestellt.

Tabelle 7.2:

Reinheit (in %) und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2017

Reinheit/Preis	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	„Ecstasy“**
Reinheit Untergrenze	0,02 %	0,11 %	0,12 %	0,11 %	0,07 %	0,13 %	2,76 mg
Reinheit Obergrenze	54,18 %	43,80 %	54,55 %	86,15 %	75,23 %	81,28 %	57,50 mg
Reinheit Median	9,64 %	13,19 %	15,02 %	51,37 %	13,79 %	57,16 %	38,33 mg
Preis Untergrenze	6	6	25	60	10	25	6
Preis Obergrenze	15	20	90	150	60	130	25
Preis Typisch	8	8	60	100	40	90	9

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Die Daten des BMI zu Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Die Reinheit der Cannabisprodukte wird in % THC angegeben, die Reinheit von Ecstasy in mg der MDMA-base pro Einheit.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Im Rahmen der Einrichtung *checkit!* der Suchthilfe Wien wurden im Jahr 2017 in den Bundesländern Wien und Niederösterreich bei etwa einem Dutzend Freizeitveranstaltungen 1.286 Proben in Hinblick auf psychoaktive Substanzen analysiert. 56 Prozent der Proben enthielten ausschließlich den zu erwartenden Inhaltsstoff. Im Jahr 2017 wurde 65 Prozent der Proben ein hoher Wirkstoffgehalt attestiert. Dieses Ergebnis fand sich vor allem bei Proben, die die erwartete Substanz aufwiesen – v. a. MDMA und Ecstasy. Fast ein Drittel (30 %) der Proben enthielt unerwartete Inhaltsstoffe (SHW 2018).

Von den 299 als „Ecstasy“ **gekauften und zur Testung abgegebenen Tabletten** enthielten rund 93 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA¹³⁶ keine pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tabelle A7.9). Damit wird der Trend zu Ecstasy in Reinform bestätigt.¹³⁷ 80% der Tabletten wurden jedoch als „hoch dosiert“¹³⁸ beurteilt. Auch mit der zunehmend hohen Dosierung von MDMA wird ein Trend fortgeschrieben. Während im Jahr 2011 noch keine Tablette mit mehr als

136

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

137

100 Prozent Reinheit bedeutet, dass keine andere pharmakologisch wirksame Substanz enthalten ist (vgl. *checkit!* 2017). Dennoch können Streckmittel enthalten sein. Deren Anteil hat wiederum Einfluss auf die Dosisstärke.

138

Darunter fallen „hohe Dosierungen“ mit 100 bis 200 mg MDMA pro Tablette und höher dosierte Tabletten, die als „gesundheitlich besonders bedenklich“ eingestuft werden.

200 mg MDMA-Gehalt identifiziert wurde, waren es 2017 ca. 31 Prozent der Tabletten (2016: 21,2 %). In den **als MDMA** in Pulver-, Kristall- oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben wurde in etwa 92,5 Prozent der Fälle ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (2016: 84 %; vgl. Tabelle A7.10). In fünf Prozent der Proben wurden Substanzen aus der Gruppe der NPS nachgewiesen (2016: ca. 9 %). Die 290 **als „Speed“ gekauften** und von *checkit!* analysierten Proben enthielten zu rd. 19 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Die Kombination von Amphetamin und Koffein musste in rd. 68 Prozent der Proben festgestellt werden; vgl. Tabelle A7.11). Die Anzahl der „Speed“-Proben, in denen *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS) gefunden wurden, betrug 1,3 Prozent.

Von den 286 **als Kokain gekauften** und von *checkit!* analysierten Proben enthielten 58 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengungen – im Jahr davor waren es nur rd. 26 Prozent. In den Proben, die auch unerwartete Inhaltsstoffe enthielten, war häufig (auch) der Arzneistoff Levamisol enthalten (rd. 34 % der Proben) (SHW 2018).

Erwartet oder unerwartet enthielten fast fünf Prozent aller abgegebenen Proben *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS). Durch eine neue Arbeitsdefinition von NPS sowie verbesserte Analyse hat sich die Zahl der identifizierten NPS erhöht. Die Werte wurden bis 2010 zurück korrigiert¹³⁹. Generell zeigt sich aber auch mit der neuen Berechnungsmethode, dass NPS im drug checking abnehmen, obwohl die Vielfalt der NPS-Verbindungen weiter steigt. Im Jahr 2017 wurden 34 verschiedene Neue psychoaktive Substanzen identifiziert. In 2,5 Prozent der Proben wurden NPS unerwartet identifiziert. Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug 2,4 Prozent (SHW 2018).

Im Berichtsjahr wurden insgesamt 428 Substanzproben (im Jahr 2016: 286 Proben) im Tiroler *MDA basecamp* zur Testung abgegeben (Drogenarbeit Z6 2018 bzw. Kapitel 6).

Von den 39 **als Ecstasy** abgegebenen Tabletten konnten 35 näher analysiert werden. Alle Tabletten waren hochdosiert (über 100 mg), wobei der durchschnittliche MDMA-Gehalt auf 175 mg anstieg. Alle der 39 analysierten Proben, die als Ecstasy abgegeben worden waren, enthielten MDMA. Vier Proben konnten nicht ausgewertet werden; sechs Proben waren verunreinigt (Drogenarbeit Z6 2018).

Von 80 **als Speed** untersuchten Tabletten enthielten drei kein Amphetamin. 63 Proben waren verunreinigt, während 14 ausschließlich Amphetamin enthielten. Der aus gesundheitlicher Sicht problematische Trend der Koffein-Beimengung setzt sich fort: Durchschnittlich 56 Prozent betrug der Koffein-Gehalt in den Speed-Proben. 126 der **als Kokain** abgegebenen Proben enthielten tatsächlich Kokain (66 ausschließlich Kokain), allerdings waren 63 Proben verunreinigt. 102 Proben waren hoch dosiert – damit setzt sich der Trend der letzten Jahre fort. Ebenfalls ein Trend scheint die Verwendung des Entwurmungsmittels Levamisol als Streckmittel zu sein, 2017 waren 49 Pro-

139

Die neue Arbeitsdefinition sowie ihre Herleitung findet sich in SHW 2018: 12 f.

zent der Kokain-Proben damit verunreinigt. 36 Proben wurden als NPS im *MDA basecamp* abgegeben. Der Anteil dieser Proben an den insgesamt abgegebenen Substanzen liegt damit nach wie vor unter 10 Prozent. Unter allen analysierten Proben wurden 58 Mal NPS identifiziert. Die Bandbreite der Substanzen innerhalb der NPS ist groß.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) analysierte im Jahr 2017 vier Proben, die durch Polizei oder Zoll wegen Verdachts auf Verstoß gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* (NPSG) beschlagnahmt worden waren und die tatsächlich psychoaktive Substanzen enthielten. Dabei wurden bei Proben in Pulverform die Substanzen DMT, 5-fluoro ADB, alpha-PVP und Ketamin identifiziert.

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2017 insgesamt 216 Proben mit Verdacht auf Verstoß gegen das NPSG analysiert und die Ergebnisse für das Monitoring an das Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Insgesamt wurden 124 verschiedene Substanzen bzw. Substanzkombinationen identifiziert. Die am häufigsten gefundene Substanz war Ketamin in sieben Prozent aller Proben, gefolgt von 2C-B (in 5 %). Alle anderen Substanzen wurden in weniger als fünf Prozent der Fälle entdeckt.

Tabelle 7.3 zeigt den Schwarzmarktwert der Sicherstellungen zu sechs illegalen Suchtmitteln im Jahr 2017.

Tabelle 7.3:
Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro), 2017

Substanz	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen
Cannabis	19.910.390
Heroin	4.022.125
Kokain	7.071.125
Ecstasy	7.366.673
Amphetamin	1.005.360
Methamphetamin	314.775

Die Daten des BMI zu den Schwarzmarktpreisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

Quelle: Lichtenegger, p. M.; Darstellung: GÖG

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug im Jahr 2017 42.610 (vgl. Tabelle A7.1). Insgesamt 42.130 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte (vgl. Tabelle A7.2). Die übrigen 480 Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe (vgl. Tabelle A7.3). Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 7.3), so zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (39.266 wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG) die

Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei Weitem überstieg (2.864 wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG).

Unterscheidet man die Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A7.5 und Abbildung 7.4), dann fällt auf, dass Anzeigen wegen Cannabis rd. 70 Prozent (34.857) der Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (3.944; rd. 8 %), danach folgen Anzeigen wegen Amphetamin (rd. 6 %) sowie Heroin und Opiaten (rd. 5 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als 5 Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen. Die Anzahl der in Tabelle A7.4 dargestellten Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz beträgt 89 im Jahr 2017 und spielt im Vergleich zu den Anzeigen wegen anderer Substanzen eine geringe Rolle.

Den 42.610 Anzeigen insgesamt im Jahr 2017 stehen 3.088 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen zu den Festnahmen nach Art des Vergehens, nach Substanz etc. gibt. Änderungen in der Anzeigenzahl ab 2016 können auch mit der SMG-Novelle 2016 in Zusammenhang stehen (vgl. Kapitel 2).

Drogenbezogene Kriminalität außerhalb der Drogengesetzgebung

Angaben über drogenbezogene Kriminalität außerhalb der Drogengesetzgebung – wie z. B. Beschaffungs- bzw. Begleitkriminalität – werden im Bericht zur Drogensituation 2014 (Weigl et al. 2014) dargestellt. Drogenbeschaffungs- und Begleitdelikte ereignen sich hauptsächlich in Großstädten. Viele Delikte werden aus Angst davor, selbst angezeigt zu werden, nicht gemeldet.

Vom BMI werden Daten zu Anzeigen wegen Alkohols gem. § 5 der Straßenverkehrsordnung (StVO), für Suchtgift und Alkohol getrennt, sowie gem. § 14 (8) des Führerscheingesetzes (FSG) zur Verfügung gestellt (Schmid, p. M.). Weitere Zahlen betreffen die vorläufigen Führerschein- und Mopedausweis-Abnahmen gem. § 39 FSG, wobei es hier keine Aufschlüsselung nach Delikten gibt: Im Jahr 2017 gab es demnach 15.766 vorläufige Abnahmen, im Vergleich zu 14.789 im Jahr 2016 und 14.207 im Jahr 2015 (Schranz p. M.; Schmid p. M.). Die nachfolgende Tabelle 7.4 zeigt, wie viele Anzeigen gem. § 5 StVO wegen Suchtgifts oder Alkohols in den Jahren 2014 bis 2017 in Österreich erfolgten. Die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols übertrifft jene wegen Suchtgifts um ein Vielfaches, wobei letztere im Vorjahr stark angestiegen sind. Zu berücksichtigen ist, dass die Zahlen auch die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktaktionen) sowie deren technische Ausstattung (z. B. Drogen-Vortestgeräte) widerspiegeln.

Tabelle 7.4:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gem. § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gem. § 5 StVO, 2014–2017

Anzeigen	2014	2015	2016	2017
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	847	1.068	1.491	2.192
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 (8) FSG)	33.418	26.327	27.896	28.109
Gesamt	34.265	27.395	29.387	30.301

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

In Österreich werden von den Sicherheitsbehörden Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots gesetzt. Sie umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Fast drei Viertel der Sicherstellungen (18.896) im Jahr 2017 betrafen Cannabis, gefolgt von Kokain (1.571; rd. 6 Prozent) und Amphetamin (1.099; rd. 4 %) sowie Heroin (967; rd. 4 %). Die Anzahl der Sicherstellungen von weiteren Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7.7). Im Rahmen der Sicherstellungen wurden im Jahr 2017 beispielsweise ca. 1.659 kg Cannabisprodukte (exklusive Cannabispflanzen), rd. 31.000 Cannabispflanzen, rd. 446.000 Stück Ecstasy-Tabletten¹⁴⁰ (2016: rd. 30.000) und 8.077 Stück suchtgifthältige Medikamente beschlagnahmt (2016: 4.325). Die sichergestellten Mengen schwanken von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle A7.8 zu entnehmen ist.

Im Bundeskriminalamt besteht die Möglichkeit zu melden, wenn bestimmte Chemikalien, die missbräuchlich für die Herstellung von Suchtmitteln (zum Beispiel für synthetische Drogen wie Ecstasy) verwendet werden können, abgezweigt wurden. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe sowie Ausgangsstoffe für Explosivstoffe (seit 1. Mai 2016: Precursor Competence Center) können Unternehmen, die solche Stoffe herstellen oder damit handeln, melden, wenn das Abzweigen von Substanzen für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermutet wird (vgl. BMI 2015, BMI 2016a).

Weitere Angaben zur Verfügbarkeit von Drogen können dem Bericht zur Drogensituation 2014 entnommen werden (Weigl et al. 2014). Dort wurde auch beschrieben, wie einfach/schwierig es Jugendliche in Österreich einschätzen, an illegale Drogen, Alkohol und Zigaretten heranzukommen.

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots und zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und –dienststellen, Ermittlungen sowie internationale polizeiliche 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“ sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Letztlich werden die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des Suchtmittel- sowie des Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall an die Fachdienststellen übergeben (Lichtenegger, p. M.). Insgesamt ergeben sich daraus für Österreich zehn Einheiten der Strafverfolgung mit etwa 350

140

Anm. Lichtenegger, p. M.: Es gab eine Großmengensicherstellung, bei der rd. 400.000 Tabletten beschlagnahmt wurden.

speziell ausgebildeten Kriminalbeamten, was nicht ganz 1,5 Prozent des gesamten Polizeipersonals entspricht. Weitere themenbezogene Informationen können einer entsprechenden Publikation der EMCDDA entnommen werden (EMCDDA 2013).

Österreich ist zudem an internationalen Projekten zur Bekämpfung der organisierten Suchtmittelkriminalität beteiligt, bspw. am EU-Projekt *JIFTdrugs/f_air* (Joint investigation to fight trafficking in drugs and firearms with the main focus on international airports within and also into the EU)⁴¹. Gemeinsam mit den Partnerländern Kosovo und Tschechische Republik wird gegen den illegalen internationalen Drogen- und Waffenhandel bzw. -schmuggel mit Fokus auf internationale Flughäfen vorgegangen. In Österreich arbeitet das hier zuständige Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im Bundeskriminalamt mit der Landespolizeidirektion Niederösterreich und der Zollverwaltung zusammen. Neben Sicherstellungen und der Zerschlagung von Tätergruppen sollen Erkenntnisse gewonnen werden, die eine Lageanalyse der gegenseitigen Einflussnahme von Drogen- und Waffenhandel bzw. -schmuggel ermöglicht. Das Projekt hat eine Laufzeit von zwei Jahren und wurde im Dezember 2016 gestartet (Lichtenegger, p. M.).

Ein zweites Projekt mit dem Titel *Drug Policing – Schwerpunkt Westbalkan und Darknet*⁴¹ zielt darauf ab, die organisierte Suchtmittelkriminalität in internationaler Zusammenarbeit – v. a. mit den Balkanstaaten – zu bekämpfen und operative Maßnahmen zu unterstützen. Ein weiteres Ziel ist die Stärkung der Netzwerke zu Partnern der Exekutive in der Balkanregion. Das Projekt wurde im Juli 2017 mit einer Laufzeit von zwei Jahren gestartet (Lichtenegger, p. M.).

7.3 Trends

Im folgenden Abschnitt finden sich Angaben zu langfristigen Entwicklungen von Beschlagnahmen, Preis und Reinheit von illegalen Substanzen sowie von Anzeigen im Zusammenhang mit diesen Substanzen in Österreich.

Langzeit-Trends

Bezüglich der im Folgenden beschriebenen Trends ist zu betonen, dass diese in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegeln (BMI 2016a).

141

Darknet beschreibt in der *Informatik* ein digitales Netzwerk, dessen Teilnehmer/innen ihre Verbindungen untereinander **manuell** herstellen. Dieses Konzept steht im Gegensatz zu konventionellen Netzwerken, bei denen zumeist die Verbindungen zu den *Clients* fremder Personen **automatisch und willkürlich** initiiert werden. Im Ergebnis bietet ein Darknet ein höheres Maß an Sicherheit für die Nutzer/innen, da einem Angreifer der Zugriff auf das Netzwerk nicht ohne weiteres möglich ist oder er im Idealfall gar nichts von der Existenz des Netzwerks, das meist illegalen Geschäften dient, weiß. Um neue Personen in das Darknet zu integrieren, müssen diese mitunter von Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingeladen oder akzeptiert werden. Teilweise benötigt man dafür sogar entsprechende Privilegien.

Abbildung 7.1 stellt die Entwicklung der Anzahl der Beschlagnahmen in den letzten zehn Jahren dar. Geringfügige Rückgänge zeigen sich für „sonstige Suchtgifte¹⁴²“ und Mephedron. Im Jahr 2017 wurden keine Drogenausgangsstoffe sichergestellt. Bei allen anderen Substanzen ist ein Anstieg in unterschiedlichem Ausmaß zu verzeichnen: Die Anzahl der Beschlagnahmen von Cannabis haben sich seit 2012 etwa um das 2,5-Fache erhöht, jene von Amphetamin haben sich seit 2012 mehr als verdreifacht (vgl. Tabelle A7.7).

Die **beschlagnahmten Mengen** von Cannabis blieben über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant (vgl. Tabelle A7.8). Der oben angeführte Anstieg der Zahl der Beschlagnahmen lässt vermuten, dass die meisten Beschlagnahmen kleinere Cannabis-Mengen betreffen. Die Mengen der übrigen sichergestellten Suchtmittel unterlagen im Laufe der Jahre mitunter großen Schwankungen (vgl. Tabelle A7.8). Besonders hoch war der Anstieg der sichergestellten Ecstasy-Menge. Anstiege (z. B. von Ecstasy und Amphetamin) können mit einem Anstieg der entsprechenden Anzeigen korrelieren (vgl. Tabelle A7.5). Einzelne Beschlagnahmen großer Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), können jedoch das Bild verzerren.

Im Jahr 2017 wuchs die Zahl der Sicherstellungen von Suchtmitteln und NPS, die mittels Post und Schnelldiensten versendet bzw. transportiert wurden, weiter an. Die Mengen von Einzelsicherstellungen stiegen ebenfalls: Sicherstellungen von Amphetamin in der Größenordnung von 100 Gramm pro Sendung sind keine Seltenheit. Die häufigsten Einzelsicherungsmengen illegaler Suchtmittel und Neuer psychoaktiver Substanzen liegen jedoch bei ca. ein bis zehn Gramm. Die Schmuggelware wird über das Internet bzw. Darknet bestellt, mit Kryptowährung¹⁴³ bezahlt und dann von Post- und Schnelllieferdiensten zugestellt. Die Absender befinden sich vorwiegend in Europa, etwa den Niederlanden, aber auch im asiatischen Raum, z. B. in China (Lichtenegger, p. M.).

142

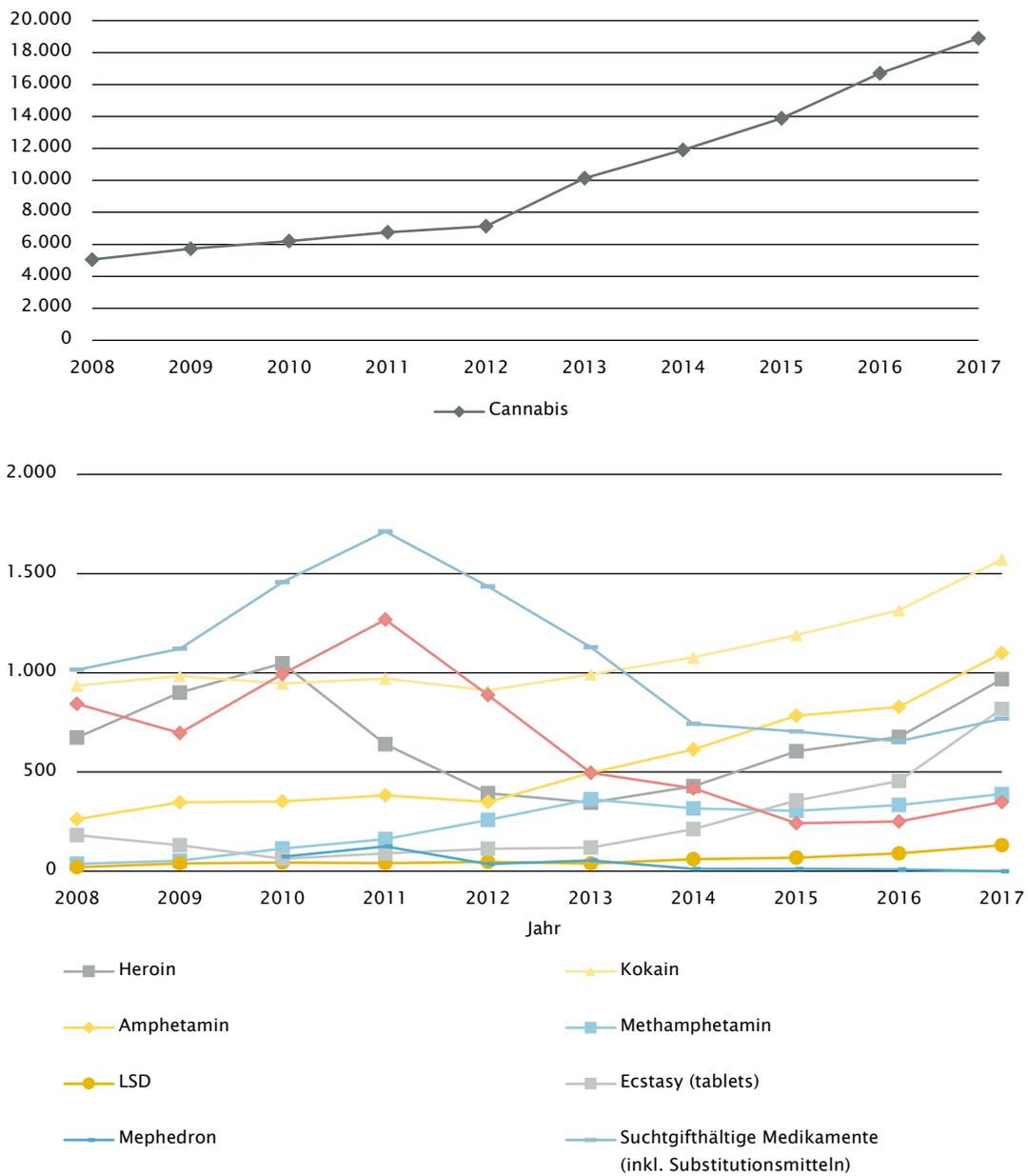
Seit 2008 sind hier auch psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze enthalten.

143

Kryptowährungen sind digitale Geldeinheiten eines weltweit verwendbaren dezentralen Zahlungssystems. Überweisungen werden von einem Zusammenschluss von Rechnern über das Internet mithilfe einer speziellen Peer-to-Peer-Anwendung abgewickelt, sodass – anders als im herkömmlichen Bankverkehr – keine zentrale Abwicklungsstelle benötigt wird. Eigentumsnachweise an diversen Kryptowährungen können in einer persönlichen digitalen Brieftasche gespeichert werden. Der Umrechnungskurs von Kryptowährungen in andere Zahlungsmittel bestimmt sich durch Angebot und Nachfrage. Bitcoin ist eine der am häufigsten verwendete Kryptowährungen.

Abbildung 7.1:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich, 2008–2017



Aufgrund der Größenordnung der Cannabis-Beschlagnahmen werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** (Straßenverkaufslevel) zeigen sich in den letzten Jahren mitunter starke Schwankungen: Der Preis für Ecstasy hat sich beispielsweise nach einer Verdopplung im Jahr 2014 (30 Euro pro Tablette) im Jahr 2016 halbiert, um 2017 wieder auf 25 Euro

anzusteigen (vgl. Tabelle 7.5). Bei Kokain, Amphetamin und Methamphetamin kam es hingegen bis 2013/2014 zu einem mitunter starken Anstieg. Seither haben sich die Preise auf diesem Niveau stabilisiert. Durchschnittspreise stehen nicht für den gesamten Beobachtungszeitraum zur Verfügung.

Tabelle 7.5:
Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich, 2008–2017

Suchtgift/Suchtmittel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabisharz (1 Gramm)	10	10	9	9	8	12	15	15	20	20
Cannabiskraut (1 Gramm)	10	10	10	10	10	12	12	12	15	15
Heroin braun (1 Gramm)	80	100	60	60	60	100	100	100	90	90
Kokain (1 Gramm)	90	140	90	90	100	130	150	150	150	150
Amphetamin (1 Gramm)	20	15	20	20	30	60	60	60	60	60
Methamphetamin (1 Gramm)	20	15	20	20	30	120	130	130	130	130
Ecstasy (1 Tablette/Einheit)	10	10	10	10	10	12	30	30	15	25

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufs-niveau) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre unterschiedlich ausgeprägten Schwankungen. Langfristig waren bei allen Substanzen Steigerungen des Wirkstoffgehalts zu beobachten, wobei Ecstasy 2017 wieder auf den Wert von 2008 zurückgefallen ist (vgl. Tabelle 7.6). Die maximale Reinheit stieg 2017 lediglich bei braunem Heroin und Kokain, bei allen anderen Substanzen kam es zu einem Rückgang (vgl. Tabelle 7.8 und Abbildung 7.2).

Von den als **Ecstasy** gekauften und im Rahmen der Wiener Einrichtung *checkit!* analysierten Proben waren rund 80 Prozent der analysierten Tabletten aufgrund eines MDMA-Gehalts von mindestens 100 mg als hoch dosiert einzustufen. Der Anteil der „gesundheitlich besonders bedenklich“ dosierten Tabletten (über 200 mg MDMA) hat sich ebenfalls weiter erhöht: von 6 Prozent (2014) bzw. 14 Prozent (2015) und rd. 21 Prozent (2016) auf bereits 31,3 Prozent aller abgegebenen Tabletten im Jahr 2017. Ab 200 mg spricht *checkit!* explizit eine Warnung aus, ebenso bei gesundheitlich besonders bedenklichen Inhaltsstoffen bzw. Substanzkombinationen¹⁴⁴ (vgl. Tabelle A7.9).

Der Anteil der von *checkit!* analysierten Proben, in denen **NPS** gefunden wurden, ging in den letzten Jahren zurück. Während im Jahr 2010 noch 19 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, waren es 2016 4,8 Prozent und 2017 4,9 Prozent. Weiterhin abgenommen hat die Häufigkeit, mit der NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden (von 13,3 % im Jahr 2011 auf 2,5 % im Jahr 2017). Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug im Jahr 2017 2,4 Prozent.

144

Ab Dosierungen über 1,5 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Männern und 1,3 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Frauen treten die negativen Effekte von MDMA in den Vordergrund und die Wahrscheinlichkeit einer neurotoxischen Wirkung steigt.

Tabelle 7.6:

Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2008–2017

Suchtgift/Suchtmittel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabisharz (% THC)	10,9	9,8	12,2	9,1	11,0	9,8	12,0	15,2	15,1	13,2
Cannabiskraut (% THC)	7,2	5,9	7,5	7,0	9,7	9,6	8,9	9,8	10,8	9,6
Heroin braun (%)	11,3	12,9	12,9	5,8	6,4	7,6	11,9	13,7	13,7	15,0
Kokain (%)	32,1	27,6	27,3	27,5	28,1	26,1	31,6	33,4	45,9	51,4
Amphetamin (%)	9,1	7,3	7,8	7,9	8,4	9,5	10,6	18,5	14,5	13,8
Methamphetamin (%)	46,3	58,4	56,7	52,0	54,4	56,0	63,5	51,5	58,7	57,2
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	38,3	41,1	90,7	63,4	50,7	46,0	44,6	48,7	47,7	38,3

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.7:

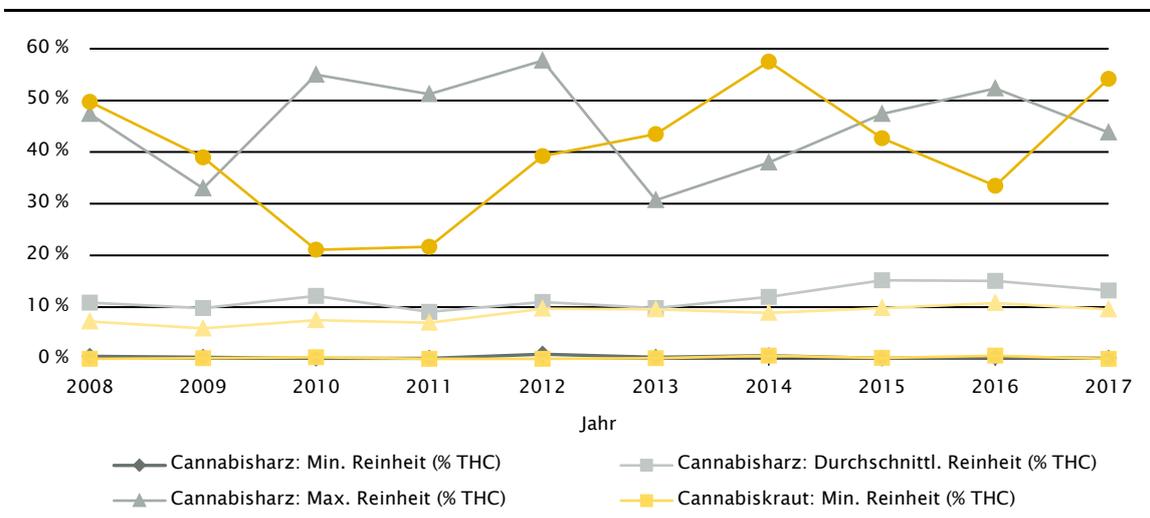
Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2008–2017

Suchtgift/Suchtmittel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabisharz (% THC)	47,4	33,0	55,0	51,2	57,7	30,7	38,0	47,4	52,3	43,8
Cannabiskraut (% THC)	49,7	39,0	21,1	21,7	39,2	43,5	57,5	42,7	33,5	54,2
Heroin braun (%)	71,0	52,8	50,0	42,6	30,9	55,1	57,2	58,5	57,4	54,6
Kokain (%)	96,0	95,9	93,50	83,5	87,3	74,8	84,9	83,1	87,7	86,2
Amphetamin (%)	66,0	42,6	27,3	28,5	56,9	59,8	66,4	73,8	82,1	75,2
Methamphetamin (%)	99,0	99,1	100,0	80,3	81,3	80,3	80,6	81,9	81,9	81,3
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	100,0	66,3	100,0	83,8	96,7	83,2	90,5	87,3	88,3	57,6

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.2:

Minimale, durchschnittliche und maximale Reinheit von Cannabisharz und Cannabiskraut in Österreich, in Prozent THC, 2008–2017



Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

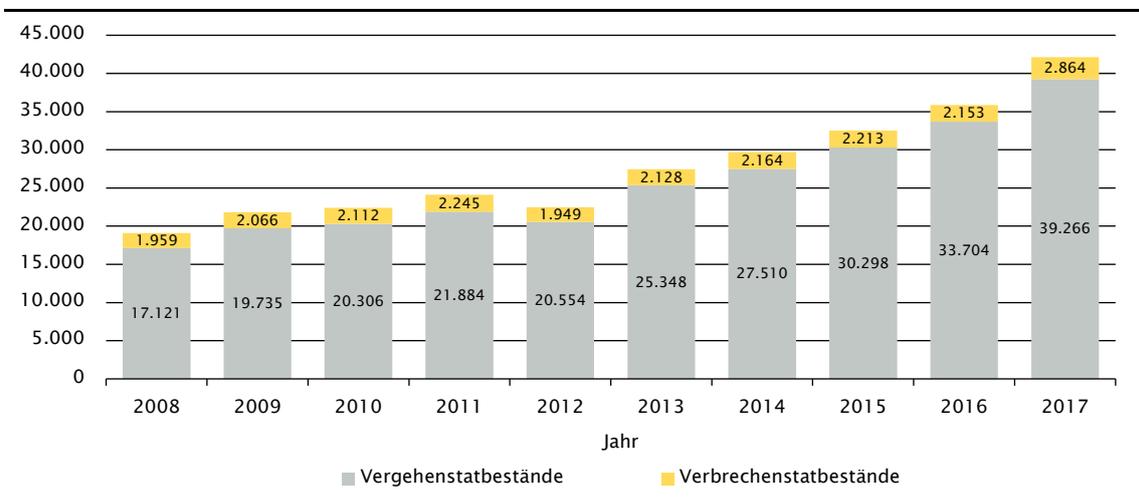
Abbildung 7.2 stellt die minimalen, maximalen und durchschnittlichen Reinheitsgrade von Cannabisharz und -kraut in Österreich dar und bezieht sich dabei auf den THC-Gehalt in Prozent. Im Verlauf der letzten zehn Jahre sind starke Schwankungen hinsichtlich der maximalen Reinheit bei beiden Substanzen ersichtlich, wohingegen die minimale Reinheit relativ konstant in der Nähe der Nulllinie verläuft. Die durchschnittliche Reinheit von Cannabisharz schwankte bis 2013 um die 10-Prozent-Marke und stieg seither kontinuierlich an, wobei nach einem 10-Jahres-Höchstwert im Jahr 2016 im Vorjahr wieder ein Rückgang verzeichnet wurde (Cannabisharz 13,2 % und Cannabiskraut 9,6 %) (vgl. Tabellen 7.2, 7.6 und 7.7).

Erklärungen zu Langzeit-Trends

Die nachfolgende Abbildung 7.3 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 stark an – eine Entwicklung, die sich auch im Jahr 2017 fortsetzte. Die Zahl der Verbrechenstatbestände sank im Jahr 2016 erstmals seit 2012 und stieg 2017 wieder leicht an.

Abbildung 7.3:

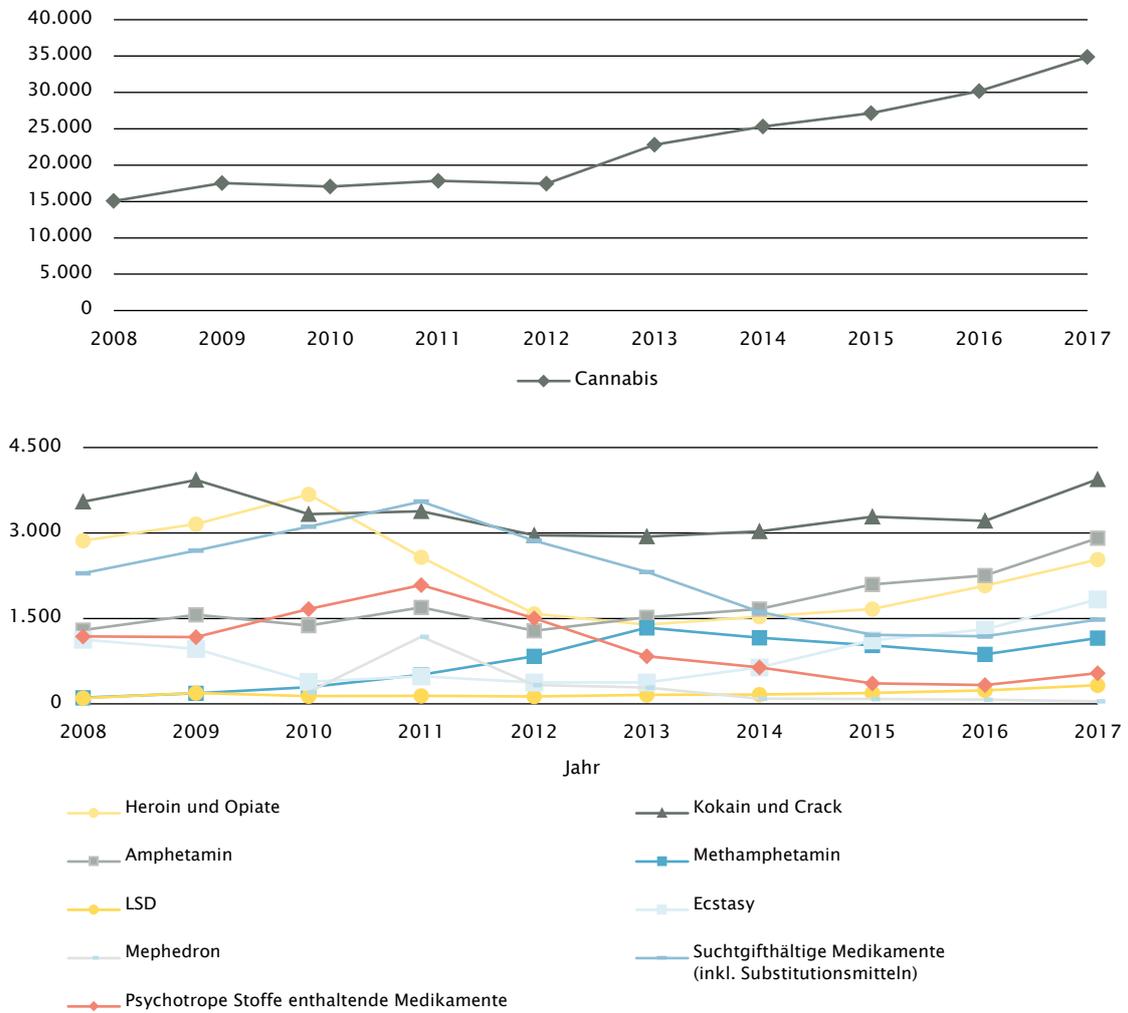
Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehen- und Verbrechenstatbeständen, 2008–2017



Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.4 wird die Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgiftes präsentiert. Nachdem es bei einigen Substanzen im Zeitraum 2008 bis 2013 zu einem Rückgang kam, weisen seither alle Substanzen außer Mephedron, Drogenausgangsstoffe und „sonstige Suchtgifte“ eine steigende Tendenz auf. Bei Cannabis setzt sich der Anstieg seit dem Jahr 2013 auf hohem Niveau fort. Die Anzeigen für Mephedron gingen von 75 im Jahr 2016 auf 43 im Jahr 2017 zurück. Drogenausgangsstoffe spielen bei Anzeigen quasi keine Rolle, während die Zahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis weiterhin den höchsten absoluten Wert aufweist und rund 70 Prozent aller gegenständlichen Anzeigen betrifft (vgl. Tabelle A7.5). Die Verteilung der Anzeigen auf Länderebene unterscheidet sich zwischen den Bundesländern mitunter stark (vgl. Tabelle A7.6).

Abbildung 7.4:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes, 2008–2017



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

Bemerkenswerte Trends oder wesentliche Entwicklungen betreffend Organisation, Koordination und Implementierung von Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Neben den in Abschnitt 7.2.3 beschriebenen nationalen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots in Österreich wird vermehrte Aufmerksamkeit auf Deep Web¹⁴⁵ und Darknet gelegt. Des Weiteren bestehen Kooperationen auf internationaler Ebene, beispielsweise mit Interpol, Europol und dem Netzwerk der Vereinten Nationen (Stadler p. M., BMI 2018).

Für die Jahre 2014 bis 2017 sind Daten über Anzeigen und Beschlagnahmen im Zusammenhang mit Substitutionsmedikamenten verfügbar. Die Anzahl der betreffenden Anzeigen sank von 1.389 im Jahr 2014 auf 1.197 im Jahr 2017. Die Mehrzahl davon betraf den unerlaubten Umgang mit Suchtgiften (§ 27 SMG; im Jahr 2017: 1.110). Ein geringer Teil wurde als Verbrechen eingestuft (§ 28 SMG; im Jahr 2017: 17). In Tabelle 7.8 wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch die beschlagnahmte Menge der Jahre 2014 bis 2017 dargestellt. Nach einem Rückgang in den Jahren 2015 und 2016 wurde im Jahr 2017 wieder ein Anstieg der sichergestellten Mengen und der Zahl der Sicherstellungen verzeichnet, der v. a. retardierte Morphine betrifft. Die Daten bestätigen, dass jedes Substitutionsmedikament auch auf dem Schwarzmarkt zu finden ist (vgl. Weigl et al. 2014). Zu berücksichtigen ist, dass lediglich ein Bruchteil der insgesamt verschriebenen Menge am Schwarzmarkt sichergestellt wurde (2013: 0,1 Prozent; vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

Tabelle 7.8:
Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl, 2014–2017

Wirkstoff	Menge (Stk.) 2014	Sicherstellg. 2014	Menge (Stk.) 2015	Sicherstellg. 2015	Menge (Stk.) 2016	Sicherstellg. 2016	Menge (Stk.) 2017	Sicherstellg. 2017
Codein	112	16	221	14	141	14	170	15
Buprenorphin	511	80	742	95	488	69	421	91
Levomethadon	–	–	–	–	7	2	9	3
Methadon	578	13	74	14	71	16	199	13
Morphin retard	3.739	552	3.343	505	2.602	456	3.794	523
Gesamt	4.940	661	4.380	628	3.309	557	4.593	645

Stk. = Stück; Sicherstellg. = Anzahl der Sicherstellungen

Quelle: BMI/.BK

¹⁴⁵

Als Deep Web (auch Hidden Web oder Invisible Web bzw. Verstecktes Web) wird jener Teil des World Wide Web bezeichnet, der bei einer Recherche über normale Suchmaschinen nicht auffindbar ist. Es besteht zu großen Teilen aus themenspezifischen Datenbanken (Fachdatenbanken) und Webseiten. Zusammengefasst handelt es sich um Inhalte, die nicht frei zugänglich sind, und/oder Inhalte, die nicht von Suchmaschinen indexiert werden oder die nicht indexiert werden sollen.

7.4 Neue Entwicklungen

Im Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität des BMI/.BK wurde im März 2015 eine Taskforce eingerichtet, welche nach einer Weiterentwicklung im Jahr 2017 als *Referat zur Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet* den Probetrieb aufnahm. In den Aufgabenbereich des Referats fällt auch der illegale Suchtmittelhandel via Darknet. Seit der Gründung wurden der österreichischen Staatsanwaltschaft 1.136 Personen angezeigt. Diese hatten 219 kg Suchtgift und 65.000 Ecstasy-Tabletten im Darknet erworben, eingeführt und größtenteils weiterverkauft. Davon konnte 333 Personen der gewerbsmäßige Handel mit großen Mengen nachgewiesen werden. Bei 279 Hausdurchsuchungen wurden 68 kg Suchtgift und 10.000 Ecstasy-Tabletten sichergestellt. Die meisten Bestellungen von Suchtgift gab es in Oberösterreich (knapp 25 %), gefolgt von Wien (21 %), der Steiermark (12,5 %) und Niederösterreich (14 %; Lichtenegger, p. M.).

Weiters läuft im Kontext Internet seit August 2016 die Operation „Porto“. Ermittlungen haben ergeben, dass ein Großteil der im Darknet verkauften Drogen in den Niederlanden hergestellt und verkauft wird. Anschließend werden die abgepackten Sendungen in Deutschland von Mittelsmännern per Post verschickt. Da die Pakete in die ganze Welt versendet werden, wurden an internationalen Flughäfen in Deutschland Postsendungen überprüft und sichergestellt. Bisher wurden in Deutschland etwa 8.500 Postsendungen mit insgesamt 404 kg Suchtgift (287 kg Amphetamin, 111 kg MDMA sowie Kokain und Cannabis) und 307.250 Stück Ecstasy-Tabletten aufgegriffen (Lichtenegger, p. M.).

7.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK),

das auch die Daten zu Anzeigen, Preisen und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von *checkit!*¹⁴⁶, MDA basecamp¹⁴⁷ und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)¹⁴⁸. Zahlen zu Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar (vgl. Kapitel 2 sowie Kapitel 11 aus GÖG/ÖBIG 2011 und GÖG/ÖBIG 2008).

7.6 Bibliographie

.BK (2017). Kriminalitätsbekämpfung. Verstärkung im Kampf gegen den Online-Suchtmittelhandel. Artikel-Nr. 15098, 14. September 2017. Online unter <https://www.bundeskriminalamt.at/news.aspx?id=4C414A766F4636393062493D> [18.7.2018]

BMI (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

BMI (2016a). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

BMI (2018). Sicherstellen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2017. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

Drogenarbeit Z6 (2018). Tätigkeitsbericht 2017. Innsbruck.

EMCDDA (2013). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Drug squads: units specialized in drug law enforcement in Europe, EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

146

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

147

Das *MDA basecamp* bietet als Teil der Drogenarbeit Z6 und in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck und *checkit!* u. a. mobile Drogenarbeit und *Drug Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

148

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

GÖG/ÖBIG (2008). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

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.

SHW (2017). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2016. Suchthilfe Wien GmbH. Wien.

SHW (2018). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2017. Suchthilfe Wien GmbH. Wien.

Weigl, M., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

7.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

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

BGBI I 1997/120. Führerscheinggesetz (FSG)

7.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres
Schranz, Karin	Bundesministerium für Inneres
Stadler, Gerhard	Bundesministerium für Inneres

7.9 Anhang

Tabelle A7.1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Ersttätern und Wiederholungstätern, 2008–2017

Anzeigen**	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Anzeigen insgesamt	20.043	22.729	23.853	25.892	23.797	28.227	30.250	32.907	36.235	42.610
Ersttäter	13.634	14.893	19.409	21.828	19.683	22.979	24.660	17.570	22.715	25.961
Wiederholungstäter	5.990	7.258	3.681	3.247	3.107	3.688	3.717	13.235*	10.741	13.694

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines 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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte), nach Bundesland, 2008–2017

Bundesland	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Burgenland	871	953	716	801	687	844	773	855	895	1.001
Kärnten	1.153	1.372	1.522	1.422	1.165	1.460	1.961	1.607	1.646	2.184
Niederösterreich	2.583	3.165	2.978	2.917	2.683	3.134	3.629	4.019	4.153	5.477
Oberösterreich	3.245	3.908	3.660	3.590	3.547	4.446	5.009	5.104	6.006	7.578
Salzburg	1.015	1.096	1.099	1.431	1.145	1.350	1.502	1.755	2.106	2.265
Steiermark	1.372	1.669	1.607	1.878	1.879	2.465	3.266	3.246	3.363	4.254
Tirol	1.982	2.555	2.692	3.095	2.570	3.929	3.502	3.917	3.987	3.941
Vorarlberg	976	1.027	1.143	1.092	1.392	1.251	1.385	1.304	1.498	1.597
Wien	5.883	6.056	7.001	7.903	7.435	8.597	8.647	10.704	12.203	13.833
Anzeigen gesamt	19.080	21.801	22.418	24.129	22.503	27.476	29.674	32.511	35.857	42.130

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe), nach Bundesland, 2010–2017

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Burgenland	19	30	14	3	7	3	2	1
Kärnten	25	44	29	36	44	33	12	26
Niederösterreich	97	124	88	71	43	45	27	39
Oberösterreich	180	249	229	98	86	32	49	114
Salzburg	31	31	22	23	5	8	7	16
Steiermark	41	49	54	26	14	10	10	31
Tirol	99	80	75	58	52	51	34	51
Vorarlberg	39	61	25	20	28	9	29	7
Wien	904	1.095	758	406	287	187	178	195
Anzeigen insgesamt	1.435	1.763	1.294	741	566	378	348	480

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.4:

Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, nach Bundesland, 2012–2017

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Burgenland	5	4	3	0	2	1
Kärnten	3	5	5	0	7	5
Niederösterreich	25	32	25	16	16	44
Oberösterreich	10	9	8	11	13	11
Salzburg	9	3	5	0	4	3
Steiermark	15	35	15	11	13	7
Tirol	12	19	40	6	4	7
Vorarlberg	2	6	7	2	9	3
Wien	12	15	5	2	10	8
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48	78	89

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Suchtgift/Suchtmittel, 2008–2017

Suchtgift/Suchtmittel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis	15.063	17.513	17.066	17.836	17.461	22.798	25.309	27.127	30.184	34.857
Heroin und Opiate	2.865	3.157	3677	2.575	1.582	1.390	1.529	1.666	2.077	2.533
Kokain und Crack	3.551	3.930	3332	3.383	2.963	2.936	3.026	3.287	3.211	3.944
Amphetamin	1.296	1.562	1.375	1.696	1.283	1.517	1.663	2.097	2.253	2.909
Methamphetamin	109	187	294	510	837	1.337	1.159	1.026	869	1.154
LSD	101	193	137	138	129	155	163	189	238	327
Ecstasy	1.127	966	388	485	375	378	642	1.115	1.307	1.835
Mephedron	–	–	209	1.179	331	285	89	82	75	43
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Sub- stitutionsmittel)	2.294	2.693	3.113	3.552	2.864	2.317	1.616	1.213	1.186	1.478
Sonstige Suchtgifte*	263	363	185	160	143	164	260	232	381	363
Davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	–	–	–	–	–	–	–	–	–	183
Psychotrope Substanzen	13	16	37	58	35	59	62	46	37	77
Psychotrope Medikamente	1.185	1.174	1.666	2.086	1.502	837	637	359	330	539
Drogenausgangsstoffe	12	1	3	4	8	18	15	13	8	1

– Daten nicht verfügbar

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

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.6:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2017

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	917	1.787	4.487	6.280	1.910	3.975	3.570	1.395	10.536	34.857
Heroin und Opiate	16	226	263	383	67	36	40	100	1.402	2.533
Kokain und Crack	52	285	418	489	246	181	469	204	1.600	3.944
Amphetamin	91	113	521	906	208	306	205	97	462	2.909
Methamphetamin	79	24	199	544	45	39	38	16	170	1.154
LSD	17	19	80	65	23	32	25	12	54	327
Ecstasy	72	109	323	287	100	251	152	65	476	1.835
Mephedron	-	17	3	3	1	12	1	-	6	43
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmittel)	6	81	180	357	47	110	61	17	619	1.478
Sonstige Suchtgifte*	10	14	75	73	17	33	46	23	72	363
Davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	9	7	42	36	9	23	21	17	19	183
Psychotrope Substanzen	-	4	8	39	2	9	4	1	10	77
Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten	1	32	44	116	17	32	60	7	230	539
Drogenausgangsstoffe	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1

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

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.7:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2008–2017

Suchtgift/Suchtmittel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat)	5.050	5.733	6.195	6.750	7.137	10.139	11.914	13.879	16.697	18.896
Cannabispflanzen	-	-	-	-	-	-	-	-	508	534
Heroin	673	901	1.048	640	393	346	428	605	677	967
Kokain	936	984	946	970	912	992	1.078	1.190	1.315	1.571
Amphetamin	262	347	352	383	348	496	613	784	828	1.099
Methamphetamin	37	53	114	162	259	363	317	304	334	389
LSD	20	39	43	41	47	39	61	69	90	131
Ecstasy	181	131	63	90	113	119	212	357	455	818
Mephedron	-	-	73	125	36	54	11	12	8	6
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmittel)	1.015	1.121	1.456	1.712	1.435	1.129	742	704	655	769
Sonstige Suchtgifte*	58	79	72	67	65	88	120	127	176	168
Davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	103
Psychotrope Substanzen	1	2	13	23	22	30	26	18	21	33
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	843	697	993	1.268	888	495	417	242	251	349
Drogenausgangsstoffe	12	0	1	0	8	9	16	9	5	-

- Daten nicht verfügbar

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.8:

Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, nach Menge, 2008–2017

Suchtgift/Suchtmittel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cannabis (-kraut, -harz, -konzentrat) (kg)	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7	1.659,2
Cannabispflanzen (Stk.)	-	-	-	-	-	-	-	-	24.166	31.102
Heroin (kg)	104,0	189,6	96	64,9	222,1	80,2	56,2	69,5	68,9	70
Kokain (kg)	78,38	53,2	241	139	64,6	24,7	31,0	119,6	86,4	71,4
Amphetamin (kg)	12,9	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9	66,6	87,6	50,3
Methamphetamin (kg)	0,1	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7	2,9	4,8	5
LSD (Trips)	225,50	1.581	533,5	1.588	276	618	778	1.848	1.865	1.374
Ecstasy (Stk.)	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001	10.148	29.485	446.465 ¹⁴⁹
Mephedron (kg)	-	-	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0	0,2	0,02	0,02
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmittel	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343	4.820	52.574 ¹⁵⁰
Sonstige Suchtgifte (kg)*	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1	3,6	4,8	2,1
Davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1,5
Psychotrope Substanzen (kg)	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5	15,4	0,18	1
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten (Stk.)	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5	3.697	4.325	8.077
Drogenausgangsstoffe***	22,16	0	1	0	2,8	149,7	135,1	2.223,2	6,65	0

- Daten nicht verfügbar

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

*** Drogenausgangsstoffe werden bis inklusive 2015 in Kilogramm und ab 2016 in Litern angegeben.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

149

Es gab eine Großsicherstellung von rd. 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.)

150

Es gab eine Großsicherstellung im Rahmen des *JIFTdrugs/fair*-Projekts (Lichtenegger, p. M., vgl. Abschnitt 7.2.3).

Tabelle A7.9:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2008–2017

Inhaltsstoffe	2008 (n = 146)	2009 (n = 105)	2010 (n = 76)	2011 (n = 135)	2012 (n = 145)	2013 (n = 108)	2014 (n = 193)	2015 (n = 285)	2016 (n = 328)	2017 (n = 299)
MDMA	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3	82,1	89,0	93,3
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,7	0,3	0,3
MDE und/oder MDA	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7	6,7	3,7	1,3
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,3	0,7
MDMA + diverse Mischungen*	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7	2,1	0,9	2,4
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0	1,1	0,3	0,0
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	17,8	52,4	47,4	19,3	–3	–3	–3	–3	0,3	0,0
diverse Mischungen*	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1	4,9	3,7	1,3
Neue Psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	–	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5	1,8	0,9	0,7

* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

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

² Neue Psychoaktive Substanzen

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für Neue Psychoaktive Substanzen inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.10:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristall-Form) gekauften Proben, in Prozent, 2008–2017

Inhaltsstoffe	2008 (n = 31)	2009 (n = 25)	2010 (n = 91)	2011 (n = 163)	2012 (n = 222)	2013 (n = 290)	2014 (n = 224)	2015 (n = 152)	2016 (n = 166)	2017 (n = 159)
MDMA	87,1	69,6	51,6	82,2	80,2	78,3	82,6	85,5	84,3	92,5
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,7	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,4	0,0	1,3	0,6	0,0
MDMA + Amphetamin	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	4,3	7,7	5,5	1,4	1,0	1,8	2,6	1,8	0,6
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,7	0,6	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0
Koffein	0,0	0,0	1,1	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	3,2	21,7	0,0	1,2	-3	-3	-3	-3	-3	0,0
diverse Mischungen*	6,5	4,3	3,3	1,2	5,0	2,4	4,0	2,0	3,0	1,3
<i>Neue Psychoaktive Substanzen</i> ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	-	8,7	35,2	8,0	9,9	16,2	8,0	6,6	9,0	5,0

* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

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

² *Neue Psychoaktive Substanzen*

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für *Neue Psychoaktive Substanzen* inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.11:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2008–2017

Inhaltsstoffe	2008 (n = 99)	2009 (n = 113)	2010 (n = 124)	2011 (n = 203)	2012 (n = 273)	2013 (n = 321)	2014 (n = 219)	2015 (n = 260)	2016 (n = 289)	2017 (n = 290)
Amphetamin	15,2	9,7	14,5	5,4	7,0	17,8	35,2	34,2	25,3	18,6
Amphetamin + Koffein	27,3	50,4	61,3	55,7	55,7	56,7	38,8	50,8	59,5	67,9
Amphetamin + Methamphetamin	2,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	34,3	15,0	10,5	18,2	24,9	19,3	19,6	10,4	10,4	6,2
Methamphetamin	1,0	0,9	1,6	0,5	2,2	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0
Koffein	3,0	8,8	1,6	7,9	0,4	0,6	0,0	0,0	0,7	0,7
MDMA	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,2	0,7	0,7
Diverse Mischungen*	14,1	14,2	7,3	5,4	5,5	2,5	2,7	2,3	2,1	4,8
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	2,0	0,9	0,8	1,0	–3	–3	–3	–3	0,3	0,0
Neue Psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² + diverse Mischungen*	–	0,0	2,4	5,4	4,0	2,2	2,3	0,8	1,0	1,0

* Diverse Mischungen: ein oder mehrere andere Inhaltsstoff(e)

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

² Neue Psychoaktive Substanzen

³ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für Neue Psychoaktive Substanzen inkludiert.

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	241
8.1	Zusammenfassung.....	241
8.2	Aktuelle Situation.....	242
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	242
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	246
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	246
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	249
8.3	Neue Entwicklungen.....	251
8.4	Quellen und Methodik.....	253
8.5	Bibliographie	255
8.6	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	258
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	259
8.8	Anhang.....	260

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 Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRD). 27 Justizanstalten mit 13 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.746 Haftplätzen (Stand 1. April 2018) und sind fast zur Gänze belegt.

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. Zuständig sind hierfür Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, die die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Mit 1. April 2018 befanden sich mehr als neun Prozent (829 Personen) der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung, was eine leichte Reduktion im Vergleich zum vorjährigen Stichtag darstellt und auch unter dem Wert von 2016 liegt (1. 4. 2017: 827 Personen; 1. 4. 2016: 836 Personen). Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen/Insassen stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts (seit 1. 1. 2018 BMASGK) weist in Bezug auf die Basisversorgung von intravenös drogenkonsumierenden Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin.

Neue Entwicklungen

Die Justizanstalten (JA) befassen sich weiterhin mit dem Thema Infektionskrankheiten. Einerseits wird nach Haftbeginn der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status der Insassinnen/Insassen erhoben. Andererseits werden HCV-positive Justizanstalt-Insassinnen/-Insassen mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt und auch routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Im Rahmen einer Evaluierung wurden Empfehlungen ausgearbeitet, wie die epidemiologische Surveillance in den Justizanstalten verbessert werden kann.

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation

Überblick über die Gefängnisorganisation in Österreich

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der im Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz (BMVRDJ) 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 im Strafvollzug) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 2 Strafgesetzbuch (StGB) beinhaltet.

Die österreichischen Vollzugseinrichtungen bestehen aus 27 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit 13 Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe. Die österreichischen Justizanstalten bieten Platz für 8.746 Personen. Der Insassenstand betrug mit 1. April 2018 insgesamt 9.041 Personen, wobei 8.262 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 mit Stichtag 1. 4. 2018). Die restlichen 779 Insassinnen/Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest.¹⁵¹ Nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über die jeweilige Anzahl der Haftplätze und die Besonderheiten der einzelnen Anstalten. Dabei werden u. a. das mögliche Alter und Geschlecht der Insassinnen/Insassen sowie die Strafdauer angegeben, für die die einzelnen JA ausgelegt sind. Speziell auf die Suchtbehandlung von Insassinnen/Insassen ausgelegt sind die Justizanstalten Wien-Favoriten und Schwarzau (letztere nur für Frauen).

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMVRDJ verankert ist. Die Aufgaben, mit denen die Organe der Jugendgerichtshilfe von den Gerichten und der Staatsanwaltschaft betraut werden können, sind im § 48 Jugendgerichtsgesetz (JGG BGBl 1988/599 idgF) und im Jugendgerichtsgesetzes-Änderungsgesetz (JGG-ÄndG) normiert, das mit Beginn 2016 in Kraft trat

151

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html> (2. 5. 2018)

(BGBl I 2015/154). Diese Aufgaben lassen sich im Wesentlichen in folgende Bereiche zusammenfassen: Verfassen von Jugenderhebungen für das Strafverfahren¹⁵², Krisenintervention, Erstellen von Haftentscheidungshilfen, Mitwirkung am Tauschgleich und Vermittlung gemeinnütziger Leistungen.

Gemäß § 49 Abs 1 JGG ist sie zudem mit der Betreuung von jugendlichen und jungen erwachsenen Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen beauftragt. Die Jugendgerichtshilfe ist somit für die Strafjustiz und den Strafvollzug tätig (BMVRDJ 2018). Im Berichtszeitraum fielen insgesamt 6.749 Fälle bei der Jugendgerichtshilfe an, von denen 5.668 erledigt werden konnten. Im Auftrag der Gerichte und der Staatsanwaltschaft wurden im Jahr 2017 4.005 Jugenderhebungen beauftragt, in 3.694 Fällen wurden Vorschläge über notwendige Maßnahmen unterbreitet, wobei in 229 Fällen die Weisung „Drogentherapie“ angeregt wurde (BMVRDJ 2018).

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 21. Juni 2018

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	179	Männliche und weibliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein Außenstelle Grafenstein	375	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, Gelockerter Vollzug und Freigängerhaus
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ)	122	Männliche Jugendliche und junge Erwachsene
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	165	Untergebrachte gemäß § 21 Abs 1 StGB (geistig abnorme unzurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Wohngruppenvollzug für Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	423	Männliche Insassen; Freiheitsstrafen über 18 Monaten bis max. 6 Jahre, Freigängerhaus
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	269	Männer und Frauen; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	162	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarzau (NÖ)	196	Frauen und weibliche Jugendliche; entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gem. § 22 StGB) und für Entwöhnungsbehandlung an weibl. Strafgefangenen (§ 68a StVG) Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich; Kindergarten für bis zu 23 Kinder Abteilung für männliche Strafgefangene (Strafzeit bis 3 J.) und Eignung für gelockerten Vollzug
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	Männliche Erwachsene; Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren 2 Freigängerhäuser

152

Erhebung aller Umstände, die für die Beurteilung der Person und der Lebensverhältnisse eines Unmündigen, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen maßgebend sind (§ 48 Z 1 JGG; vgl. BMVRDJ 2018).

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	245	Männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha Gelockerter Vollzug Krems/Donau	787	Erwachsene Männer und Untergebrachte gemäß § 21 Abs 2 und § 22 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher) Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang; Hochsicherheitsgefängnis und gelockerter Vollzug, Schwerpunkt Substitutionsbehandlung
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	211	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerabteilung
Justizanstalt Garsten (OÖ)	367	Männliche Strafgefangene, Untergebrachte gemäß § 21 Abs 2 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Untersuchungshäftlinge
Justizanstalt Linz (OÖ) Außenstelle Asten Forensisches Zentrum Asten	472	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Männliche Untergebrachte gemäß § 21 Abs 1 und 2 StGB
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	289	Männliche Strafgefangene; Strafzeit ab 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	227	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Untergebrachte gemäß § 21 Abs 2 StGB in Christian-Doppler Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	513	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten; Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Lankowitz	522	Erwachsene Männer, Untergebrachte gemäß § 21 Abs 2 StGB Freiheitsstrafen über 18 Monate, sehr hoher Sicherheitsstandard; Gelockerter Vollzug
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	495	Männliche, weibliche und jugendliche Insassinnen/Insassen; Untersuchungshaft und Strafhaft; Abteilung für suchtkranke Insassen gem. § 22 StGB und Strafgefangene gem. § 68a StVG
Justizanstalt Feldkirch (V)	160	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten (Jugendliche bis zu 6 Monaten)
Justizanstalt Wien-Favoriten (W) Außenstelle Münchendorf	113	Männer und Frauen; Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen ⇒ Behandlung von Suchtmittel- und Alkoholabhängigen (gem. § 22 StGB und § 68a StVG)
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W)	1057	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf	149	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern (gemäß § 21 Abs 2 StGB)

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	452	Erwachsene Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation

Quelle: BMJ 2016a und ¹⁵³; Darstellung: GÖG

Nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹⁵⁴ der österreichischen Justizanstalten an sieben ausgewählten Stichtagen (siehe auch Tabelle A8.1). Dabei wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten etwa sechs Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel, der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtsumme der Insassinnen und Insassen betrug bis 2010 etwa zwei Prozent. Der für das Jahr 2014 zwischenzeitlich beobachtete Rückgang dieses Werts auf etwa ein Prozent wird als eine der Auswirkungen des im Sommer 2013 eingesetzten und fortgeführten interdisziplinären Runden Tisches „Untersuchungshaft für Jugendliche – Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung“ gesehen (BMJ 2013a; BMJ 2015b). Der Anteil der jugendlichen Insassinnen/Insassen ist seither wieder im Steigen begriffen (2018: 1,7 %)

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016, 2017 und 2018 zum Stichtag 1. April

Insassinnen und Insassen	2008	2009	2010	2014	2016	2017	2018
Männer	7.766	8.186	8.251	8.363	8.344	8.493	8.504
Frauen	482	522	562	541	523	513	537
Gesamt	8.248	8.708	8.813	8.904	8.867	9.006	9.041
davon Jugendliche	184	172	193	88	133	145	155
davon Personen in Untersuchungshaft	1.785	1.994	1.909	1.807	1.729	1.880	1.863

Untersuchungshaft findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

Für die Jahre 2011, 2012, 2013 und 2015 sind keine Daten verfügbar.

Quelle: Moser-Riebniger, Mika p. M.; Darstellung: GÖG

Informationen über Sozialmerkmale der Inhaftierten (wie etwa Ausbildungsstand oder berufliche Situation) können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) bzw. dem Bericht zur Drogensituation 2017 (Weigl et al. 2017) entnommen werden. Aktuelle Zahlen weichen nicht von den Vorjahren ab (BMVRDJ 2018).

¹⁵³

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/justizanstalten~2c94848642ec5e0d0143e7f4ec274524.de.html>
(Zugriff 21. 6. 2018)

¹⁵⁴

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Insassinnen und Insassen, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

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. Die Anzahl der Personen in Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten kann jederzeit abgerufen werden.

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

Ergebnisse aus der PRIDE-Studie (Weltzien et al. o. J.), die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt, werden im Drogenbericht 2017 beschrieben (Weigl et al. 2017).

8.2.3 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Seit Ende 2015 besteht in Österreich eine nationale Suchtpräventionsstrategie, die festhält, dass auch für die Suchtpolitik das Prinzip Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies, HiAP) gelten soll. Des Weiteren wird betont, dass suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen sind und Gesunderhaltung der Menschen, Schadensminimierung (harm reduction) und Behandlung Vorrang vor Sicherheits- und justiziellen Maßnahmen haben (vgl. Kapitel 1). Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist drauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insb. die Versorgung von i.v. konsumierenden Inhaftierten mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Von Seiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinien vor, die die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015a).

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) geregelt. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMVRDJ, die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016b).

Struktur der Interventionen

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und

relevanten Institutionen/Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung von suchtkranken Insassinnen/Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011; Stummvoll et al. 2017). Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren.

Formen der Intervention

Ausführliche Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Maßnahmen während der Haft können GÖG/ÖBIG 2011 entnommen werden. 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. 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). Eine europäische Studie, die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt (Weltzien et al. o. J.; vgl. Abschnitt 8.4, kommt zu dem Schluss, dass national (meist in Form von Erlässen) bzw. international vorgegebene Richtlinien nicht in allen Justizanstalten Österreichs umgesetzt werden (vgl. auch Weigl et al. 2017).

In allen 27 Justizanstalten werden nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Den Haftinsassinnen/–insassen wird zudem die antiretrovirale Therapie (ARV–Therapie bei HIV) bzw. die DAA–Behandlung (bei HCV) in allen 27 Justizanstalten angeboten. Mit Interferon wird seit Juni 2016 nicht mehr behandelt (Winterleitner, p. M.). Spritzentauschprogramme und vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen stehen derzeit, auch aufgrund von einem Lieferengpass bei Impfstoffen, nicht zur Verfügung. Haftinsassen mit einem positiven HCV–Status werden vor Beginn der DAA–Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten routinemäßig geimpft.

Um den Gesundheitszustand zukünftiger Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015a) 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/n suchtkranke/n Insassin/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 vollzueglich 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 bzw. des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt verständigt werden.

Die Leitlinie regelt zudem die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung von suchtkranken Insassinnen/Insassen. Bspw. gibt es in der Steiermark derartige Kooperationen zwischen dem Verein b.a.s. und den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini wie auch der Drogenberatung des Landes Steiermark und der JA Graz-Jakomini (Horvath et al. 2017). Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der *Verein Dialog* seit 1999 in den beiden Wiener Polizei-Anhaltezentren (PAZ)¹⁵⁵ für Insassinnen/Insassen tätig. Der *Verein Dialog* betreute dort im Jahr 2017 insgesamt 2.479 Klientinnen/Klienten, was eine weitere Steigerung zu den Vorjahren darstellt (2016: 2.145; 2015: 1.738) und bietet auch frauen- und määnerspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2018). Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten (Schabus-Eder p. M.).

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe, wie bspw. entsprechende Naloxon-Programme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung, angeboten.

Die Anzahl der Personen, die sich während der Haft einer anderen drogenbezogenen Behandlung als der Substitutionsbehandlung unterziehen (wollen) bzw. keine Substitutionsbehandlung erhalten (wollen), ist nicht bekannt. Somit ist auch unklar, in welchem Verhältnis diesbezüglich angebotene Maßnahmen und der tatsächliche Bedarf stehen. Es wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren. Angaben zu drogenfreien Zonen in Justizanstalten können dem Bericht zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) entnommen werden.

Ausmaß der Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015a). Zum Stichtag 1. 4. 2018 erhielten insgesamt 829 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was 9,2 Prozent der Insassinnen/Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8.2). Dies bedeutet einen leichten Rückgang im Vergleich zu den 872 Personen am

155

Insgesamt gibt es in Österreich 18 Polizei-Anhaltezentren (PAZ), das sind Gefängnisse, die sich unter Verwaltung des Bundesministeriums für Inneres (BMI) befinden. In den PAZ wird – im Gegensatz zu Justizanstalten – keine Strafhaft vollzogen. Sie dienen vorwiegend der Unterbringung von Schub- und Verwaltungsstrafhäftlingen und werden stärker frequentiert als JA, wobei die durchschnittlichen Anhaltezeiten relativ kurz bleiben (Hofinger, Pilgram o. J.).

Stichtag 1. 4. 2017. Österreichweit wird in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Die höchsten Zahlen in Substitutionsbehandlung mit über 67 Prozent der Insassen/Insassen (in Bezug zu den Haftplätzen) bestehen in den Justizanstalten Wien–Josefstadt, Wien–Simmering (39,6 %) und Graz–Karlau (39,5 %) und Garsten (30,3 %). Die niedrigsten Zahlen für Personen in Substitutionsbehandlung wiesen die JA Gerasdorf, Göllersdorf und Wien–Mittersteig (0 % bzw. unter 1 %) auf. In der JA Wels sowie der JA Feldkirch und der JA St. Pölten waren zum Stichtag unter drei Prozent der Insassen in Substitutionsbehandlung (Mika p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind Methadon (30,9 % aller Substitutionsbehandlungen), Substitol (18,6 %), L–Polamidon (16 %) sowie Suboxone (13,3 %) und Subutex bzw. Bupensan (12,1 %) (Mika p. M.; vgl. Tabelle A8.2). Damit wird im Gefängnis Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb (vgl. Kapitel 5). Die zahlenmäßig meisten Methadon–Verschreibungen erfolgen in der JA Wien–Josefstadt, dem größten Untersuchungsgefängnis Österreichs. Es wird berichtet, dass die Insassen dort aufgrund des hohen Missbrauchspotenzials von retardierten Morphinen häufig auf Methadon umgestellt werden. In der JA Favoriten, die als Sonderanstalt „entwöhnungsbedürftiger Rechtsbrecher“ geführt wird, findet neben der Substitutionsbehandlung auch eine Benzodiazepin–Entzugsbehandlung statt (Wagner 2018).

Weitere Informationen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Interventionen während der Haft werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ (Kapitel 11) des Berichts zur Drogensituation 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) ausführlich dargestellt.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen zu 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 von suchtkranken 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 2015a; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien sind in allen Justizanstalten Österreichs umzusetzen, 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 einerseits die Grundhaltung formuliert, Sucht bzw. Abhängigkeit als Krankheit zu respektieren, woraus der Anspruch der betroffenen Personen resultiert, innerhalb wie außerhalb des Strafvollzugs adä-

quate Beratung, Betreuung und Behandlung zu erhalten – es gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹⁵⁶. Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. Anstelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen¹⁵⁷, die aus suchtmmedizinischer Sicht Teil des Krankheitsbildes 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 entwickelt¹⁵⁸ (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. Derzeit läuft ein wissenschaftliches Projekt (EPICC, siehe Abschnitt 8.3) zur Ausarbeitung von Leitlinien und Standards, die sich spezifisch mit der Betreuung von jungen Straftätern mit Suchtproblemen befassen. Diese sollen auf den oben beschriebenen Leitlinien und internationalen Standards aufbauen.

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizressorts die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten (BMJ 2005a), in denen in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden. Ebenfalls im Rahmen von Erlassen wurden Informationsbroschüren zu den Themen Hepatitis, HIV/Aids in Haft (BMJ 2013b, BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c) oder betreffend die Aus- und Fortbildung für Insassinnen/Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Im Berichtszeitraum

156

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

157

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

158

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen bzw. die mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.

wurden keine neuen Informationsbroschüren herausgegeben. Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe von HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999). Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Von Seiten der Strafvollzugsakademie wurde ein 3-tägiges Seminar zum Thema „Suchtkranke im Strafvollzug“ für Bedienstete im Strafvollzug angeboten, ein zweites, vertiefendes Follow-up-Seminar wird Ende 2018 stattfinden (Strafvollzugsakademie/Fortbildungsakademie 2017 und 2018).

Seit 2016 werden Screening-Untersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden getestet (Winterleitner p. M.).

Eine unter der Ägide des BMASGK erstellte Leitlinie zur Opioid-Substitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 5; ÖGABS et al. 2017).

In den Justizanstalten wird vermehrt Augenmerk auf das Thema Infektionskrankheiten gerichtet. Es wird nicht nur der HIV-Status der Insassinnen/Insassen erhoben, sondern auch der Tbc-, HBV- und HCV-Status. Weiters wird eine Genotypisierung der HCV vorgenommen und die Behandlung der HCV mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten in den Justizanstalten vorangetrieben (Winterleitner, p. M.).

Auch die Entwicklung von spezifischen Leitlinien zur adäquaten Behandlung und Betreuung von suchtkranken Insassinnen/Insassen wurde in den letzten Jahren forciert (siehe Abschnitt 8.2.4)

8.3 Neue Entwicklungen

Das Projekt EPPIC (Exchanging Prevention practices on Polydrug use among youth In Criminal justice systems) mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasst sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit. In einem ersten Projektschritt wurden für diese Personengruppe zutreffende gesundheitsbezogene Maßnahmen innerhalb des Straf- und Maßnahmenvollzugs oder im Rahmen der Diversion außerhalb des Strafvollzugs gem. SMG und StPO systematisch aufbereitet (siehe Kapitel 2). Zudem wurden österreichweit Informationen zu bestehenden Kooperationen zwischen Einrichtungen und Justizanstalten gesammelt. Der Jugendgerichtshilfe und dem Verein Neustart kommt hier eine besondere Rolle zu. Die Ergebnisse der ersten Projektphase zeigen, dass die Anzeigen nach dem SMG stetig steigen und dass mehr als 50 Prozent der Angezeigten nach SMG unter 25 Jahre alt s. Rund 60 Prozent der Anzeigen gegen Jugendliche nach dem SMG werden von der Staatsanwaltschaft eingestellt, bei 23 Prozent wird ein Strafantrag gestellt und 17 Prozent erhalten ein Angebot zur Diversion. Betrachtet man die Diversionsangebote, so betrifft die Hälfte die Suchtbekämpfung. Strafrechtliche Verurteilungen von Jugendlichen beziehen sich überwiegend auf Vermögensdelikte (ca. 50 %), nur 13 Prozent beziehen

sich auf SMG-Delikte. Auf Basis der Ergebnisse sollen Leitlinien für die Betreuung junger Straftäter mit Suchtproblemen ausgearbeitet werden (siehe Abschnitt 8.2.4; Stummvoll et al. 2017).

Das aktuell laufende Projekt MOMA Modernes Management im Polizei-Anhaltewesen: Safe & Healthy Prisons setzt sich zum Ziel, die gesundheitliche und soziale Situation von Häftlingen in Polizei-Anhaltezentren (PAZ – Schubhaft, Verwaltungsstrafhaft, Verwahrungshaft) zu erforschen. Von Seiten des BMI und in enger Zusammenarbeit mit drei Forschungsinstitutionen sollen – unter Berücksichtigung der Perspektiven der Häftlinge und des Personals – wissenschaftliche Grundlagen und konkrete Instrumente für ein zeitgemäßes, die Grundrechte und Unversehrtheit der Häftlinge gewährleistendes Management im Polizei-Anhaltewesen erarbeitet werden. Ergebnisse sind noch nicht publiziert.¹⁵⁹

Im September 2017 fand die 9. Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung in Haft in Wien statt, die vom Bundesverband für akzeptierende Drogenarbeit und humane Drogenpolitik (Berlin) in Kooperation mit der Einrichtung *Schweizer Haus Hadersdorf*, dem BMJ, der Volksanwaltschaft Wien und der Sucht- und Drogenkoordination Wien organisiert wurde. Insgesamt nahmen 132 Personen aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und Luxemburg teil (akzept e.V. 2017).

Die Studie des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie zu *Legalbiographien von NEUSTART KlientInnen II* (Hofinger und Peschak 2018) macht deutlich, dass bei Bewährungshilfe-Klientel neben den Vermögensdelikten (50 %) die wichtigste Deliktgruppe lt. StGB Verurteilungen wegen Suchtmitteldelikten (20 %) ist. Jene 46 Prozent der BWH-Klientel, die einen Eintrag zu ihrem Suchtverhalten haben, werden mit 33 Prozent signifikant häufiger rückfällig als jene, die kein Suchtproblem – oder zumindest keine Eintrag dazu – haben. Betrachtet man die Einschlägigkeit der Rückfälle, wird deutlich, dass eine Wiederverurteilung wegen eines Suchtmitteldelikts bei Suchtmittel-Deliquenten/-Deliquentinnen häufig ist (über zwei Drittel). Ebenso verhält es sich bei Vermögensdelikten. Generell kommt die Studie – so wie schon die Vorgängerstudie von 2008 – zu dem Schluss, dass Suchtmittelabhängige wie auch Männer, Jugendliche und Personen mit geringem formalen Bildungsabschluss und Vorbestrafte häufiger rückfällig werden, sowohl während der Probezeit als auch danach.

In Zusammenarbeit mit der Österreichischen Agentur für Ernährungssicherheit (AGES) läuft seit 2016 in den Justizanstalten eine Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der HBV und HCV bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten mit dem Ziel, den Ist-Status der Surveillance-Ausführung zu beurteilen und ggf. entsprechende Empfehlungen zur Qualitätssicherung abzugeben. In den Justizanstalten wird nach Aufnahme eine elektronische Häftlingsakte im Häftlingsinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen erfolgt eine Biomarker-Testung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern er-

159

<https://www.irks.at/forschung/sicherheitsforschung/moma.html> (Zugriff 22. 6. 2018)

folgt ein Entlassungsscreening (HBV, HCV). HBV- und HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht. Die Evaluierung kommt zu dem Schluss, dass die Erhebungsroutine der Prävalenz und Inzidenz wie auch die Dokumentation von Ergebnissen sowie Erkrankungsausgang im Häftlingsakt zu verbessern ist, um eine zuverlässige Surveillance der HBV- und HCV-Infektion zu ermöglichen (Schmid et al. 2017).

In den Justizanstalten haben im Jahr 2017 insgesamt 17 Insassinnen/Insassen die Behandlung der Hepatitis C mit antiviral wirkenden HCV-Medikamente (DAA) abgeschlossen. Bei allen 17 konnte eine virologische Heilung der HCV-Infektion erzielt werden (Winterleitner, p. M.).

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat in einer Arbeitsgruppe *Versicherung nach Haft* einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden Versicherungsschutz erhält. Im Berichtszeitraum wurde der Prozess in den JA Simmering und Favoriten gestartet. Im Jahr 2018 soll er auf andere Justizanstalten in Wien ausgedehnt werden (SDW 2018).

Neue psychoaktive Substanzen spielen derzeit im Vollzug nur eine untergeordnete Rolle (Mika p. M.). Änderungen, die sich im Bereich der rechtlichen Rahmenbedingungen ergeben haben, können Kapitel 2 entnommen werden.

Ergebnisse einer Studie zur Entstehungsgeschichte des Entwöhnungsvollzugs in Österreich und zu seinem Bedeutungswandel wurden 2018 publiziert. Eine erste Publikation rückt die Gründe für die Exklusion der Drogentäter ins Blickfeld, die zweite Publikation befasst sich verstärkt mit Alkoholtätern/-täterinnen. Hier wird der Einschränkung der Zwangsbehandlung nach § 22 StGB nachgegangen (Eisenbach-Stangl/ Stangl 2018a und 2018b).

8.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMVRDJ, 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

Die Studie „PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison“, deren Ergebnisse der Abschnitt 8.2.3 präsentiert, wurde im Rahmen des Projekts „CARE – Quality and Continuity of Care for Drug Users in Prisons“ 2013–2014 durchgeführt, von der Fachhochschule Frankfurt/Main koordiniert und vom Programm „Drogenprävention und Information der Europäischen

Union“ kofinanziert (Weltzien et al. o. J.). Das CARE-Projekt zielte darauf ab, Daten und Wissen zum Drogengebrauch und damit zusammenhängende Risiken in Haft zu sammeln und zu verbreiten. Auch Schadensminimierung, Prävention von Überdosierungen und Reintegration nach der Entlassung wurden behandelt. Die Erhebung wurde in Österreich, Belgien, Dänemark und Italien durchgeführt. Das Ziel war, Daten zum Risikoverhalten bezüglich Infektionen und anderer drogenbezogener Gesundheitsrisiken im Gefängnis zu erheben und zu dokumentieren, inwieweit die dort verfügbaren Leistungen bestehenden (inter)nationalen Richtlinien folgen. In den verwendeten Fragebogen wurde die Verfügbarkeit von Präventionsmaßnahmen bezüglich Infektionen in allen Gefängnissen in zehn Untergruppen (z. B. Substitutionsbehandlung, Spritzentausch, Verfügbarkeit von Kondomen/Gleitmitteln etc.) erfasst. Die Erhebung wurde von Juli 2013 bis Jänner 2014 durchgeführt, der Fragebogen wurde den Gefängnisverwaltungen übermittelt mit der Bitte, diesen an die medizinischen Abteilungen weiterzuleiten. Die Einhaltung (inter)nationaler Richtlinien sowie die Verfügbarkeit der schadensminimierenden Maßnahmen wurden mit Hilfe eines Punktesystems bewertet. An der Studie nahmen alle 27 österreichischen Justizanstalten teil, 19 davon retournierten einen vollständig ausgefüllten Fragebogen.

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligt sich zusammen mit Forschungseinrichtungen in den UK, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am EU-Projekt *EPPIC – Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use in Criminal Justice Systems*.¹⁶⁰ Das Forschungsprojekt läuft von Januar 2017 bis Dezember 2019 und zielt auf einen Informationsaustausch zu den Themenbereichen Gesundheit und soziale Ungleichheit einer Gruppe von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln. Entsprechende Drogenkarrieren sollen analysiert und beschrieben und Schlüsselinterventionen, die sich präventiv und gesundheitsförderlich auf den Lebensstil der Zielgruppe auswirken, identifiziert werden. Auf Basis der Ergebnisse sollen Guidelines und Leitlinien entwickelt werden, die die Qualität der Behandlung und Betreuung dieser jugendlichen Zielgruppe im Sinne von Best Practice optimieren sollen.

Das österreichische Projekt *MOMA Modernes Management im Polizeianhaltewesen: Safe & Healthy Prisons* setzt sich zum Ziel, die gesundheitliche und soziale Situation von Häftlingen in Polizei-Anhaltezentren (PAZ – Schubhaft, Verwaltungsstrafhaft, Verwahrungshaft) zu erforschen. Das Projekt läuft von Oktober 2016 bis März 2018 und wird vom Kompetenzzentrum für empirische Forschungsmethoden an der WU Wien koordiniert, Projektpartner sind das BMI, queraum. kultur- & sozialforschung und das Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Gefördert wird das Projekt innerhalb des Sicherheitsforschungs-Förderprogramm KIRAS durch das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie (BMVIT). Mittels qualitativer Interviews und quantitativer Befragungen wird die Situation der Häftlinge in drei unterschiedlichen Anhaltezentren erhoben. Die Perspektive der Beschäftigten wird mittels qualitativer Interviews sowie mit der Methode der vignettenbasierten Fokusgruppenbefragungen untersucht. Ziel ist u. a. die Entwicklung eines Kompetenzprofils, das die Anforderungen an die Kompetenzen der Beschäftigten in Anhaltezentren abdecken soll. Aus den Projektergebnissen und den im Projekt identifizierten Problemstellungen

160

<https://www.eppic-project.eu/> (Zugriff 25. 6. 2018)

werden in partizipativen Workshops mit Bedarfsträgern/-trägerinnen, Experten/Expertinnen und Stakeholdern Lösungsansätze ausgearbeitet.

Die Studie des Instituts für Rechts- und Kriminalsoziologie zu *Legalbiographien von NEUSTART KlientInnen II* (Hofinger und Peschak 2018) befasst sich mit der Frage, ob und in welcher Weise Klientinnen/Klienten der Bewährungshilfe (BWH), des Tauschgleichs (TA) sowie der gemeinnützigen Leistungen (VGL) und der Haftentlassenenhilfe (HEH) nach ihrer Betreuung neuerlich straffällig und gerichtlich verurteilt wurden. Hierfür wurde für eine Stichprobe von 3.488 Klientinnen/Klienten und einen Beobachtungszeitraum von 2,5 Jahren eine umfassende Auswertung von Strafregistern vorgenommen. 81,5 Prozent der Klientel ist männlich, mehr als ein Drittel war bei Abschluss der Betreuung unter 21 Jahre alt. Für die Bereiche BWH und HEH sind Daten zu Suchtproblemen der Klientel vorhanden. Zu 45 Prozent der BWH-Klientel ist eine Suchtproblematik vermerkt, wovon 41 Prozent der Eintragungen den Konsum illegaler Substanzen und 13 Prozent polytoxikomanen Konsum betreffen, weitere 32 Prozent ein Alkoholproblem (Spielsucht 5 %, Abhängigkeit von legalen Medikamenten: 4,5 %). Im Bereich HEH liegen Daten zum Suchtverhalten von 36 Prozent der Klientel vor, hier dominiert Alkohol mit 40 Prozent vor illegalen Drogen (38 %) und polytoxikomanem Konsummuster (16 %). Die Studie ist eine Replikation einer Studie von 2008 (Hofinger und Peschak 2018).

8.5 Bibliographie

- akzept e. V. (2017). Dokumentation 9. Europäische Konferenz Gesundheitsförderung in Haft. *Man muss nur wollen* – Umgang mit Suchterkrankungen und Drogenkonsum in Haft. Link: <http://www.gesundinhaft.eu/wp-content/uploads/DokuWien2018.pdf> (Zugriff 22. 6. 2018)
- 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 (2013a). Untersuchungshaft für Jugendliche. Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung. Abschlussbericht des runden Tisches. Oktober 2013.
- BMJ (2013b). 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 (2015a). 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 (2015b). Sicherheitsbericht 2014. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMJ (2016a). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. August 2016. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- BMJ (2016b). 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.
- BMVRDJ (2018). Sicherheitsbericht 2017. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die Innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. BMVRDJ. Wien.
- Eisenbach-Stangl, I. und Stangl, W. (2018a). Exklusion von Drogentätern. Diskurse über Maßnahmen für Suchtkranke Rechtsbrecher (Teil 1). Österreichische Juristenzeitung, 40(7), 229–305
- Eisenbach-Stangl, I. und Stangl, W. (2018b). Alkoholtäter unter Behandlungsdruck. Diskurse über Maßnahmen für Suchtkranke Rechtsbrecher (Teil 2). Österreichische Juristenzeitung, 57(10), 443–449

- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec (2006)2 of the Committee of Ministers to Members 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.
- 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.
- Hofinger, V.; Peschak, J. (2018). Legalbiographien von NEUSTART KlientInnen II. Replikation einer Rückfallsuntersuchung. Institut für Rechts- und Kriminalsoziologie. Wien.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Steirischer Suchtbericht 2017. Im Auftrag der Abt. 08 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 und 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
- SDW (2018). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2018“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- Strafvollzugsakademie/ Fortbildungszentrum (2017). Jahresprogramm 2017. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Strafvollzugsakademie/ Fortbildungszentrum (2018). Jahresprogramm 2018. Bundesministerium für Justiz. Wien

Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R. und 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

Verein Dialog (2018). Jahresbericht 2017. Verein Dialog. Wien.

Wagner, E. (2018). Suchtmedizinische Behandlung im Strafvollzug. In: Sucht – Forensik. Sommer 2018. Verein Grüner Kreis. Wien.

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer–Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Weltzien, N.; Moser–Riebniger, A.; Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria.

8.6 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

JGG BGBl 1988/588 v. 20. Oktober 1988 über die Rechtspflege bei Straftaten Jugendlicher und junger Erwachsener (Jugendgerichtsgesetz 1988 – JGG)

JGG–ÄndG BGBl I 2015/154 v. 28. Dezember 2015. Bundesgesetz, mit dem das Jugendgerichtsgesetz 1988, das Strafgesetzbuch und das Bewährungshilfegesetz geändert werden, und mit dem ein Bundesgesetz zur Tilgung von Verurteilungen nach §§ 129 I, 129 I lit. b, 500 oder 500a Strafgesetz 1945 sowie §§ 209 oder 210 Strafgesetzbuch erlassen wird (JGG–ÄndG 2015)

StGB BGBl 1974/60 v. 23. Jänner 1974 über die mit gerichtlicher Strafe bedrohten Handlungen (Strafgesetzbuch – StGB)

StVG BGBl 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

8.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mika, Claudia	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Moser-Riebniger, Andrea	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Winterleitner, Margit	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Land Salzburg

8.8 Anhang

Tabelle A8.1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2018

Haftart	Männliche Erwachsene	Männl. Junge Erwachsene*	Männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	Weibliche Erwachsene	Weibl. Junge Erwachsene	Weibl. Jugendliche	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	5.259	262	52	5.573	302	3	5	310	5.883	65,07 %
Untersuchungshaft	1.529	164	66	1.759	91	8	5	104	1.863	20,61 %
Untergebracht	789	30	9	828	83	2	2	87	915	10,12 %
Sonstige Haft***	297	33	14	344	31	3	2	36	380	4,20 %
Summe	7.874	489	141	8.504	507	16	14	537	9.041	100,00 %

* Junger Erwachsener ist, wer einer Tat beschuldigt wird, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendliche ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** Umfasst alle Personen der 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 iVm § 173(4) StPO oder Zwangs-Beugehaft.

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8.2:

Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten, nach Substitutionsmittel, zum 1. April 2018

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	Andere Mittel
Eisenstadt	7	2	0	2	0	0	2	0	0	0	1
Feldkirch	11	6	0	2	0	1	2	0	1	0	0
Garsten	37	11	15	3	0	0	6	0	2	0	0
Gerasdorf	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Göllersdorf	4	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0
Graz-Jakomini	36	7	7	14	0	0	2	0	1	2	3
Graz-Karlau	64	12	17	15	1	0	11	5	0	3	0
Hirtenberg	49	12	8	10	0	0	9	8	0	0	2
Innsbruck	53	2	5	9	0	0	28	0	8	1	0
Klagenfurt	24	7	6	0	0	0	0	11	0	0	0
Korneuburg	27	7	2	8	0	0	0	1	0	7	2
Krems	12	8	2	0	0	0	0	2	0	0	0
Leoben	11	1	2	2	0	0	0	1	0	1	4
Linz	22	2	6	7	0	0	6	0	0	0	1
Ried	20	5	3	4	0	0	1	5	1	1	0
Salzburg	22	5	2	2	0	0	1	1	7	3	1
Schwarzau	29	6	11	7	0	0	4	0	0	0	0
Sonnberg	39	22	0	4	0	0	0	13	0	0	0
St. Pölten	15	8	0	5	0	0	0	2	2	0	0
Stein	101	40	19	10	0	0	0	32	0	4	0
Suben	16	5	4	2	0	0	1	4	0	0	0
Wels	14	4	7	3	0	0	0	0	0	0	0
Wien-Favoriten	36	19	8	0	0	0	6	3	0	0	0
Wien-Josefstadt	76	48	0	9	0	0	0	18	0	0	1
Wien-Mittersteig	3	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Wien-Simmering	59	5	9	31	0	0	9	4	0	0	1
Wiener Neustadt	37	10	0	2	0	0	10	0	15	0	0
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	829	256	133	154	1	0	100	110	37	22	16
Verteilung in Prozent*	9,7	30,9	16,0	18,6	0,1	0,0	12,1	13,3	4,5	2,7	1,9

* Insassenstand gesamt: 9.041 Personen

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG