

Bericht zur Drogensituation 2016

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

Bericht zur Drogensituation 2016

Autorinnen:

Marion Weigl
Judith Anzenberger
Martin Busch
Alexander Grabenhofer-Eggerth
Ilonka Horvath
Irene Schmutterer
Julian Strizek
Elisabeth Türscherl

Unter Mitarbeit von:

Hans Kerschbaum
Klaus Kellner

Fachliche Begleitung durch das BMGF:

Johanna Schopper

Projektassistenz:

Monika Löbau

Wien, im Oktober 2016

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

Zitiervorschlag: Weigl, Marion; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Grabenhofer-Eggerth, Alexander; Horvath, Ilonka; Schmutterer, Irene; Strizek, Julian; Türscherl, Elisabeth (2016): Bericht zur Drogensituation 2016. Gesundheit Österreich, Wien.

ISBN 978-3-85159-200-9

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin: Gesundheit Österreich GmbH –
Alle: 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.

Inhalt

Abkürzungen	XV
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.....	9
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik.....	10
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben.....	13
1.3 Neue Entwicklungen	13
1.4 Quellen und Methodik	17
1.5 Bibliographie	17
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	19
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	20
RECHTLICHE RAHMENBEDINGUNGEN	21
2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	23
2.1 Zusammenfassung	23
2.2 Aktuelle Situation	25
2.2.1 Rechtliche Regelungen	25
2.2.2 Umsetzung.....	33
2.3 Trends.....	36
2.4 Neue Entwicklungen	44
2.5 Zusätzliche Informationen.....	46
2.6 Quellen und Methodik	47
2.7 Bibliographie	49
2.8 Zitierte Bundesgesetze	50
2.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	51
2.10 Anhang	52
DROGENKONSUM	55
3 Drogenkonsum	57
3.1 Zusammenfassung	57
3.2 Cannabis	59
3.2.1 Aktuelle Situation	59
3.2.1.1 Prävalenz und Trends.....	59
3.2.1.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	61
3.2.2 Quellen und Studien.....	62

3.3	Stimulantien	67
3.3.1	Aktuelle Situation	67
3.3.1.1	Prävalenz des Stimulantienkonsums und Trends	67
3.3.1.2	Risikoreiche Stimulantienkonsummuster und Behandlung	69
3.3.2	Quellen und Studien	72
3.4	Heroin und andere Opioide	74
3.4.1	Aktuelle Situation	74
3.4.1.1	Opioidprävalenz und Trends	74
3.4.1.2	Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung	77
3.4.2	Quellen und Methoden	79
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	80
3.5.1	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	80
3.5.2	Quellen und Methoden	81
3.6	Bibliographie	82
3.7	Anhang	87
SUCHTPRÄVENTION		93
4	Suchtprävention	95
4.1	Zusammenfassung	95
4.2	Aktuelle Situation	96
4.2.1	Strategien und Organisation	96
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	101
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	101
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention	103
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	107
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	109
4.2.3	Qualitätssicherung	110
4.3	Trends	111
4.4	Neue Entwicklungen	112
4.5	Quellen und Methodik	116
4.6	Bibliographie	117
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	119
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	119
4.9	Anhang	120
DROGENBEZOGENE BEHANDLUNG		127
5	Drogenbezogene Behandlung	129
5.1	Zusammenfassung	129
5.2	Aktuelle Situation	130
5.2.1	Strategien und Koordination	130
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung	132
5.2.2.1	Ambulante Suchtbehandlung	132
5.2.2.2	Stationäre Suchtbehandlung	136
5.2.2.3	Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen	138

5.2.3	Schlüsseldaten	146
5.2.3.1	Drogenkonsummuster im gesamten Behandlungsbereich.....	146
5.2.3.2	Charakteristika von in den DOKLI-Einrichtungen behandelten Personen.....	148
5.2.3.3	Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung	153
5.2.4	Soziale Reintegration	154
5.2.5	Qualitätssicherung	154
5.3	Trends.....	158
5.4	Neue Entwicklungen	161
5.5	Quellen und Methodik	167
5.6	Bibliographie	169
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	171
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	171
5.9	Anhang	172

GESUNDHEITLICHE FOLGEN VON DROGENKONSUM UND SCHADENSMINIMIERENDE MAßNAHMEN..... 183

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen	185
6.1	Zusammenfassung	185
6.2	Aktuelle Situation	186
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität.....	186
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	188
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	189
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	192
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	193
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	196
6.2.7	Qualitätssicherung	197
6.3	Trends.....	198
6.4	Neue Entwicklungen	202
6.5	Zusätzliche Information.....	205
6.6	Quellen und Methodik	207
6.7	Bibliographie	211
6.8	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	213
6.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	213
6.10	Anhang	214

DROGENMÄRKTE UND DROGENDELIKTE 217

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	219
7.1	Zusammenfassung	219
7.2	Aktuelle Situation	220
7.2.1	Drogenmärkte.....	220
7.2.2	Straftaten wegen Drogendelikten	224
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	225
7.3	Trends.....	226
7.4	Quellen und Methodik	235
7.5	Bibliographie	235

7.6	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	236
7.7	Anhang	237
HAFT		247
8	Haft.....	249
8.1	Zusammenfassung	249
8.2	Aktuelle Situation	250
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	250
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme.....	253
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft.....	254
8.2.4	Qualitätssicherung bei Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	257
8.3	Neue Entwicklungen.....	258
8.4	Quellen und Methodik	259
8.5	Bibliographie	260
8.6	Zitierte Bundesgesetze	262
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	262
8.8	Anhang	263

Tabellen, Abbildungen und Karten

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien der österreichischen Bundesländer.....	8
Tabelle 1.2:	Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“, 2006 bis 2015	13
Tabelle 1.3:	Anteilige Verteilung der Ausgaben der öffentlichen Hand für Primärprävention nach Unterkategorien und Trägern, 2012 (in Prozent)	16
Tabelle 2.1:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG	29
Tabelle 2.2:	Alternativen zur Bestrafung laut SMG	31
Tabelle 2.3:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2015*.....	34
Tabelle 2.4:	Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011 bis 2015*	35
Tabelle 2.5:	Delikte nach NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012 bis 2015	36
Tabelle 3.1:	Behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2015.....	71
Tabelle 5.1:	Anzahl der dem BMGF aktuell gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern, 2015	145
Tabelle 5.2:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2015 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben.....	146
Tabelle 5.3:	Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2015	146
Tabelle 6.1:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2015	189
Tabelle 7.1:	Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2015	221
Tabelle 7.2:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2015.....	222
Tabelle 7.3:	Anzahl der Entzüge der Lenkerberechtigung aufgrund einer Suchtgiftbeeinträchtigung bzw. aufgrund von Alkoholdelikten in Österreich, 2010–2013 und 1. bis 3. Quartal 2014	225
Tabelle 7.4:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro), 2006–2015	229

Tabelle 7.5:	Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich, 2006–2015.....	229
Tabelle 7.6:	Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2006–2015	230
Tabelle 7.7:	Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2006–2015.....	231
Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 2012.....	251
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember; für das Jahr 2016 zum Stichtag 1. April	252
Tabelle A2. 1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2006–2015.....	52
Tabelle A2. 2:	Anzahl rechtskräftig Verurteilter nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2015*	53
Tabelle A2. 3:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2015*	53
Tabelle A2. 4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2006–2015	54
Tabelle A3. 1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich, 2004 bis 2015.....	87
Tabelle A3. 2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2015	89
Tabelle A3. 3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD–10 (15– bis 64–Jährige in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen).....	91
Tabelle A3. 4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD–10 (Altersgruppe 15– bis 64–Jährige in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen).....	92
Tabelle A4. 1:	Programm <i>Eigenständig werden</i> , Schuljahr 2015/2016	121
Tabelle A4. 2:	Programm <i>plus</i> , Schuljahr 2015/2016	122
Tabelle A4. 3:	Seminare <i>movin'</i> bzw. <i>MOVE</i> , 2015.....	123
Tabelle A4. 4:	Schulungen <i>Step by Step</i> bzw. <i>Stepcheck</i> oder <i>Helfen statt Strafen</i> , 2015/2016	125

Tabelle A5. 1: Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht (in Prozent).....	172
Tabelle A5. 2: Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Geschlecht (in Prozent).....	173
Tabelle A5. 3: Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht (in Prozent).....	174
Tabelle A5. 4: Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht (in Prozent).....	175
Tabelle A5. 5: Über 20-Jährige, die im Jahr 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	176
Tabelle A5. 6: Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (in Prozent)	177
Tabelle A5. 7: Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)	178
Tabelle A6. 1: Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2006–2015	214
Tabelle A6. 2: Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2006–2015 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	214
Tabelle A6. 3: Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2006–2015 nach Bundesland	214
Tabelle A6. 4: Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil), 2006–2015	215
Tabelle A6. 5: Entwicklung der festgestellten Substanzen (in Prozent) bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2006–2015	215
Tabelle A6. 6: Spritzenaustausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2015	216
Tabelle A7. 1: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Anzeigen insgesamt, 2006–2015	237
Tabelle A7. 2: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland, 2006–2015	237
Tabelle A7. 3: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland, 2010–2015	238
Tabelle A7. 4: Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland, 2012–2015	238
Tabelle A7. 5: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel, 2006–2015	239

Tabelle A7. 6: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland, 2015	240
Tabelle A7. 7: Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2006–2015	241
Tabelle A7. 8: Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge, 2006–2015	242
Tabelle A7. 9: Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2006–2015	243
Tabelle A7. 10: Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy bzw. MDMA (Pulver-, Kapsel- oder Kristall-Form) gekauften Proben, in Prozent, 2007–2015	244
Tabelle A7. 11: Inhaltsstoffe der von <i>checkit!</i> auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2006–2015	245
Tabelle A8. 1: Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2016	264
Tabelle A8. 2: Substitution in den Justizanstalten zum 1. April 2016	265

Abbildungen:

Abbildung 1.1: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich	12
Abbildung 2.1: Anzahl der Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG, 2006–2015*	38
Abbildung 2.2: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2006–2015	39
Abbildung 2.3: Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2006–2015*	40
Abbildung 2.4: Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum), 2015	41
Abbildung 2.5: Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis, nach Bundesland, 2015	42
Abbildung 2.6: Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioide nach Bundesland, 2015	43
Abbildung 3.1: Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) aus Wiener Suchtmittel-Monitoring und drei österreichischen Repräsentativerhebungen (Zeitreihe)	59

Abbildung 3.2: Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe).....	60
Abbildung 3.3: Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2015	67
Abbildung 3.4: Stimulantienkonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)	68
Abbildung 3.5: Stimulantienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2015)	69
Abbildung 3.6: Stimulantienkonsum: Vorwiegende Einnahmeform von Personen, die 2015 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen).....	70
Abbildung 3.7: Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden (in Absolutzahlen) für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, im Zeitverlauf 1999–2015	75
Abbildung 3.8: Prävalenzschätzung für risikoreichen Drogenkonsum inkl. Opioide (in Absolutzahlen), nach Altersgruppen, im Zeitverlauf 1999–2015	76
Abbildung 3.9: Anteil der unter 25-Jährigen an der Prävalenz von risikoreichem Drogenkonsum (in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen), Zeitreihe 2000–2015 (gleitender Mittelwert)	77
Abbildung 3.10: Heroin-Einnahmeform* von Personen, die im Jahr 2015 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Altersgruppen.....	78
Abbildung 3.11: checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2015	80
Abbildung 5.1: Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2015	142
Abbildung 5.2: Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern, Stand 31. 12. 2015.....	143
Abbildung 5.3: Personen in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2015	144
Abbildung 5.4: Anzahl der im Rahmen einer Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt, 2012–2015.....	145
Abbildung 5.5: Konsummuster von Personen, die 2015 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben.....	147
Abbildung 5.6: Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung (Schätzung), 2015	147
Abbildung 5.7: Anzahl der Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung.....	149
Abbildung 5.8: Leitdroge(n) der Personen, die 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung.....	150

Abbildung 5.9: Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition (für Personen, die 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben), nach Art der Betreuung	151
Abbildung 5.10: Personen, die sich 2015 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung	152
Abbildung 5.11: Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland, 2015	153
Abbildung 5.12: Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 und Prozentsatz einer Anzeige wegen Opioiden, 2013	158
Abbildung 5.13: Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioid und Cannabis (hierarchische Definition), 2006–2015...	159
Abbildung 5.14: Jährliche Meldungen von Personen aktuell in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2005–2015	160
Abbildung 5.15: Opioidabhängige Personen, nach Integration in Substitutionsbehandlung, 1999–2015	161
Abbildung 5.16: Einschätzung der sozialen und beruflichen Integration von Personen, die mindestens 4 Jahre in Opioid-Substitutionsbehandlung sind, 2015	166
Abbildung 6.1: HCV-Status von Personen in Substitutionsbehandlung nach Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, 2015.....	190
Abbildung 6.2: <i>Needle Sharing</i> (jemals) bei Personen, die 2015 eine ambulante Betreuung begonnen haben und mindestens einmal i.v. Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter	191
Abbildung 6.3: Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2015	198
Abbildung 6.4: Prozentanteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2005–2015	199
Abbildung 6.5: HCV-Infektionsraten in Österreich, 2000–2015.....	200
Abbildung 6.6: AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr, 2000 – 2015	201
Abbildung 6.7: Anzahl ausgegebener Spritzen und geschätzte Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioid-Konsum (Index 2003 = 100 %), 2003–2015	202
Abbildung 6.8: HIV- bzw. HCV-Testprävalenz von Personen, die im Jahr 2015 eine Betreuung begonnen haben und angeben, bereits intravenös Drogen konsumiert zu haben, nach Betreuungsart	204
Abbildung 6.9: Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2015...	206
Abbildung 7.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthaltend, in Österreich, 2006–2015	228

Abbildung 7.2: Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
(nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen, 2006–2015.. 232

Abbildung 7.3: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach
Art des Suchtgiftes, 2006–2015 232

Karten:

Karte 5.1: Verteilung der zur oralen Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte
in Österreich (Stand 31. 12. 2015) 140

Karte 5.2: Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen
und Ärzte in Österreich (Stand 31. 12. 2015) 141

Karte 6.1: Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei
Drogenabhängigen in Österreich, 2016..... 210

Karte A5. 1: Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären
Einrichtungen in Österreich, 2016..... 179

Karte A5. 2: Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in
spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2016 180

Karte A5. 3: Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen
zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2016..... 181

Abkürzungen

AB-FUBINACA	N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide
abs.	absolut
Abs	Absatz
ADB-FUBINACA	N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2,2-dimethylpropyl]-1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide
ADHS	Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung
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
ART	Antiretrovirale Therapie
ARV	Antiretroviral
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASI	Addiction Severity Index
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BBG	1-Pentyl-1H-indol-3-carboxylsäure-8-quinolinylester
BGBI	Bundesgesetzblatt
BL	Bundesland
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMB	Bundesministerium für Bildung
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMFJ	Bundesministerium für Familien und Jugend
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (seit Juli 2016)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung und Sport
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Frauen
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie

BMFWF	Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft
BZP	1-Benzylpiperazin
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
CTC	Communities That Care
DAA	Direct Acting Antivirals
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DLD	Diagnosen und Leistungsdokumentation
DMAR	4,4'-Dimethylaminorex
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EDPQS	European Drug Prevention Quality Standards
EG	Europäische Gemeinschaft
EH	Einheit(en)
EKO	Erstattungskodex
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al	et alii
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
F	folgende
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FSG	Führerscheingesetz
GBL	Butyro-1,4-lacton
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GKK	Gebietskrankenkasse
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glückspielgesetz
GZ	Geschäftszahl
HAART	Hochaktive retrovirale Therapie
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVc	Hepatitis-B-Virus core
HBVs	Hepatitis-B-Virus surface
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper

HCV-PCR	HCV-Polymerase Chain Reaction
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
Hg./Hrsg.	Herausgeber
HiaP	Health in all Policies
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HS	Hauptschule
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
inkl.	inklusive
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
I.S.O.	Institut für systemische Organisationsforschung
ISP	Institut für Suchtprävention
i.v.	intravenös
iVm	in Verbindung mit
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
K	Kärnten
KAV	Wiener Krankenanstaltenverbund
kg	Kilogramm
KLGR	Klientengruppe
LBI	Ludwig Boltzmann Institut
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärzte und Ärztinnen
LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
lt.	laut
max.	maximal
MBMB-CHIMICA	(MDMB = N-[[1-(cyclohexylmethyl)-1H-indol-3-yl]carbonyl]-3-methyl-valine, methyl ester)
MDA	<u>3,4-Methylendioxyamphetamin</u>
MDE	<u>3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin</u>
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
MEDOS	Medizinisches Dokumentationssystem
mg	Milligramm
min.	mindestens
Min.	Minuten
Mio.	Millionen
MMC	4-Methylmethcathinon
Mrd.	Milliarden
NGO	Non Governmental Organisation
NMS	Neue Mittelschule
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen_Verordnung

NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
NÖGKK	Niederösterreichische Gebietskrankenkasse
NÖGUS	Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds
Nr.	Nummer
n. v.	nicht verfügbar
NZFH	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
ORF	Österreichischer Rundfunk
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖÄK	Österreichische Ärztekammer
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
o. J.	ohne Jahr
PAZ	Polizeianhaltezentrum
Pb-22	1-Pentyl-1 <i>H</i> -indole-3-carboxylic acid 8-quinolinyl ester
Pkw	Personenkraftwagen
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst
PVP	Pyrrolidinoveraloperphenon
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)
S	Salzburg
SAG	Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SCHILF	Schulinterne Fortbildung
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SGG	Suchtgiftgesetz
SHH	Schweizer Haus Hadersdorf
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SJ	Schuljahr
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
sog.	sogenannte
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table

StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
T	Tirol
Tbc	Tuberkulose
TDI	Treatment Demand Indicator
TEDI	Trans European Drugs Information
THC	Tetrahydrocannabinol
TPI	Tabakpräventionsinitiative
TPHA	Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay
TP-IgM-AK ELISA	Treponema pallidum-Immunglobulin M-Antikörper Enzyme-linked Immunosorbent Assay
u. a.	unter anderem, und andere
UE	Unterrichtseinheiten
U-Haft	Untersuchungshaft
v.	vom/von
v. a.	vor allem
V	Vorarlberg
VD	Vollzugsdirektion
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
vgl.	vergleiche
vs.	versus/gegenübergestellt
VS	Volksschule
W	Wien
WG	Wohngemeinschaft
WHO	World Health Organisation
Z	Ziffer
z. B.	zum Beispiel
3-MMC	3-Methylmethcathinon
4-MEC	4-Methylethcathinon
6-MAM	6-Monoacetylmorphin

Bevölkerung

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2014 nach fünf- bzw. fünfzehnjährigen Altersgruppen sowie nach der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen nach Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	207.512	195.255	402.767
5 bis 9 Jahre	206.739	197.226	403.965
10 bis 14 Jahre	212.907	202.182	415.089
15 bis 19 Jahre	238.277	225.991	464.268
20 bis 24 Jahre	278.303	267.614	545.917
25 bis 29 Jahre	285.578	279.457	565.035
30 bis 34 Jahre	290.548	287.165	577.713
35 bis 39 Jahre	272.842	272.124	544.966
40 bis 44 Jahre	307.254	311.632	618.886
45 bis 49 Jahre	357.387	352.091	709.478
50 bis 54 Jahre	342.721	340.200	682.921
55 bis 59 Jahre	280.448	289.394	569.842
60 bis 64 Jahre	227.242	243.847	471.089
65 bis 69 Jahre	199.333	223.415	422.748
70 bis 74 Jahre	199.834	237.317	437.151
75 bis 79 Jahre	123.310	160.411	283.721
80 bis 84 Jahre	84.581	131.703	216.284
85 Jahre und älter	61.734	150.358	212.092
Gesamt	4.176.550	4.367.382	8.543.932
0 bis 14 Jahre	627.158	594.663	1.221.821
15 bis 29 Jahre	802.158	773.062	1.575.220
30 bis 44 Jahre	870.644	870.921	1.741.565
45 bis 59 Jahre	980.556	981.685	1.962.241
60 bis 74 Jahre	626.409	704.579	1.330.988
75 Jahre und älter	269.625	442.472	712.097
Gesamt	4.176.550	4.367.382	8.543.932
15 bis 64 Jahre	2.880.600	2.869.515	5.750.115

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Statistisches Jahrbuch); Berechnungen und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Karte A1:
Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Quelle und Darstellung: GÖG/ÖBIG

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH im Geschäftsbereich ÖBIG (GÖG/ÖBIG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 21. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des Gesundheitsministeriums verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich vorwiegend mit dem Bereich der illegalen Drogen und dient sowohl dem Bundesministerium für Gesundheit als nationaler Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points aller EU-Mitgliedstaaten und -Beitrittskandidatenländer nach einer seitens der EMCDDA vorgegebenen Struktur (Guidelines) verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Europäischen Drogenbericht der EMCDDA dar (zuletzt: EMCDDA 2016).

Seit dem Jahr 2015 gelten Guidelines der EMCDDA, in denen die bisherigen Kapitel nun als eigenständige *Workbooks* konzipiert sind. Diese enthalten jeweils ein Inhaltsverzeichnis, eine Zusammenfassung, eine Bibliographie und teilweise auch einen Anhang. Der Hauptteil gliedert sich in die Abschnitte „Aktuelle Situation“, „Trends“ und „Neue Entwicklungen“. Während sich die Informationen im Abschnitt „Neue Entwicklungen“ – wie bereits die bisherigen Berichte zur Drogensituation – auf das vorangegangene Jahr beziehen, ist dies in den anderen Unterkapiteln nicht mehr der Fall. Der Abschnitt „Aktuelle Situation“ versucht, einen Überblick über die vorhandenen suchtpolitischen Rahmenbedingungen, Strukturen, Maßnahmen und die derzeit vorliegende epidemiologische Situation (Daten aus der Routinestatistik für das Vorjahr) zu geben. Im Abschnitt „Trends“ werden – wo möglich – die Entwicklungen der letzten zehn Jahre beschrieben. Am Ende des Hauptteils ist jeweils ein Abschnitt „Quellen und Methodik“ zu finden, in dem die verwendeten Quellen und die zitierten Studien genauer erläutert werden. Für die deutschsprachige Version wurden diese *Workbooks* im Sinne einer Fortführung der bisherigen Gepflogenheit zu einem Bericht zusammengefügt.

Der vorliegende Bericht baut auf den vorhergegangenen Berichten zur Drogensituation auf (zuletzt: Weigl et al. 2015) und verweist an etlichen Stellen auf ausführlichere Beschreibungen in diesen. Ergänzend zum „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ werden jährlich auch sogenannte *Standard Tables* ausgefüllt, die in das *Statistical Bulletin* der EMCDDA einfließen¹. Um die in Österreich vorhandenen Strukturen und die Fülle an gesetzten Maßnahmen zu veranschaulichen, werden immer wieder einzelne Beispiele genannt. Diese Auswahl orientiert sich möglichst

1

Zu finden unter: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2016> (Zugriff am 8. 6. 2016)

an der EDDRA-Datenbank der EMCDDA sowie an den von der EMCDDA abgefragten spezifischen Maßnahmen 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 waren die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinationsstellen übermittelten bundesländerspezifischen 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 gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, deren Anmerkungen und Ergänzungen eine wertvolle Unterstützung darstellten.

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen.....	5
1.1	Zusammenfassung	5
1.2	Aktuelle Situation	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien.....	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien.....	9
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik.....	10
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben.....	13
1.3	Neue Entwicklungen.....	13
1.4	Quellen und Methodik.....	17
1.5	Bibliographie.....	17
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	19
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	20

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

In Österreich wird die Sucht-/Drogenpolitik im Wesentlichen durch Gesetze und Verordnungen, aber auch durch Drogen-/Suchtstrategien und -konzepte bestimmt. Dabei wird zwar als Ziel eine möglichst suchtfreie Gesellschaft definiert, gleichzeitig wird Sucht aber als Erkrankung verstanden und von ausschließlichem Drogenhandel unterschieden. Zunehmend wird auch als Ziel formuliert, negative Auswirkungen für die Bevölkerung durch Verhaltenssuchte und den Gebrauch psychotroper Substanzen so gering wie möglich zu halten. Die Sucht-/Drogenstrategien bzw. -konzepte der Bundesländer verfolgen zunehmend einen ganzheitlichen Ansatz, der auch 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.

Wichtige drogenpolitische Gremien sind auf Bundesebene die Bundesdrogenkoordination und das Bundesdrogenforum, auf Länderebene die Sucht-/Drogenkoordinationen und die Sucht-/Drogenbeauftragten oder -beiräte.

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.

Neue Entwicklungen

Die neue „Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik“ integriert die verschiedenen Suchtformen (einschließlich Drogensucht) und wendet sich an alle thematisch berührten Politikfelder. Sie definiert nachfrage- und angebotsseitige Interventionsfelder, wobei auch letztere in Bezug auf Sucht und Konsumverhalten dem Prinzip „Health in all Policies“ verpflichtet werden. Auch die neue Suchtstrategie für Niederösterreich (NÖ)

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.

verfolgt einen ganzheitlichen Ansatz. Während die österreichische Suchtpräventionsstrategie jedoch eher ein Grundverständnis von Sucht vermittelt, empfiehlt die Suchtstrategie für NÖ zusätzlich konkrete umzusetzende Maßnahmen.

Eine Studie zu öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention zeigt, dass die Entwicklung der Ausgaben für Suchtvorbeugung unter dem durchschnittlichen Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben verläuft. Die angespannte finanzielle Situation einzelner Bundesländer macht sich nach wie vor auch im Bereich Suchthilfe bemerkbar.

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische Bundesdrogenpolitik bilden das Suchtmittelgesetz (BGBl. I 1997/112, SMG) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen und Erlässen (vgl. Kapitel 2) sowie die „Österreichische Suchtpräventionsstrategie – Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik“. Damit sind im Wesentlichen die Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festgelegt. Sie sind dadurch gekennzeichnet, dass zwar eine möglichst suchtfreie Gesellschaft als Ziel definiert wird, aber Sucht als Erkrankung verstanden und somit zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel unterschieden wird. Zunehmend wird auch als Ziel formuliert, negative Auswirkungen in der Bevölkerung durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten. Das neben Repression bestehende und 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). Als Grund dafür wird angegeben, dass dieses Prinzip, das im Jahr 1971 erstmalig in das damalige Suchtgiftgesetz (SGG) aufgenommen wurde, seither einen wesentlichen Grundpfeiler der österreichischen Drogenpolitik bildet.

Die österreichische Suchtpräventionsstrategie bezieht sich sowohl auf legale und illegale Suchtmittel als auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten (vgl. Abschnitt 1.3) und ergänzt die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie sowie die österreichischen Rahmen-Gesundheitsziele um eine weitere, dem Prinzip „Health in All Policies“ folgende, bundesweite Strategie. Sie bildet – unter Berücksichtigung der existierenden Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer – einen Orientierungsrahmen über alle zum Thema Sucht gesetzten Aktivitäten in Österreich und deren Weiterentwicklung. Im Unterschied zu einem Aktionsplan enthält sie keine detaillierten Einzelmaßnahmen, sondern definiert im Wesentlichen ein gesellschaftliches Grundverständnis von Sucht und eine entsprechende Haltung Betroffenen gegenüber (BMG 2015). Sie stellt die Gesundheitsperspektive in den Mittelpunkt und beinhaltet ein umfassendes Verständnis von Prävention (d. h. nicht nur Vorbeugung, sondern auch Behandlung und Schadensminimierung). Die Bedeutung eines möglichst breiten Spektrums an Maßnahmen wird hervorgehoben. Zur Vorbereitung dieser Strategie wurde im Jahr 2012 unter Einbindung von hundert Fachleuten eine Delphi-Studie (Uhl et al. 2013) durchgeführt.

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den Bundesländern bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. In diesem Sinne verfügen alle neun Bundesländer 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), z. B. wurde im Jahr 2015 eine neue Suchtstrategie für Niederösterreich erarbeitet (vgl. Abschnitt 1.3).

Die Gliederung und damit die angeführten Kernbereiche der länderspezifischen Strategien unterscheiden sich voneinander. Sie sind größtenteils eher nach Maßnahmenbereichen, teilweise aber auch nach Zielgruppen und/oder Strukturen gegliedert. Während Qualitätssicherung und (Weiter)Bildung in mehreren Strategien als eigener Kernbereich genannt werden, ist dies für Dokumentation und Forschung nur in jeweils einer Strategie der Fall.

Waren die länderspezifischen Strategien zu Beginn noch ausschließlich auf illegale Substanzen ausgerichtet, beziehen sie sich mittlerweile in der Mehrzahl auf ein umfassendes Verständnis von Sucht und damit sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und anderes Suchtverhalten. Lediglich in Vorarlberg und Salzburg stehen nach wie vor illegale Substanzen im Vordergrund. Allerdings ist in Salzburg bereits eine Ausweitung auf legale Substanzen vorgesehen bzw. wurde im Bereich der Suchthilfe und den entsprechenden Strukturen (z. B. Suchtkoordination) bereits mit der Umsetzung begonnen (vgl. GÖG/ÖBIG 2012). Im Zuge der Aktualisierungen der ursprünglichen Strategien wurde – unabhängig von den betrachteten Suchtformen – vermehrt ein ganzheitlicher Ansatz integriert, der nicht nur auf die individuelle Ebene abzielt, sondern auch auf das gesellschaftliche Umfeld und die Förderung der Lebensqualität aller Betroffenen.

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 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, in Salzburg gibt es dafür ein eigenes Rahmenkonzept (vgl. GÖG/ÖBIG 2001). Abgesehen von den länderspezifischen Strategien wird manchmal auch auf lokaler Ebene ein Aktionsplan Sucht oder ähnliches erstellt, z. B. im Regionalprojekt Pielachtal (vgl. Kapitel 4).

Tabelle 1.1:
Sucht-/Drogenstrategien der österreichischen Bundesländer

BL	(Erstmalig erstellt) zuletzt aktualisiert im Jahr	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Struktur
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	Illegale Substanzen, Alkohol	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnah- men, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	(1995) 2011	Landessuchtplan Kärnten 2011–2016	Amt der Kärntner Landesregierung	Illegale Substanzen, legale Substanzen, Verhaltenssüchte	Versorgungsstruktur, Jugend, Alter, Qualität
NÖ	(2000) 2016	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Sucht- prävention NÖ	Illegale Substanzen, legale Substanzen, stoffungebundene Suchtformen	Grundlagen, Ziele, Maßnahmen (nach Sucht- formen, Interventionsfeldern wie Beratung, Behandlung und Schadensminimierung sowie spezifischen Zielgruppen)
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogen- konzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirates	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnah- men, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	1999	Salzburger Drogen- konzept 1999	Arbeitsgruppe des Sucht- giftbeirates	Suchtgifte	Flächendeckende landesweite Hilfeleistungen, ergänzende Leistungen im Zentralraum
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 Leis- tungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	(1993) 2012	Tiroler Suchtkonzept 2012	Amt der Tiroler Landes- regierung / 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 Drogen- konzept 2002	Suchtkoordination und Drogenbeauftragte/r	Illegale Substanzen	Prävention, Therapeutischer Bereich, Substitution, Rehabilitation, Bildungsinitiative
W	(1999) 2013	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogen- koordination Wien	Illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maß- nahmen, soziale Integration; öffentlicher Raum, Sicherheit

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), Amt der Salzburger Landesregierung (1999), Amt der Kärntner Landesregierung (1995), Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002)

Relevant sind aber auch andere 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, sowie die jeweils aktuellen Regierungsprogramme. Aus der Fülle dieser Strategien sollen auf Bundesebene die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) sowie die Rahmen-Gesundheitsziele (BMG 2012) und die Gesundheitsförderungsstrategie (BMG 2014) erwähnt werden. Die Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie beinhaltet u. a. das Themenfeld „Gesunde Entwicklung“ und nennt als eines von mehreren Zielen „die Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen stärken“. Die Rahmen-Gesundheitsziele enthalten u. a. das Ziel, „Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen [zu] fördern“. Allgemeine Gesundheitsziele wurden auch in einigen Bundesländern (z. B. für Wien) sowie auf lokaler Ebene (z. B. für Linz) erarbeitet. Weitere – v. a. für den Bereich Behandlung relevante – Dokumente sind z. B. die Struktur- und Psychiatriepläne, die es sowohl auf Bundes- wie auch auf Landesebene gibt. Das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025 beispielsweise hebt die Notwendigkeit einer Sozialraumorientierung von Unterstützungsleistungen durch regionale Anlaufstellen für seelisch-gesundheitliche und soziale Problemlagen mit klaren Zuständigkeiten hervor (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014; vgl. Abschnitt 1.3). Das aktuelle Regierungsübereinkommen für die Jahre 2013 bis 2018 beinhaltet nicht nur das Erarbeiten einer österreichische Suchtpräventions- und Suchtstrategie (abgeschlossen und durch Ministerratsbeschluss vom Jänner 2016 erledigt), sondern auch eines Konzeptes für die Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie für eine wohnortnahe qualitätsgesicherte Primärversorgung (Bundesregierung 2013).

Abgesehen von der österreichischen Suchtpräventionsstrategie sowie den Strategien der Bundesländer werden die relevanten Rahmenbedingungen zum Thema legale Suchtmittel ebenfalls im Wesentlichen durch die Gesetzgebung definiert (vgl. Kapitel 2).

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

Nur einzelne Sucht-/Drogenstrategien sehen explizit eine Evaluation der Strategie bzw. der darin genannten Maßnahmen vor. Wirkungsorientierung ist jedoch ein wesentliches allgemeines Verwaltungsparadigma in Österreich. Daher gibt es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene unterschiedlich umfangreiche und vielfältige Monitoring-Systeme, die 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 hin und wieder auch externe Evaluationen beauftragt. Auch in der österreichischen Suchtpräventionsstrategie werden Evaluation und Qualitätskontrolle als unverzichtbare Steuerungsinstrumente genannt (BMG 2015).

Beispielsweise wurden in Salzburg in den letzten Jahren Drogenhilfe und Suchtprävention evaluiert, um auf dieser Basis einen umfassenderen Rahmenplan erstellen zu können (vgl. Weigl et al. 2014). Diese Evaluierung wurde von Arbeitsgruppen, besetzt aus den beteiligten Einrichtungen, vorgenommen. Die Arbeitsgruppen konzentrierten sich auf die Handlungsfelder Suchtprävention,

Beratung/Betreuung/Behandlung sowie (Re)-Integration, bewerteten die bestehenden Maßnahmen in qualitativer und quantitativer Hinsicht und zogen daraus Schlüsse für eine Weiterentwicklung. Auf dieser Basis wurde die Konzipierung eines integrierten Suchthilfe-Systems beschlossen (Schabus-Eder, p. M.).

Auch in Tirol wurde eine Umfeldanalyse durchgeführt, die die damalige epidemiologische Situation und das damalige Angebot der Suchthilfe erhoben; damit wurde die Grundlage für ein neues Tiroler Suchtkonzept geschaffen. Mit dieser Umfeldanalyse wurde die ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft beauftragt, diese hat auf den Ergebnissen einer landesinternen Arbeitsgruppe aufgesetzt (ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft 2009). Die daraus abgeleiteten Empfehlungen betrafen u. a. die Ausweitung des Drogenkonzepts auf ein Suchtkonzept, die Beibehaltung der Flexibilität der Suchthilfe-Einrichtungen, damit sie auf Änderungen z. B. der Konsummuster angemessen reagieren zu können, sowie die Berücksichtigung einer ganzheitlichen Betrachtungsweise bei Konzeptionierung und Finanzierung der Suchthilfe.

In NÖ wurde der Suchtplan evaluiert, ein Endbericht liegt inzwischen vor (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2015; vgl. Abschnitt 1.3).

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die Bundesdrogenkoordination und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende Bundesdrogenforum (vgl. Abbildung 1.1) sowie der Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung. 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 Gesundheitsministerium, das auch den Vorsitz in der Bundesdrogenkoordination innehat. In der Bundesdrogenkoordination permanent vertreten sind das Innen- und das Justizministerium, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Das Gesundheitsministerium hat auch den Vorsitz im Bundesdrogenforum inne, in dem neben den anderen Bundesministerien und den Bundesländern auch der Städte- und Gemeindebund, die Gesundheit Österreich GmbH, die ARGE Suchtvorbeugung sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler/innen vertreten sind.

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 für die Bundesebene und daher im Bundesdrogenforum vertreten.

Ein weiteres Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander zum Thema Sucht ist die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame

Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht-/Drogenbeauftragte bestimmt. In Tirol besteht stattdessen zur fachlichen Beratung ein eigener Suchtbeirat, in der Steiermark ein Forum Suchtpolitik. Suchtbeiräte wurden auch in anderen Bundesländern zusätzlich eingerichtet.

In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission für die Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder getrennt oder gemeinsam ein (z. B. Arbeitsgruppe SAG3 – vgl. Kapitel 4 – und Drogenfachgremium in der Steiermark), darüber hinaus existieren auch Suchtmittelbeiräte oder ähnliches 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 erfolgt ein settingübergreifender Austausch. 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, die in der ARGE Suchtvorbeugung miteinander vernetzt sind.

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich der Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene auch andere 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 begleitet⁴. Der Vorarlberger Landespsychiatriebeirat beispielsweise hat die Funktion als Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung 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*.

3

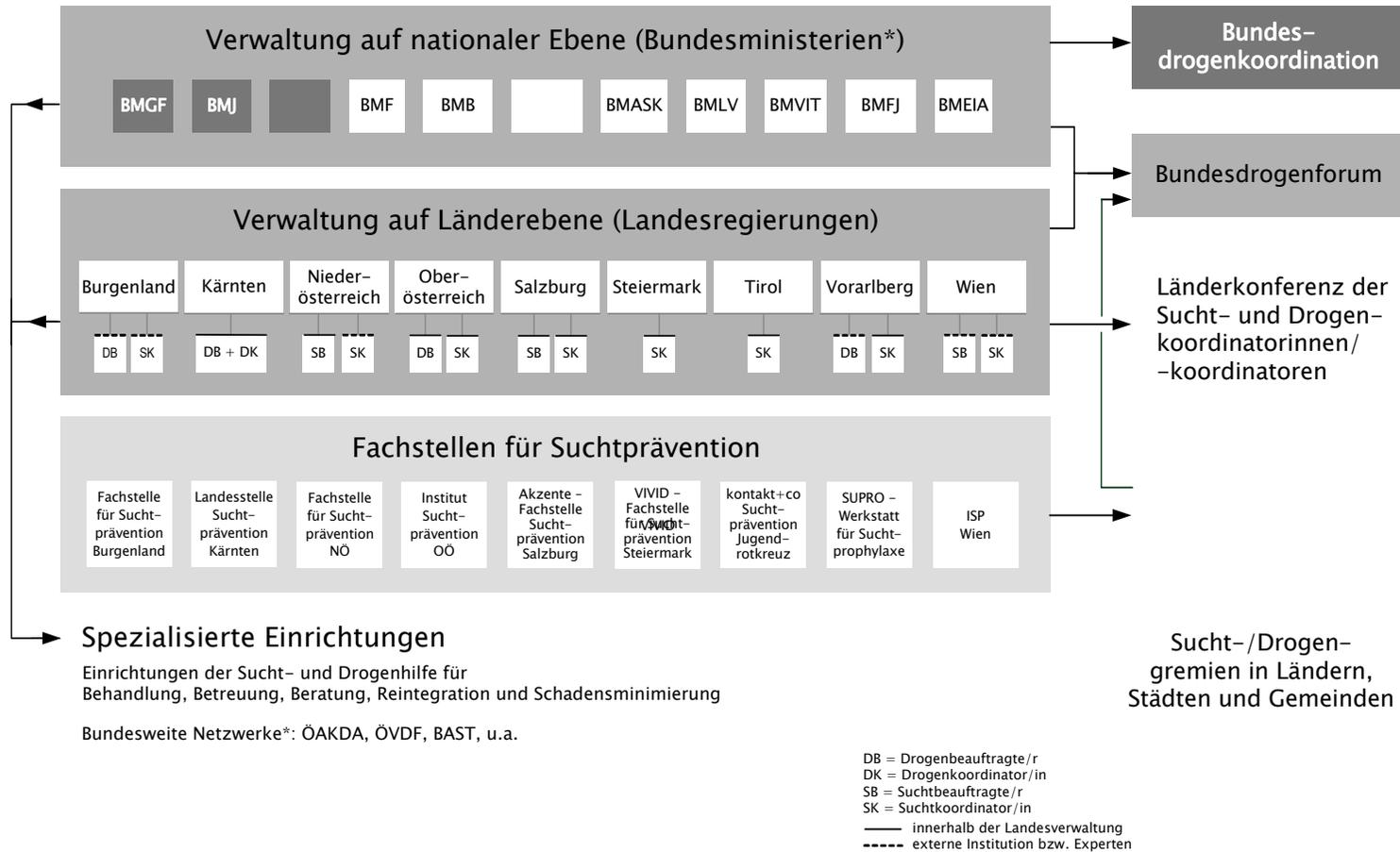
SAG: Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe

4

Mehr Information unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/> (18. 7. 2016)

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

Institutionen und Organisationen



* siehe Abkürzungsverzeichnis

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung von „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. Es gibt jedoch immer wieder einzelne Berichte aus den Bundesländern oder Studien, die sich mit diesem Thema beschäftigen (vgl. auch Weigl et al. 2014). Die aktuellste Studie beziffert die öffentlichen Ausgaben für Suchtvorbeugung in Österreich mit 7,0 Mio. Euro im Jahr 2012 (vgl. Abschnitt 1.3).

Tabelle 1.2 zeigt die Entwicklung der Ausgaben des Justizressorts für stationäre Therapie, die ein Grund für die im Jahr 2011 eingeführte zeitliche Befristung der Kostenübernahme im Jahr 2011 war (vgl. GÖG/ÖBIG 2011 bzw. Kapitel 2).

Tabelle 1.2:

Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“, 2006 bis 2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aufwand in Millionen Euro	4,85	5,86	6,48	7,03	8,54	8,77	8,46	7,71	7,71	8,44

Quelle: BMJ 2016; Darstellung: GÖG

1.3 Neue Entwicklungen

Im Januar 2016 wurde die österreichische Suchtpräventionsstrategie vom Ministerrat beschlossen⁵. Sie stellt ein Rahmenkonzept für die Weiterentwicklung der bestehenden Rahmenbedingungen und Maßnahmen dar, soll aber auch der Information der Öffentlichkeit dienen. Die zentralen Ziele der Suchtpräventionsstrategie sind (BMG 2015):

- » Negative Auswirkungen durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich halten, das heißt, durch suchtpreventive Maßnahmen Probleme in diesem Zusammenhang möglichst nicht entstehen zu lassen bzw. Probleme, wenn sie aufgetreten sind, durch Suchtberatung, Therapie, Rehabilitation, Überlebenshilfe/Schadensminimierung sowie soziale und berufliche Integrations- bzw. Reintegrationsmaßnahmen zu begrenzen bzw. zu lösen.

5

Beschlussprotokoll Nr. 88 über die Sitzung des Ministerrates am 26. Jänner 2016; GZ 351.000/0004-I/4/16

- » Suchtkranke Menschen, häufig mit chronischem Krankheitsverlauf, bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem betreuen.
- » Sorge tragen, dass Menschen mit einer Suchtproblematik sowohl objektiv als auch subjektiv gesünder werden und in das gesellschaftliche Leben integriert bleiben bzw. werden.
- » Suchtkranken eine selbstbestimmte und sinnstiftende Lebensführung mittels (Re)Integration in den Arbeitsmarkt und sozialer (Re)Integration ermöglichen.
- » Ein sozial verträgliches Mit- oder Nebeneinander aller Menschen im öffentlichen Raum sowie im Gemeinwesen bewirken.

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. 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.

Für die begleitende Koordination der Umsetzung der österreichischen Suchtpräventionsstrategie ist das Gesundheitsministerium zuständig. Diese erfordert aufgrund der Querschnittsthematik – wie bisher auch – sowohl Abstimmung auf Bundesebene mit anderen Ressorts bzw. Politikbereichen als auch mit den Bundesländern, aber auch Abstimmung auf europäischer Ebene sowie mit internationalen Gremien. Dazu soll der seit 1997 bestehende Koordinationsmechanismus (aus Bundesdrogenkoordination und Bundesdrogenforum, vgl. Abbildung 1.1) genutzt und erweitert werden.

Wie diese gemeinsame Strategie mit Leben gefüllt wird und welchen Einfluss sie auf die Weiterentwicklung von Suchtprävention und Suchthilfe tatsächlich hat, hängt von den jeweiligen Protagonisten ab und erfordert das Engagement aller. Dies wurde auch bei der Suchttagung im Mai 2016 deutlich, die vom Kompetenzzentrum Sucht der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) und dem Gesundheitsministerium organisiert wurde⁶. Im Rahmen der Tagung wurden unter anderem die Suchtpräventionsstrategie und deren Entwicklungsprozess einem breiten Publikum präsentiert und mit der schweizerischen Suchtstrategie verglichen.

Die Evaluation des niederösterreichischen Suchtplans wurde von der Fachstelle für Suchtprävention erarbeitet und im Rahmen verschiedener Abstimmungsprozesse fertiggestellt (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2015). Ganz allgemein wird z. B. empfohlen, dass die Vorbildwirkung hinsichtlich eines verantwortungsvollen und gesetzeskonformen Umgangs mit Suchtmitteln, aber

6

Mehr Informationen unter <http://www.goeg.at/de/GOEG-Veranstaltungen/Tagung-Sucht-in-Oesterreich-Epidemiologie-und-Strategie.html> (18.7.2016)

auch hinsichtlich nicht substanzgebundenen Suchtverhaltens von allen wichtigen Verantwortungsträgern/-trägerinnen bewusst wahrgenommen wird. Der verantwortungsvolle Umgang mit Nikotin und Alkohol als Norm soll gefördert werden. Aktivitäten zur Enttabuisierung von Sucht und Abhängigkeit, fachliche Diskurse zu aktuellen Themen sowie Forschung zu Prävalenzen und Motiven sollen gefördert werden. Spezifische Empfehlungen werden in den Kapitel 4, 5 und 6 angeführt.

Auf Basis der Evaluation wurde in Niederösterreich im Jahr 2015 eine neue Suchtstrategie erarbeitet (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016). Diese wird zwar als eigenständige Grundlage für die Suchtarbeit in Niederösterreich definiert, nimmt jedoch Bezug auf die Zielsteuerungsprozesse zu den Rahmen-Gesundheitszielen bzw. den regionalen Gesundheits- und Versorgungszielen. Hervorgehoben wird die Notwendigkeit, verschiedenste Maßnahmen aufeinander abzustimmen sowie eine ethisch verträgliche Grundhaltung (wertschätzend, respektvoll und nicht wertend) zu berücksichtigen. Als Rahmenziele der Suchtarbeit werden die Abstimmung aller Maßnahmen aufeinander (inkl. verschiedener Politikfelder), das Fördern eines nachhaltigen Diskurses als Beitrag zu Entstigmatisierung und Enttabuisierung, die Förderung von Lebenskompetenzen, die Ausgewogenheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention, die Umsetzung von diversifizierten und bedarfsorientierten Maßnahmen in der Suchtarbeit, aber auch Maßnahmen zur Inklusion von abhängigkeiterkrankten Menschen genannt. Ein Maßnahmenkatalog legt Schwerpunktthemen und konkrete Maßnahmen für die kommenden Jahre fest (vgl. Kapitel 4, 5 und 6. Diese Maßnahmen sollen laufend evaluiert, adaptiert und ergänzt werden (Hörhan, p. M.).

Im Vorarlberger Psychiatriebericht 2015 wird zum Umsetzungsstand des Entwicklungsprojektes *Integrierte Suchtberatungsstellen* berichtet, dass sich die entsprechende Arbeitsgruppe vorerst vorrangig mit den Themen Substitutionsbehandlung und Medikamentenabhängigkeit auseinandersetzt, ein neues Suchthilfekonzept als Ergänzung zum Psychiatriekonzept aber ebenfalls erstellt werden soll (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2015). Die *Integrierten Suchtberatungsstellen* sollen zukünftig niederschwellige Beratung und nachgehende Betreuung für Menschen mit Suchterkrankungen anbieten, aber auch Krisenintervention und aufsuchende Notfallhilfe bei schweren akuten Suchtproblemen leisten. Darüber hinaus sollen sie im sozialpsychiatrischen Verbund sowie an gemeinsamen Aktivitäten zur Förderung seelischer Gesundheit und Prävention psychischer Erkrankungen mitwirken. Die Vorbereitungsphase für die Umsetzung der *Integrierten Suchtberatungsstellen* ist für 2019 vorgesehen.

Das Arbeitsübereinkommen der oberösterreichischen Landesregierung für die Jahre 2015 bis 2021⁷ sieht eine Verstärkung der Präventionsarbeit zur Verhinderung des Einstiegs in den Suchtmittelmissbrauch vor, fokussiert aber auch auf problematischen Medienkonsum sowie Verhaltenssüchte. Thematisiert wird auch, Personen mit Suchtproblemen beim Ausstieg zu unterstützen.

Weitere Entwicklungen in der Drogenpolitik sind Kapitel 2 zu entnehmen, wo auf die Änderungen der rechtlichen Rahmenbedingungen eingegangen wird.

7

Zu finden unter https://www.ooevp.at/fileadmin/ooevp/dateien/2016/OOE_weiter_entwickeln_OOE-Plan.pdf (18.7.2016)

Eine Studie zu öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention ergab für das Jahr 2012 einen Betrag von insgesamt 2,02 Mrd. Euro bzw. von 239,65 Euro pro Kopf der Bevölkerung (BMG 2016). Darin sind auch Maßnahmen enthalten, die als sogenannte „HiAP-Maßnahmen“ Gesundheitsförderung und Prävention als einen von mehreren bzw. weiteren Zweck verfolgen, sowie Maßnahmen zur Tertiärprävention. Ohne Tertiärprävention betragen die Gesamtausgaben der öffentlichen Träger 749 Mio. Euro bzw. 88,95 Euro pro Kopf. Im Bereich Gesundheitsförderung wurden im Jahr 2012 13,3 Mio. Euro für Gesundheitsinformation und -kompetenz, 8,3 Mio. Euro für das Setting Schule und 8,2 Mio. Euro für das Setting Gemeinde ausgegeben. Im Vergleich dazu sind im Bereich Primärprävention für die „Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten“ (Suchtvorbeugung) 7,0 Mio. Euro aufgewendet worden.

Die in Tab. 1.3 ersichtlichen unterschiedlichen Ausgabenanteile für Suchtvorbeugung spiegeln im Wesentlichen die Zuständigkeiten wieder (vgl. Kapitel 4). Der Großteil dieser Ausgaben wird von den Bundesländern getragen (6,6 Mio. Euro), die damit ihre Fachstellen für Suchtvorbeugung und Suchtberatungsstellen, aber auch Projekte in den Settings Kindergarten, Schule und außerschulische Jugendarbeit finanzieren.

Tabelle 1.3:

Anteilige Verteilung der Ausgaben der öffentlichen Hand für Primärprävention nach Unterkategorien und Trägern, 2012 (in Prozent)

Ausgabenbereiche	Öffentliche Träger gesamt	Bund inkl. FGÖ	Bundesländer	Gemeinden	Sozial- versicherung
Förderung einer gesunden Lebensweise bzw. Verhinderung von Krankheiten und Unfällen	76,6 %	52,8 %	44,5 %	84,0 %	91,4 %
Vermeidung der Entstehung von Suchtkrankheiten	3,2 %	0,4 %	17,9 %	1,5 %	0,1 %
Verhütung übertragbarer Krankheiten	20,2 %	46,7 %	37,6 %	14,6 %	8,5 %

Quelle: BMG 2016; Darstellung: GÖG

In den Bereich Tertiärprävention (insgesamt 1,3 Mrd. Euro im Jahr 2012) fallen auch Ausgaben der Bundesländer für psychosoziale Angebote (wie niederschwellige Kontakt- und Anlaufstellen für psychisch Kranke) oder der Gemeinden für Beratung Alkoholkranker oder tertiärpräventive Maßnahmen im Suchtbereich. Diese Ausgaben wurden jedoch unter Sonstiges zusammengefasst und betragen lediglich einen Bruchteil der 34,4 Mio. Euro, die von der öffentlichen Hand für Tertiärprävention/Sonstiges ausgegeben wurden.

Zur Entwicklung der Ausgaben seit der letzten Erhebung im Jahr 2001 können aufgrund methodischer Änderungen nur sehr eingeschränkt Aussagen gemacht werden. Es zeigt sich aber durchaus, dass die Entwicklung der Ausgaben für Suchtvorbeugung unter dem durchschnittlichen Wachstum der öffentlichen Gesundheitsausgaben verläuft. Differenzierungen der Ausgaben nach Art der Maßnahmen sind in keinem der oben genannten Bereiche möglich.

Abgesehen von der erwähnten Studie (BMG 2016) liegen – wie auch in den Vorjahren – einzelne Berichte über Sparmaßnahmen vor. Diese betreffen aufgrund deren Austeritätspolitik v. a. Kärnten und die Steiermark.

1.4 Quellen und Methodik

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

Evaluationsbericht Suchtarbeit NÖ 2015: In die Evaluation wurden Fachleute aus den verschiedenen Bereichen eingebunden, u. a. Personen aus Suchtberatungsstellen in Niederösterreich und Wien, stationären Therapieeinrichtungen, der Ärztekammer NÖ, der NÖGKK, dem NÖGUS sowie Entscheidungsträger/innen verschiedener Bereiche des Landes Niederösterreich. Aufbauend auf einer Beschreibung von Prävalenzraten und der Suchtarbeit für das Jahr 2014 werden allgemeine sowie detaillierte Empfehlungen für die weitere Entwicklung abgeleitet. Die Verteilung entsprechender Angebote/Aktivitäten im Bundesland wird anhand der fünf Versorgungsregionen (Waldviertel, Weinviertel, Mostviertel, Thermenregion, NÖ Mitte) überprüft.

Die Studie zu den öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich wurde von der GÖG im Auftrag des Gesundheitsministeriums und des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger durchgeführt. Die Daten wurden mittels Fragebogen zwischen Herbst 2014 und Jänner 2015 erfasst und die vorläufigen Ergebnisse zwecks Feedback im August 2015 an die Beteiligten übermittelt. Auf Bundes- (inkl. FGÖ) und Länderebene sowie bei der Sozialversicherung wurde eine Vollerhebung, bei den Gemeinden jedoch nur eine Stichprobenerhebung durchgeführt. Die Erhebungsbögen orientierten sich zwar an jenen der Jahre 2001 und 1996, in Absprache mit einer Expertengruppe wurden jedoch teilweise die Struktur (Zuordnungen einzelner Bereiche) und der Umfang verändert. Obwohl von einer recht hohen Beteiligung ausgegangen werden kann, dürften die tatsächlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention aufgrund verschiedener Erfassungsprobleme (keine monetäre Bewertung möglich oder unterschiedliche Berücksichtigung und Meldung von Ausgaben) höher sein.

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 OÖ Landesregierung (2015). Sozialbericht 2014. Amt der OÖ Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit, Abteilung Soziales. Linz.

- Amt der Salzburger Landesregierung (1999). Salzburger Drogenkonzept 1999. Amt der Salzburger Landesregierung. Salzburg.
- 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 Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2015). Vorarlberger Psychatriebericht 2015. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz.
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2016). Öffentliche Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich 2012. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMJ (2016). 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.
- Bundesregierung (2013). Erfolgreich. Österreich. Arbeitsprogramm der österreichischen Bundesregierung für die Jahre 2013 – 2018. Wien.
- Eisenbach–Stangl, I. (2013). Deviance or Deviance or Innovation? Recent Changes of Drug Substitution Treatment Policy in Austria. Substance Use & Misuse 58, 1–12.
- EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2015). Evaluationsbericht NÖ 2015. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.

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.

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.

ÖBIG (2000). Bericht zur Drogensituation 2000. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft (2009). Umfeldanalyse als Grundlage für die Fortschreibung des Tiroler Drogenkonzeptes 1993. ÖBIG Forschungs- und Planungsgesellschaft GmbH. Wien.

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

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

Uhl, A., Schmutterer, I., Kobrna, U., und Strizek, J. (2013). Delphi-Studie zur Vorbereitung einer „nationalen Suchtpräventionsstrategie mit besonderem Augenmerk auf die Gefährdung von Kindern und Jugendlichen“. 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.

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Eisenbach-Stangl, Irmgard	Senior Social Scientist am European Centre for Social Welfare Policy and Research
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen.....	23
2.1	Zusammenfassung	23
2.2	Aktuelle Situation	25
2.2.1	Rechtliche Regelungen	25
2.2.2	Umsetzung.....	33
2.3	Trends.....	36
2.4	Neue Entwicklungen	44
2.5	Zusätzliche Informationen.....	46
2.6	Quellen und Methodik	47
2.7	Bibliographie	49
2.8	Zitierte Bundesgesetze	50
2.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	51
2.10	Anhang	52

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 Klassifizierung⁸. Der Konsum von Suchtmitteln wird nicht unter Strafe gestellt, sondern indirekt über den Besitz erfasst. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, bei deren Überschreitung strengere Strafen angedroht werden. Dabei wird zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden⁹. Während das Strafausmaß bei Ersteren bis zu einem Jahr Haft (oder Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu drei Jahre Haft betragen kann, sind bei Letzteren bis zu fünf bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu 20 Jahre Haft möglich. 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 Rechtsvorschrift dar, in der u. a. die Verschreibung von suchtgifthaligen Arzneimitteln und die Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen 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 steht etwas mehr als ein Zehntel aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, wobei die Mehrzahl dieser Verurteilungen Vergehen betrifft. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote nach § 35 und § 37 SMG) kommt der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG wesentlich häufiger zur Anwendung als die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG). Am seltensten wird der Strafvollzug aufgeschoben (§ 39 SMG).

8

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

9

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“.

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.

Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG stieg im Jahr 2015 im Vergleich zum Jahr davor wieder an und erreichte das Niveau von 2011. Auch bei der Anwendung von Diversionsmaßnahmen setzte sich der ansteigende Trend der letzten Jahre fort. Alternativen zur Bestrafung wurden im Berichtsjahr etwas seltener angewendet als im Jahr 2014.

Neue Entwicklungen

Mit Anfang 2016 sind Änderungen des SMG in Kraft getreten, die (im Fall von persönlichem Gebrauch) eine Ausweitung der vorrangigen Meldung an die Gesundheitsbehörde zur Abklärung der Notwendigkeit von gesundheitsbezogenen Maßnahmen anstelle einer Strafanzeige zum Ziel haben. Damit wurde das Prinzip „Therapie statt Strafe“ maßgeblich erweitert, ohne dass sich hinsichtlich der Strafbarkeit etwas geändert hat. Die Gesundheitsbehörde muss nur bei mangelnder Kooperation der betroffenen Person die Justiz mit dem Fall befassen. Die gesundheitsbezogene Begutachtung soll damit rascher als bisher stattfinden und die Justiz entlastet werden, zugleich wurden die polizeilichen Meldungen an die Gesundheitsbehörden vereinheitlicht und in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) integriert. Im Juni 2016 wurde der Straftatbestand *Handel mit Suchtgift im öffentlichen Raum* eingeführt, der mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren bestraft werden kann (§ 27 2a SMG).

Mit einer Novelle der Suchtgiftverordnung wurde aus der Cannabispflanze hergestelltes Delta-9-Tetrahydrocannabinol in Form magistraler Zubereitung der ärztlichen Verschreibung zugänglich gemacht.

Um eine einheitliche Umsetzung des § 12 SMG zu fördern, wurde in Oberösterreich eine eigene Richtlinie erstellt und vom Gesundheitsministerium eine Evaluierung des Handbuchs beauftragt.

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, Suchtgifte¹⁰ und psychotrope Stoffe¹¹, Drogenausgangsstoffe¹²). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels Verordnungen werden auch Grenzmengen¹³ festgelegt, bei deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Es wird unterschieden 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. 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 wird nicht direkt unter Strafe gestellt, sondern indirekt über den Besitz erfasst. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Suchtkranke einer

10

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

11

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 BMGF als psychotrope Stoffe bezeichnet sind. Darüber hinaus können durch das BMGF weitere Stoffe und Zubereitungen psychotropen Stoffen gleichgestellt werden, wenn sie ein den psychotropen Stoffen vergleichbares Gefährdungspotential aufweisen.

12

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

13

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.

zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme¹⁴ unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei sich zu entziehen Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat auch freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, es muss sich lediglich um eine nach § 15 SMG (vgl. Kapitel 5) anerkannte Einrichtung handeln, wenn die Justiz die Kosten tragen soll. 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.

Neben dem SMG stellt auch die **Suchtgiftverordnung** (SV, BGBl II 1997/374) eine wichtige rechtliche Basis 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. auch 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 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 BMGF 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 in die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) integriert ist und auf die seitens der Gesundheitsbehörden zugegriffen werden kann. In Form eines Registers stehen dem Gesundheitsministerium pseudonymisierte Daten für die Gewinnung epidemiologischer Erkenntnisse zur Verfügung.

Die Rahmenbedingungen für die Opioidsubstitution werden seit 2006 in der Suchtgiftverordnung 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 SV). Die zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte sind von den Gesundheitsbehörden in einem zentralen Online-Register zu erfassen (§ 5).

Straftatbestände und Strafandrohungen unterscheiden zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen sowie zwischen unerlaubtem Umgang und (Vorbereitung von)

14

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.

Handel bzw. zwischen geringen und großen Mengen (vgl. Tabelle 2.1). Straftatbestände und -androhungen wurden zuletzt mit der SMG-Novelle 2007 an den EU-Rahmenbeschluss angepasst (vgl. GÖG/ÖBIG 2008). Nur im Fall von Suchtgifthandel (§ 28a SMG) wird bezüglich des Strafausmaßes zwischen erstmaliger und wiederholter Straftat unterschieden. Die in der Tabelle genannten Tagessätze werden in § 19 Strafgesetzbuch (BGBl 1974/60) definiert und sind individuell – abhängig von der persönlichen 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 Substanzklassen¹⁵. Strafbar macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS mit dem Vorsatz ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft, 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 dieser Straftat drohen ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2 NPSG).

Nachdem das Prinzip „Therapie statt Strafe“ 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 des Verstoßes gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§ 14 Abs 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs 12 Straßenverkehrsordnung, StVO, BGBl 1960/195). Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren von Bedeutung, in dem ein festgestellter gesundheitsbezogener Handlungsbedarf zur Bedingung für diversionelle¹⁶ Maßnahmen gemacht wird. Mit 1. 1. 2016 wurde das Prinzip „Therapie statt Strafe“ nun dahingehend erweitert, dass die bis dahin parallel zur Mitteilung an die Gesundheitsbehörde an die StA zu erstattende Strafanzeige in jenen Fällen entfällt, in denen sich der Anfangsverdacht eines Drogendelikts (§ 1 Abs 3 Strafprozessordnung, StPO, BGBl 1975/631) ausschließlich auf den persönlichen Gebrauch der Droge oder den persönlichen Gebrauch durch einen anderen bezieht, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs 2a, 2b SMG). An der grundsätzlichen Strafbarkeit

15

Als *Neue psychoaktive Substanz* werden vom BMGF 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.

16

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

des Erwerbs und Besitzes der Substanzen ändert dies nichts. Die nunmehr primär zuständige Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (jedoch 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 zumutbaren und nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. In diesen Fällen kommt es zu einem Suchtmittelstrafverfahren, in dem die diversionellen Möglichkeiten wie bisher bestehen (§ 14 Abs 1 SMG). Mit dieser Neuregelung soll eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden bei Suchtmittelmissbrauch und bei den Staatsanwaltschaften eine Ressourcenkonzentration auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte ermöglicht werden, ohne dass damit eine gesetzliche Entkriminalisierung verbunden ist (vgl. Abschnitt 2.4).

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen die Mittel *vorläufige Rücktritt von der Verfolgung* und *vorläufige Verfahrenseinstellung* zur Verfügung und dienen als Alternative zu einer Verurteilung.

Bei schweren Delikten stellt der Aufschub des Strafvollzugs 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 Paragraphen 38 und 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.

Nach wie vor liegt die Entscheidung bezüglich der Anwendung einer Alternative zur Bestrafung 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 Drogendeliktens im Zusammenhang mit Drogenkonsum oder Drogensucht verdächtig sind oder bereits angezeigt wurden, in allen Phasen eines (potenziellen) Verfahrens konsequent umgesetzt werden.

Tabelle 2.1:
Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG

Tathandlungen ¹⁷	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 Jahren 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 Jahren, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahren 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.

Fortsetzung nächste Seite

17

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).

Fortsetzung Tabelle 2.1

<p>§ 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</p>	<p>Bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe</p>	<p>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.</p>	<p>Das Strafausmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafausmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahren reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.</p>	
<p>§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge</p>	<p>Bis zu 3 Jahren Freiheitsstrafe</p>	<p>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.</p>	<p>Das Strafausmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafausmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahren reduziert, wenn der/die Straftäter/in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.</p>	
<p>Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (Unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde</p>	<p>Bis zu 1 Jahr Freiheitsstrafe</p>	<p>Bis zu 2 Jahren Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werde</p> <p>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.</p>		

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>Bei Grund zur Annahme eines Suchtgiftmissbrauchs hat die Stellsungskommission 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

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 2.2

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

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

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) 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 bei Vorliegen der Voraussetzungen und der eigenen Zustimmung einer Behandlung zu unterziehen.

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

Hinsichtlich der Umsetzung der Drogengesetzgebung stehen Daten zu **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** zur Verfügung. Für das Jahr 2015 bestand wie bereits in den Vorjahren mit 3.041 Fällen ein deutlicher Überhang von Verurteilungen im Zusammenhang mit Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen nach Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.389 Fällen. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2015 13,8 Prozent (vgl. auch Tabelle A2. 1).

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen zugrunde liegenden Delikte¹⁸ zur Verfügung. Im Jahr 2015 waren bei den Verurteilungen von 4.435 Personen durch österreichische Gerichte 7.922 Suchtmitteldelikte strafsatzbestimmend¹⁹ (vgl. Tabelle 2.3). In Tabelle 2.3 werden die rechtskräftigen Verurteilungen dargestellt, denen Delikte nach dem SMG zugrunde lagen. Dabei wurde die Häufigkeit berücksichtigt, mit der wegen eines SMG-Delikts verurteilt wurde. Ein Vergleich mit Tabelle A2. 2 zeigt, dass viel öfter wegen Delikten nach den §§ 27 und 28 SMG verurteilt wurde, als diese Delikte strafsatzbestimmend waren, und dass ein großer Teil der nach dem SMG Verurteilten wegen mehrerer SMG-Delikte verurteilt wurde. Das gilt insbesondere für Delikte nach § 27 SMG, nach denen insgesamt 5.721 Verurteilungen – davon 5.410 von Männern – stattfanden.

Tabelle 2.3:
Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG),
nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2015*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	1.042	2.102	1.638	1.048	1.461	7.291
	weiblich	89	170	135	98	139	631
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	106	392	416	318	591	1.823
	weiblich	14	38	38	37	52	179
§ 27 SMG	männlich	932	1.705	1.209	720	844	5.410
	weiblich	74	131	95	61	86	447

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Gerichtliche Kriminalstatistik); Darstellung: GÖG

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2015 insgesamt 63 Verurteilungen, bei 5 davon waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend (vgl. Tabelle 2.4; STATISTIK AUSTRIA, Gerichtliche Kriminalstatistik).

18

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

19

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.

Tabelle 2.4:

Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich, 2011 bis 2015*

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

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

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Gerichtliche Kriminalstatistik); Darstellung: GÖG

Im Jahr 2015 erhielten etwas mehr als 70 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 45 Prozent betrug. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, lag bei 63 Prozent; eine bedingte Freiheitsstrafe erhielten 47 Prozent der verurteilten Jugendlichen (vgl. Tabelle A2. 3).

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

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“²⁰ – gesetzlich vorgesehen (vgl. Abschnitt 2.2.1. Im Zusammenhang mit der Umsetzung der rechtlichen Möglichkeiten liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Die für das Jahr 2015 in diesem Zusammenhang vorliegenden Zahlen betreffen den Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG: 673 Fälle), die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG: 2.128 Fälle) und den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG: 12.256 Fälle; vgl. Tabelle A2. 4). Weitere Informationen für 2015 bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können der Tabelle A2. 2 entnommen werden.

Der Großteil der Diversionsfälle (85 %) wurde von den Staatsanwaltschaften angeboten, wobei hier die Diversion nach § 35 SMG bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und Erwachsenen (53 % bzw. 48 % bzw. 31 % aller diversionellen Erledigungen) die größte Rolle spielte. Ihr Anteil stieg 2015 gegenüber dem Jahr 2014 weiter an. Bei Erwachsenen waren die diversionellen Erledigungen mittels Probezeit ohne Pflichten (29 %) und Geldbuße (24 %) annähernd gleich häufig. Insgesamt wurden 81 Prozent aller Diversionsverfahren erfolgreich mit einem endgültigen Rücktritt von der Verfolgung beendet. Im Bereich des Suchtmittelgesetzes (§ 35 und § 37 SMG) betrug dieser Wert 77,9 Prozent (Frauen: 81,9 %, Männer: 77,2 %, Jugendliche: 76,1 %, junge Erwachsene: 77,0 %) (BMJ 2016).

20

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).

Die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ betragen im Jahr 2015 8,44 Millionen Euro (vgl. auch Kapitel 1). Eines der Ziele von „Therapie statt Strafe“ ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Für die Staatsanwaltschaft besteht unter gewissen Voraussetzungen die Verpflichtung, vorläufig von der Verfolgung zurückzutreten: im Fall, dass die/der Betroffene einer gesundheitsbezogenen Maßnahme bedarf, jedoch nur, wenn sie/er sich dazu bereit erklärt. Der endgültige Rücktritt von der Strafverfolgung erfolgt nach Ablauf der festgesetzten Probezeit, falls der/die Betroffene währenddessen nicht mehr einschlägig straffällig wurde, sich nicht den allfälligen gesundheitsbezogenen Maßnahmen beharrlich entzog und die Fortsetzung des Strafverfahrens nicht spezialpräventiv geboten ist (Rast 2013).

Die nachfolgende Tabelle 2.5 zeigt die Anzahl der **Verurteilungen nach NPSG** (Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz, BGBl I 2011/146) seit seiner Einführung. Im Jahr 2015 lag das NPSG 34 Delikten zugrunde, in 20 Fällen davon war es strafsatzbestimmend („führendes Delikt“).

Tabelle 2.5:
Delikte nach NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm und sämtliche Delikte), 2012 bis 2015

Paragraph	Jahr	Sämtliche Delikte			davon Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm		
		gesamt	Männer	Frauen	gesamt	Männer	Frauen
§ 4 NPSG	2012	46	41	5	26	22	4
§ 4 NPSG	2013	66	59	7	37	32	5
§ 4 NPSG	2014	48	43	5	24	20	4
§ 4 NPSG	2015	34	33	1	20	19	1

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. die Klassifizierung von 4-Methylmethcathinon als Suchtgift im Jahr 2010 oder von Oripavin und BZP²¹ im Jahr 2009) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen an EU-Recht bzw. internationale Übereinkommen anzupassen. Dies ist zuletzt mit der SMG-Novelle im Jahr 2007 erfolgt (BGBl I 2007/110), in der z. B. definiert wurde, dass eine „große Menge“ dann vorliegt, wenn sie das 15-fache der Grenzmenge übersteigt. Die Strafdrohung in § 27 wurde damals von sechs auf 12 Monate Freiheitsstrafe angehoben, eigene Paragraphen für die „Vorbereitung von Suchtgifthandel“ und „Suchtgifthandel“ wurden eingeführt. Eine ausführlichere Beschreibung der SMG-Novelle 2007 findet sich in GÖG/ÖBIG (2008), darin wird auch auf die gleichzeitig

21

BZP: Benzylpiperazin

forcierte Stärkung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ eingegangen. Die Stärkung wurde durch eine Änderung von fakultativen in zwingende Regelungen erreicht.

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 für die 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. Zuletzt wurde mit dem Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014 (BGBl I 2014/71) in § 34 SMG eine vereinfachte Vorgehensweise für das Einziehen und Vernichten von Suchtgift (v. a. von Cannabispflanzen) vorgesehen.

Die mit 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG (vgl. Abschnitt 2.4 zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips „Therapie statt Strafe“ sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab. Die vom BMGF zuvor auch für den Bereich der Suchtmittelstrafverfahren zu führende Suchtmittel-Datenevidenz wurde im Zuge der Verfahrensautomation Justiz obsolet, was das BMGF von dieser Aufgabe entlastet.

Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde mit einer weiteren Änderung im Juni 2016 der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

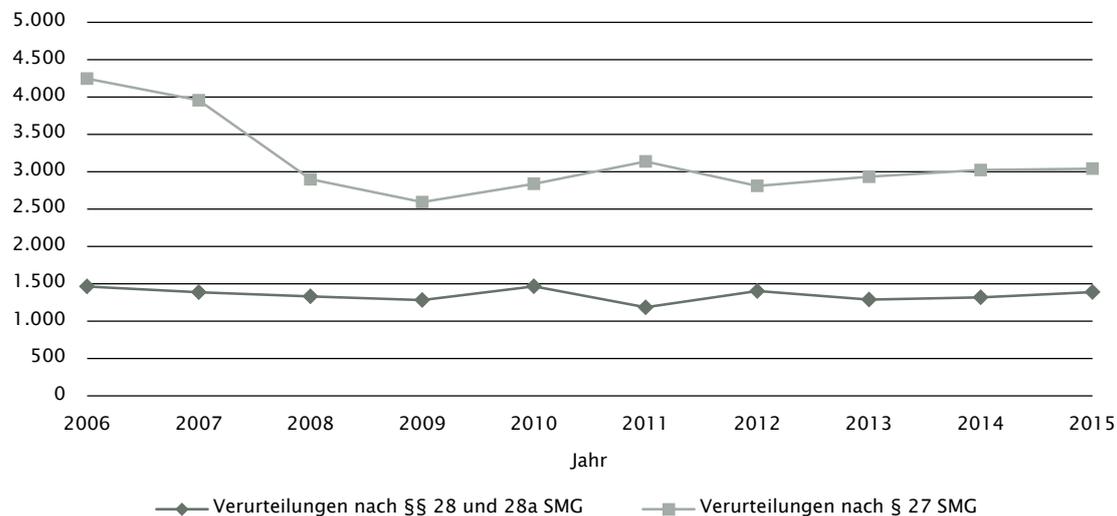
Nachfolgende Abbildung 2.1 aus der gerichtlichen Kriminalstatistik zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Von 2006 bis 2009 sind die Zahlen der Verurteilungen nach § 27 SMG zurückgegangen, seither verlaufen sie im Wesentlichen konstant. Die Verurteilungen nach § 28 SMG zeigen über den gesamten Beobachtungszeitraum einen im Wesentlichen konstanten Verlauf. Die Daten aus 2012 bis 2015 sind aufgrund des in Abschnitt 2.2.2 erwähnten Zeitreihenbruchs²² möglicherweise nur eingeschränkt mit den Daten aus den Jahren davor vergleichbar (vgl. auch Tabelle A2. 1).

22

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.

Abbildung 2.1:

Anzahl der Verurteilungen nach den §§ 27, 28 und 28a SMG, 2006–2015*



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 Abbildung nicht alle Verurteilungen nach SMG dargestellt.

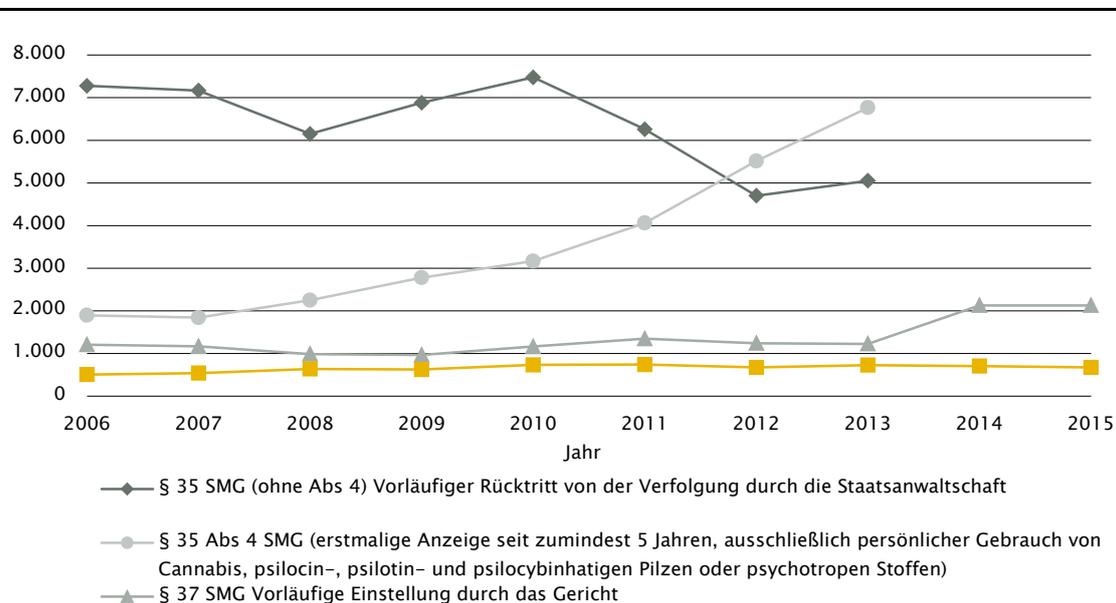
* Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von STATISTIK AUSTRIA, sondern vom Gericht durchgeführt.

Quelle: STATISTIK AUSTRIA (Gerichtliche Kriminalstatistik); Darstellung: GÖG

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 und § 39 SMG verliefen über die letzten zehn Jahre im Wesentlichen konstant – bis auf den Anstieg der vorläufigen Einstellungen durch das Gericht im Jahr 2014, der sich im Jahr 2015 auf demselben Niveau fortsetzt. Bei den vorläufigen Rücktritten von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 Abs 4 zeigt sich seit 2007 ein erheblicher Anstieg.

Abbildung 2.2:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2006–2015



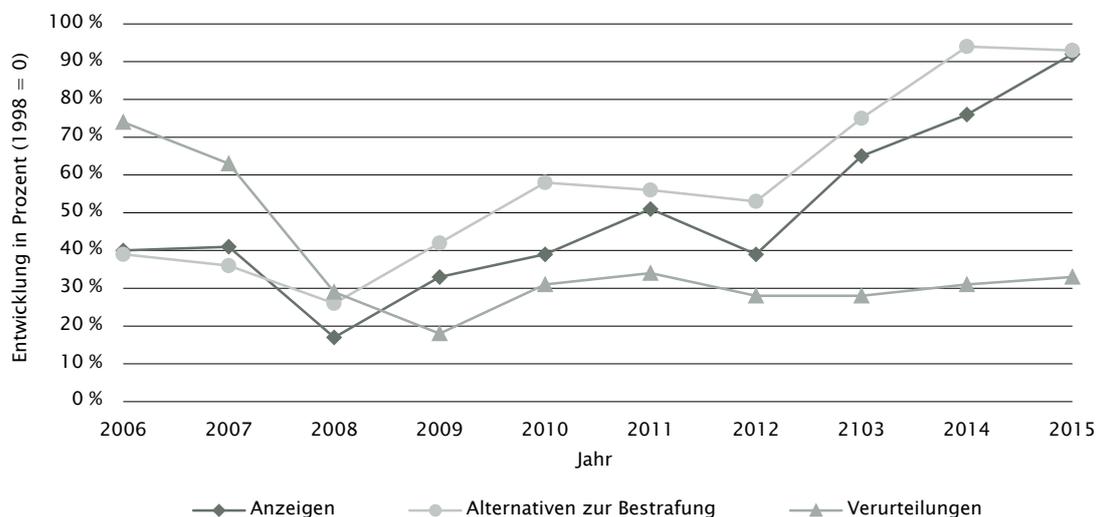
Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
 Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft
 Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet.
 Ab 2014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

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

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 ab 2008 Anzeigen und gemeldete Anwendung der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig etwa gleich stark ansteigen, während sich die Verurteilungen erst 2009 diesem steigenden Trend anschließen. Nach kurzzeitigem Abflachen der Kurve nehmen die Anzeigen und Alternativen zur Bestrafung bis 2014 wieder stark zu. Während für das aktuelle Berichtsjahr eine Fortsetzung dieses Trends bei den Anzeigen festzustellen ist, zeigt sich ein geringfügiger Rückgang bei den Alternativen zur Bestrafung. Die Verurteilungen bleiben im Wesentlichen auf dem Niveau des Jahres 2010.

Abbildung 2.3:

Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung, 2006–2015*



Anmerkung: Als Basis der Berechnung wurde das Jahr 1998 herangezogen, da in diesem Jahr das Suchtgiftgesetz vom Suchtmittelgesetz abgelöst wurde.

Bei den Verurteilungen wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraum 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.

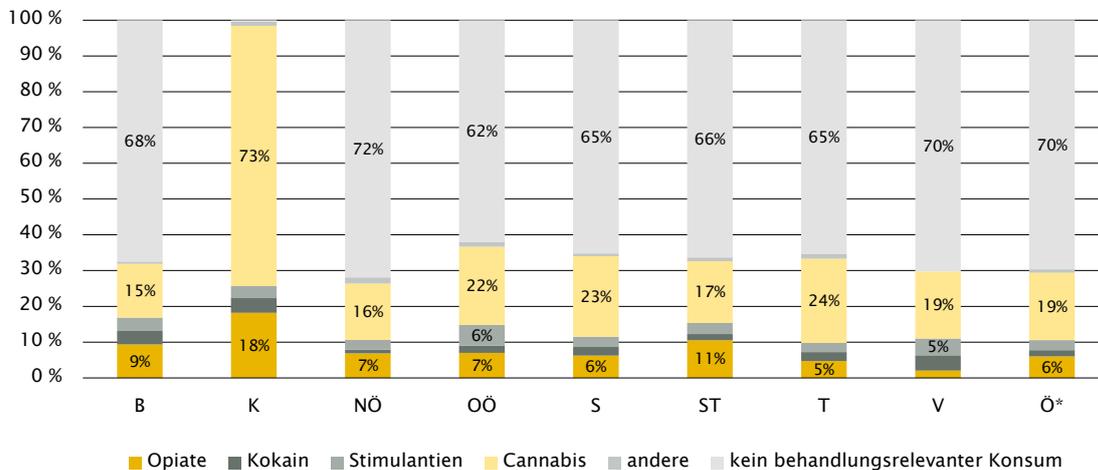
Ab 2014 kommen die Daten betreffend die Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergeben kann.

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

Hinsichtlich der Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben ist auch die **vorrangige Meldung an die Gesundheitsbehörde** und die damit zusammenhängende Anwendung der in § 11 SMG genannten gesundheitsbezogenen Maßnahmen interessant. Abbildung 2.4 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2015 eine gesundheitsbezogene Maßnahme als notwendig erachtet bzw. in 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 einheitlicher zu erfolgen. In wieweit dies auf die Leitlinie des Gesundheitsministeriums für die Gesundheitsbehörden (Handbuch für die Vollziehung des § 12 SMG; BMG 2013) zurückzuführen ist, wird derzeit evaluiert. Eine Ausnahme stellt nach wie vor Kärnten dar, wo praktisch jeder Konsum als behandlungsrelevant interpretiert wird.

Abbildung 2.4:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen (nach Leitdroge bzw. behandlungsrelevantem Konsum), 2015



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.

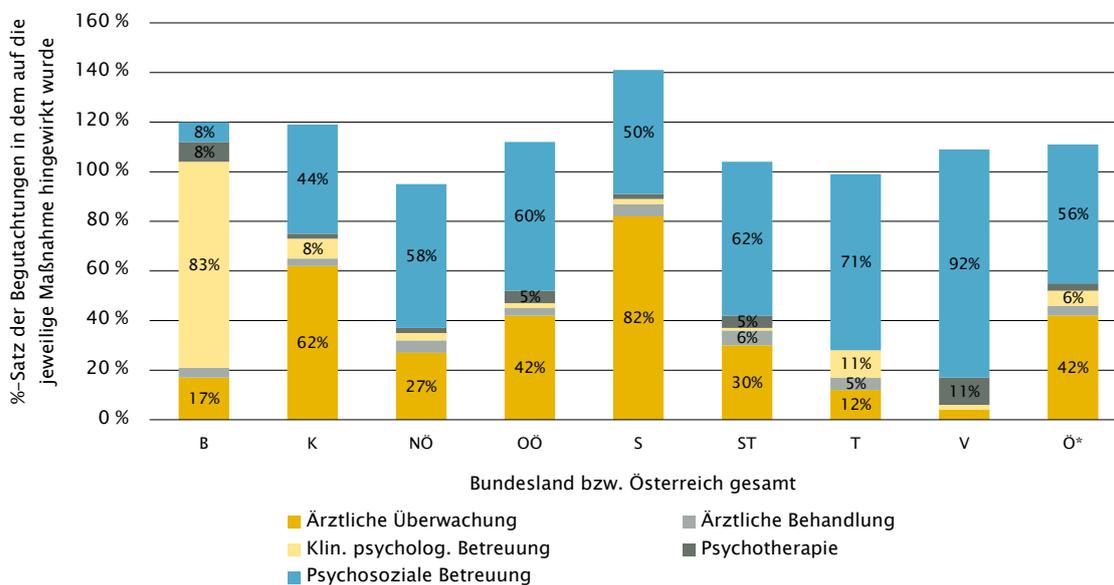
Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aus Abbildung 2.5 ist ersichtlich, auf welche Art gesundheitsbezogener Maßnahmen bei ausschließlichem Konsum von Cannabis im Jahr 2015 hingewirkt wurde, wobei pro Fall auch mehrere gesundheitsbezogene Maßnahmen empfohlen werden können. Abbildung 2.6 zeigt die Art gesundheitsbezogener Maßnahmen für jene Fälle, bei denen ein behandlungsrelevanter Konsum von Opioiden (oft auch zusätzlich anderer Drogen) festgestellt wurde. Die Unterschiede zwischen den Bundesländern sind ein Hinweis auf eine nach wie vor doch recht unterschiedliche Handhabung des § 12 SMG. Dies kann auch mit Unterschieden hinsichtlich des Angebots entsprechender therapeutischer Maßnahmen zusammenhängen.

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2015 in insgesamt 7.516 Fällen bzw. bei 7.207 Personen durchgeführt. Die Hälfte der Begutachtungen wurde aufgrund einer Meldung der Polizei durchgeführt (51 % SMG, 2 % StVO), 37 Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es über Heeresdienststellen (7 %) oder Sonstiges (4 %) (Busch et al. 2016).

Abbildung 2.5:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Cannabis, nach Bundesland, 2015



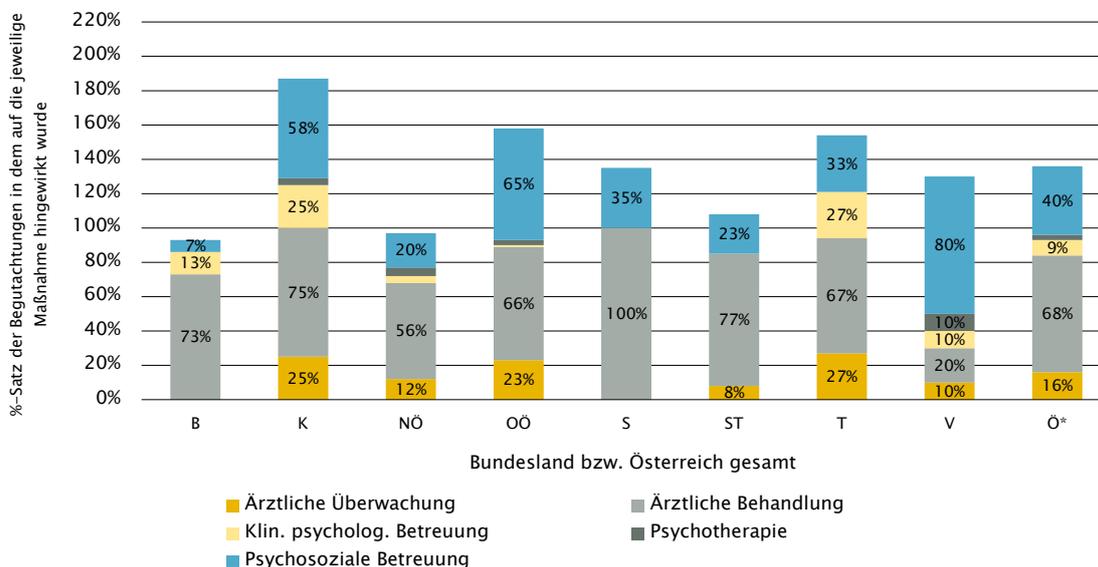
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien

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 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: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung GÖG

Abbildung 2.6:

Gesundheitsbezogene Maßnahmen bei Leitdroge Opioide nach Bundesland, 2015



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 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: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung GÖG

Die Ausgaben des österreichischen Bundesministeriums für Justiz (BMJ) für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ (vgl. Kapitel 1) lagen im Jahr 2015 wieder über den Ausgaben der Vorjahre und bewegten sich auf dem Niveau des Jahres 2012. Wie bereits in GÖG/ÖBIG (2012) berichtet, wurde 2011 erstmals eine Zeitbeschränkung für stationäre Therapie im Rahmen von „Therapie statt Strafe“ und eine generelle Einschränkung des Zugangs zu „Therapie statt Strafe“ für Wiederholungstäter/innen eingeführt. Nach Aussagen von Expertinnen und Experten zeigte sich dabei, 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. Vielmehr passierte es auch, 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).

2.4 Neue Entwicklungen

Die SV-Novelle (BGBl II 2015/257), mit der das aus Cannabisextrakt hergestellte Delta-9-Tetrahydrocannabinol – sofern es einen für pflanzliche Arzneiwirkstoffe vorausgesetzten Reinheitsgrad aufweist – der ärztlichen Verschreibung in Form magistraler Zubereitungen zugänglich gemacht werden soll, ist mit 15. September 2015 in Kraft getreten. Aus Cannabisextrakt hergestelltes Delta-9-Tetrahydrocannabinol in entsprechender Qualität mit hohem Reinheitsgehalt (mehr als 95 %) steht somit als Wirkstoff für die ärztliche Verschreibung zur Verfügung.

Am 1. 1. 2016 sind die mit dem Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (BGBl I 2015/112) und dem Budgetbegleitgesetz 2016 (BGBl 2015/144) beschlossenen Änderungen des SMG in Kraft getreten (vgl. Abschnitt 2.2.1). Präzisierungen zur Umsetzung durch Gesundheitsbehörden, Kriminalpolizei und Staatsanwaltschaften enthalten verschiedene Erlässe (BMJ-S703.034/0014-IV 2/2015, BMG-21554/0002-II/A/5/2015, BMI-KP1000/0745-II/BK/3.3/2015). Demnach muss die Kriminalpolizei einen Anfangsverdacht hinreichend klären (d. h. Identität, Substanz, Menge, persönlicher Gebrauch, mögliche Weitergabe etc.) und allfällige Sicherstellungen vornehmen, bevor sie die Mitteilung an die Gesundheitsbehörde in der vorgesehenen Form – über die im Behördenportalverbund des Gesundheitsministeriums implementierte Infrastruktur e-Suchtmittel – übermittelt. Des Weiteren hat sie die Staatsanwaltschaft über diese Mitteilung an die Gesundheitsbehörde in einem Abtretungsbericht zu informieren (§ 13 Abs 2b SMG). Die Staatsanwaltschaft hat nach Einlangen des Abtretungsberichts von der Verfolgung unmittelbar vorläufig zurückzutreten (§ 35 Abs 9 SMG) – außer eine weitere Klärung des Sachverhalts erscheint notwendig (§ 13 Abs 2b SMG) oder es besteht Anlass, das Verfahren wegen Geringfügigkeit (§ 191 StPO) sofort einzustellen. Die Gesundheitsbehörde muss wie bisher nach Einlangen der Mitteilung die verdächtige Person ärztlich begutachten lassen und darauf hinwirken, dass sich diese einer allenfalls notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzieht (§ 13 Abs 3 bzw. § 12 SMG). In jenen Fällen, die in § 35 Abs 4 SMG genannt sind, kann sie jedoch davon absehen. Die Gesundheitsbehörde kann eine Bestätigung über Beginn und Verlauf der Maßnahme verlangen (§ 12 Abs 3 SMG). Wie bisher auch, muss die Gesundheitsbehörde die Staatsanwaltschaft befassen, wenn sich die verdächtige Person der Untersuchung bzw. gesundheitsbezogenen Maßnahme nicht unterzieht. Gesetzlich klargestellt wurde, dass dies auch dann zu erfolgen hat, wenn sie der Ladung zur Untersuchung und Begutachtung nicht Folge leistet (§ 14 Abs 1 SMG). Eine Mitteilung über die mangelnde Mitwirkung der verdächtigen Person stellt einen Fortsetzungsgrund für ein Strafverfahren dar, wenn sie innerhalb eines Jahres nach Rücktritt von der Verfolgung einlangt (§ 38 Abs 1a Z1 SMG). Ansonsten ist nach Ablauf dieses Jahres das Suchtmittelstrafverfahren endgültig einzustellen.

Die vom BMGF zuvor auch für den Bereich des Suchtmittelstrafverfahrens zu führende Suchtmittel-Datenevidenz wurde im Zuge der Verfahrensautomation Justiz obsolet und daher das BMGF durch das Budgetbegleitgesetz 2016 von dieser Aufgabe entlastet (§§ 24 ff SMG). Die Suchtmittel-Datenevidenz hat weiterhin den Zweck, Mehrfachbehandlungen mit Substitutionsmitteln zu vermeiden und Erkenntnisse zur Prävention von drogenbezogenen Todesfällen zu gewinnen. Abgesehen davon dient sie jedoch nur noch dazu, Verwaltungsstraf-Erkenntnisse (wegen Übertretung von Bestimmungen zu Verkehr und Gebarung mit Suchtmitteln und Droгенаusgangsstoffen) evident zu halten und einen einheitlichen elektronischen Informationsaustausch zwischen Kriminalpolizei

und BMI sowie BMGF und Bezirksverwaltungsbehörden (im Zusammenhang mit Suchtmittelmissbrauch, Bedarf gesundheitsbezogener Maßnahmen sowie Ergebnissen der gesundheitsbehördlichen Begutachtungen) zu ermöglichen. Die Datenevidenz umfasst daher das Register der Verwaltungsstraf-Erkenntnisse nach dem SMG, das Substitutionsregister sowie ein Register der Ergebnisse gesundheitsbehördlicher Begutachtungen betreffend gesundheitsbezogene Maßnahmen im Hinblick auf Drogenmissbrauch (vgl. auch Abschnitt 2.6). Neu ist, dass ab 2016 auch die kriminalpolizeilichen Meldungen bei Verdacht auf Drogenmissbrauch (§ 13 Abs 2b SMG) den Gesundheitsbehörden über die gemeinsame Infrastruktur für verwaltungsübergreifende Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) zugehen.

Weitere Änderungen des SMG, die mit 1. 1. 2016 in Kraft getreten sind:

- » Klarstellung, dass Strafbarkeit gemäß § 28 Abs 1 SMG beim Anbau bestimmter Pflanzen nur dann vorliegt, wenn der Anbau mit dem Vorsatz erfolgt, dass aus den Pflanzen gewonnenes Suchtgift in Verkehr gebracht wird.
- » In § 35 Abs 1 SMG wurde nun klargestellt, dass jede nach § 27 Abs 1 SMG strafbare Tat in den Anwendungsbereich von § 35 Abs 1 SMG fällt.
- » Durch das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 ist die in § 70 StGB verwendete neue Definition des Begriffs „Gewerbsmäßigkeit“ auch auf die Straftatbestände der §§ 27 Abs 3 und 28a Abs 2 Z 1 SMG anzuwenden.
- » Anpassungen an die EU-Verordnungen zum Verkehr mit Drogenausgangsstoffen aus dem Jahr 2015, in dem die daraus entstehenden Aufgaben den entsprechenden Bundesbehörden (für Gesundheit, Inneres bzw. Finanzen) zugeordnet und die entsprechenden Verwaltungsstrafbestimmungen adaptiert werden (§ 23, § 44 und § 50 SMG).

Um die Umsetzung der Änderungen zu unterstützen, wurden im Dezember 2015 von Gesundheits-, Innen- und Justizministerium ausführliche Erläuterungen an die jeweiligen mit der Umsetzung betrauten Behörden ausgeschickt. Die notwendigen Adaptierungen der technischen Infrastruktur von *eSuchtmittel* wurden im Sommer 2016 abgeschlossen (Bayer p. M.).

In den ersten Monaten des Jahres 2016 wurde zunehmend Kritik an den oben genannten Änderungen des SMG geäußert, insbesondere an der neuen Beschreibung des Begriffes „Gewerbsmäßigkeit“: Durch diese Änderungen werde die Bekämpfung des Drogenhandels erschwert (vgl. auch Kapitel 7). Schließlich wurde im Mai 2016 eine weitere Änderung des SMG beschlossen (BGBl I 2016/23), die es erlaubt, den Handel mit Suchtgift im öffentlichen Raum mit einer Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren zu bestrafen (§ 27 2a SMG). Aufgrund dieser Strafandrohung ist – bei Vorliegen von Haftgründen – eine Festnahme und Verhängung von Untersuchungshaft möglich. Diese Regelung ist mit 1. 6. 2016 in Kraft getreten.

Das Handbuch des Gesundheitsministeriums zur Vollziehung des § 12 SMG wird im Laufe des Jahres 2016 evaluiert und an die aktuellen Änderungen des SMG angepasst.

Auf Landesebene wurde in Oberösterreich eine neue Richtlinie für den Vollzug des § 12 SMG in den Bezirkshauptmannschaften erarbeitet. Sie baut auf den Erfahrungen der Bezirkshauptmannschaft Linz-Land auf und soll eine einheitliche Umsetzung des Handbuchs für die Vollziehung des § 12 SMG in OÖ unterstützen (Amt der oberösterreichischen Landesregierung 2016). Dazu bietet

sie eine Übersicht über die Verfahrensschritte (von der Meldung über die Prüfung durch die Gesundheitsbehörde bis zum Abschluss des Verfahrens) und eine genaue Beschreibung der einzelnen Aktivitäten (z. B. Erstprüfung des Sachverhaltes), aber auch Exkurse zu spezifischen Aspekten wie z. B. der Dringlichkeitsbeurteilung oder der Kostenübernahme. In jenen Fällen, in denen die Erstprüfung der Gesundheitsbehörde einen ausschließlichen Konsum von Cannabis, Ecstasy oder Psilocybin-hältigen Pilzen ergibt, wird ein/e Sozialarbeiter/in mit fachspezifischen Kenntnissen mit einer Risikobeurteilung beauftragt, in allen anderen Fällen ein Amtsarzt bzw. eine Amtsärztin.

Eine Novelle zur NPSV mit dem Ziel, bestehende Lücken zu schließen und einige inzwischen in Österreich neu identifizierte Substanzen ebenfalls unter Kontrolle zu stellen, ist in Arbeit (Schopper p. M.). Dies schließt – desm bisherigen Ansatz der NPSV entsprechend – auch mögliche Derivate mit ein. Dadurch soll die Sicherstellung dieser Substanzen ermöglicht und der Handel damit unterbunden werden. Mit der Aufnahme von 4,4'-DMAR (ein Oxalinderivat) und AH-7921 (ein synthetisches Opioid) in die NPSV werden auch zwei Durchführungsbeschlüsse des Rates der Europäischen Union umgesetzt.

2.5 Zusätzliche Informationen

Ergänzend soll auch auf **Änderungen des Tabakgesetzes** (BGBl I 1995/431) hingewiesen werden, welches das Herstellen und In-Verkehr-Bringen von Tabak-Erzeugnissen sowie den Nichtraucherschutz regelt. Die darin enthaltenen Bestimmungen zum Nichtraucherschutz wurden auf Basis eines politischen Kompromisses im Jahr 2005 mit der Einführung von Sanktionen im Jahr 2009 im Tabakgesetz verankert. Sie wurden jedoch seither immer wieder als nicht ausreichend kritisiert. Mit der Novelle zum Tabakgesetz (BGBl. I 2015/101)²³ wurde der Nichtraucherschutz weiter ausgebaut. Seit Mai 2016 gelten die einschlägigen Bestimmungen zu Nichtraucherschutz und Rauchverboten nunmehr auch für Wasserpfeifen und verwandte Erzeugnisse etc. in allen Räumen öffentlicher Orte einschließlich der Gastronomie. Ab Mai 2018 gilt überdies ein uneingeschränktes Rauchverbot in der gesamten Gastronomie sowie in allen Räumen öffentlicher Orte, wo Speisen und Getränke hergestellt, verabreicht und/oder eingenommen werden. Neben der Gastronomie sind damit auch Mehrzweckräume, Festzelte und Vereine erfasst. Für die Gastronomie gibt es dann nur noch sehr eingeschränkte Ausnahmebestimmungen für Hotel- und Beherbergungsbetriebe. Vereine sind v. a. dann betroffen, wenn die Vereinstätigkeit im Beisein von Kindern und Jugendlichen ausgeübt wird bzw. die Tätigkeit des Vereins öffentliche Veranstaltungen umfasst.

Im Jahr 2014 ist aufgrund der internationalen Entwicklungen auch in Österreich eine Debatte hinsichtlich der **Legalisierung von Cannabis** in Gang gesetzt worden. Eine parlamentarische Bürgerinitiative zur Herausnahme von Cannabis aus dem Österreichischen Suchtmittelgesetz, die am 4. 8. 2014 in den Nationalrat eingebracht wurde, wurde von 32.381 Bürgerinnen und Bürgern un-

23

Siehe unter http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00734/index.shtml (4.8.2016)

terschrieben. Ziel der Bürgerinitiative war die Legalisierung von Anbau und Herstellung von Cannabis für den persönlichen Konsum sowie Erwerb und Besitz von Cannabis in geringen Mengen ab dem Erreichen des 16. Lebensjahres. Es wurde vorgeschlagen, dass für die Herstellung größerer Cannabis-Mengen eine Lizenz erworben werden kann, als Vertriebsstellen für Cannabis-Produkte sollten Trafiken, Apotheken und andere lizenzierte Abgabestellen fungieren. Die Bürgerinitiative wurde am 30. Juni 2015 im Justizausschuss des Nationalrats gemeinsam mit dem Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (siehe Abschnitt 2.4) behandelt²⁴.

Seit dem Beschluss des Strafrechtsänderungsgesetzes 2015 hat keine größere Debatte zur Legalisierung von Cannabis mehr stattgefunden, es gab nur vereinzelt Beiträge in Print- oder Online-medien, die eine Legalisierung diskutierten²⁵.

2.6 Quellen und Methodik

Quellen

Suchtmittel-Datenevidenz

Das SMG verpflichtet das BMGF zur Führung einer personenbezogenen Datenevidenz (§ 24ff). 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 BMGF obsolet (vgl. Abschnitt 2.4); seit der am 1. 1. 2016 in Kraft getretenen Änderung des SMG sind sie 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 Suchtgiftmissbrauch gemäß § 12 SMG (§ 24a Abs 3 SMG) sowie die Daten des Substitutionsregisters (§ 24b SMG), welches zur frühestmöglichen Erkennung und Hintan-Haltung von Mehrfachverordnungen von Substitutionsmedikamenten für Opioidabhängige durch die Gesundheitsbehörden dient. Diese Daten werden von den Gesundheitsbehörden seit Umsetzung der SMG-Novelle 2008 (BGBl I Nr. 2008/143) auf Grundlage des e-Government-Gesetzes in einer verwaltungsübergreifend gemeinsamen Infrastruktur online erfasst bzw. daraus abgerufen (eSuchtmittel). Diese technische Infrastruktur wurde in verwaltungsübergreifender Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) vom BMGF geschaffen.

24

Vgl. Ausschussbericht für die 86. Sitzung des Nationalrats unter <http://www.parlament.gv.at/> (4.8.2016)

25

Z. B. im Kurier: <http://kurier.at/wissen/cannabis-warum-nicht-freigeben/204.619.970> oder <http://kurier.at/wissen/oesterreichs-umgang-mit-cannabis-es-ist-kompliziert/138.573.465> (14.7.2016)

Im Wege der Überführung in ein pseudonymisiertes Statistikregister stehen die Daten dem BMGF für epidemiologische Zwecke zur Verfügung. 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 BMGF über die Anwendung eSuchtmittel zugeleitet. Gemeinsam mit den Daten, die dem BMGF vom BMI und von der STATISTIK AUSTRIA zur Erfassung und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle zu melden sind, und den Obduktionsgutachten, die von den obduzierenden Stellen übermittelt werden müssen (§ 24c), bilden die Daten aus eSuchtmittel die Grundlage für jährliche Auswertungen, die auch in den Bericht zur Drogensituation einfließen (vgl. Kapitel 3).

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben zur Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2016). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wider. Daten zur Diversion wurden ausschließlich vom BMJ gemeldet bzw. dem Sicherheitsbericht (BMJ 2016) entnommen. In Abschnitt 2.2.2 wurde bei den von STATISTIK AUSTRIA (Gerichtliche Kriminalstatistik) übermittelten Daten zu den Verurteilungen darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrundeliegender Suchtmitteldelikte erfasst ist. Dabei hat sich gezeigt, dass viel öfter wegen Delikten nach den §§ 27 und 28 SMG verurteilt wurde, als diese Delikte strafsatzbestimmend waren, und dass ein großer Teil der nach dem SMG Verurteilten wegen mehrerer SMG-Delikte verurteilt wurde. Das zeigt bei Delikten mit relativ geringen Strafdrohungen besonders starke Auswirkungen in der Statistik, da bisher bei einer Verurteilung wegen mehrerer strafbarer Handlungen die Verurteilung in der Statistik dem Delikt mit dem höchsten Strafrahmen (= führendes bzw. strafsatzbestimmendes Delikt) zugeordnet wurde.

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 im Rechtsinformationssystem des Bundeskanzleramtes (<https://www.ris.bka.gv.at/>).

Studien

Es wurden keine Studien beschrieben.

2.7 Bibliographie

- Amt der Oberösterreichischen Landesregierung (2016). Richtlinie für den Vollzug des § 12 SMG in den Bezirkshauptmannschaften. Amt der Oberösterreichischen Landesregierung, Direktion Soziales und Gesundheit. Linz.
- BMI (2016). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMJ (2016). Sicherheitsbericht 2015. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016). Epidemiologiebericht Sucht. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak 2016. Wien.
- CÖG/ÖBIG (2008). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- CÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Köchler, B.; Danner, S.; Jagsch, R.; Brandt, L.; Fischer, G. (2014). Health-related and legal interventions: A comparison of allegedly delinquent and convicted opioid addicts in Austria. In: Drug Science, Policy and Law 1.
- ÖBIG (2004). Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.
- 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., Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Horvath, I., Klein, C., Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

2.8 Zitierte Bundesgesetze

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

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

BGBI. 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBI. 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

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

BGBI. I 1995/431. Tabakgesetz

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

BGBI. I 1997/120. Führerscheingesetz

BGBI. I 2007/110. Suchtmittelgesetz–Novelle 2007

BGBI. I 2008/143. Suchtmittelgesetz–Novelle 2008

BGBI. I 2010/111. Budgetbegleitgesetz 2011 (BBG)

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

BGBI. I 2014/71. Strafprozessrechtsänderungsgesetz 2014

BGBI. I 2015/112. Bundesgesetz, mit dem das Strafgesetzbuch, das Suchtmittelgesetz, die Strafprozessordnung 1975, das Aktiengesetz, das Gesetz vom 6. März 1906 über Gesellschaften mit beschränkter Haftung, das Gesetz über das Statut der Europäischen Gesellschaft, das Genossenschaftsgesetz, das ORF–Gesetz, das Privatstiftungsgesetz, das Versicherungsaufsichtsgesetz 2016 und das Spaltungsgesetz geändert werden (Strafrechtsänderungsgesetz 2015)

BGBI I 2015/144. Budgetbegleitgesetz 2016

BGBI. I 2016/23. Änderung des Suchtmittelgesetzes

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

BGBl II 2015/257. Änderung der Suchtgiftverordnung

BMJ-S703.034/0014-IV 2/2015. Einführungserlass vom 24. Dezember 2015 zur Änderung des Suchtmittelgesetzes (SMG) durch das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 und das Budgetbegleitgesetz 2016. Bundesministerium für Justiz

2.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Schopper, Johanna	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen

2.10 Anhang

Tabelle A2. 1:
Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt
in Österreich, 2006–2015

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in Prozent
2006	5.795	1.464	4.246	43.414	13,3
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8

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 rechtskräftig Verurteilter nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2015*

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	576	1.241	954	577	738	4.086
	weiblich	55	95	75	48	76	349
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	87	294	290	219	377	1.267
	weiblich	12	26	23	25	36	122
§ 27 SMG	männlich	488	947	664	356	360	2.815
	weiblich	43	69	51	23	40	226

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, dargestellt. Daher sind in der Tabelle nicht alle Verurteilungen nach SMG 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. 3:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2015*

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Straf- formen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	81	131	23	23	23	281
	Erwachsene	966	1.306	1.063	635	184	4.154
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	2	20	4	9	0	35
	Erwachsene	30	327	557	350	90	1.354
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	79	111	19	14	23	246
	Erwachsene	936	976	504	285	94	2.795

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 oder nach § 21 Abs 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB, nur bei Jugendlichen Schuldspruch unter Vorbehalt der Strafe (§ 13 JGG) und Schuldspruch ohne Strafe (§ 12 JGG).

Anmerkung: Hier wird nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, dargestellt. Daher sind in der Tabelle nicht alle Verurteilungen nach SMG 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. 4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung,
2006–2015

Vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014**	2015
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	10.379	10.175	9.384	10.627	11.807	11.667	11.455	13.044	14.506	14.384
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft*	9.173	9.008	8.399	9.661	10.643	10.319	10.215	11.818	12.378	12.256
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	1.895	1.841	2.249	2.780	3.166	4.059	5.515	6.766	-	-
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	1.206	1.167	985	966	1.164	1.348	1.240	1.226	2.128	2.128
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	507	540	638	624	733	741	673	728	705	673

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

** Ab 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergeben kann; Zahlen zu § 35 Abs 4 SMG können nicht geliefert werden, da in der Datenbank des BMJ 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, BMJ, ab 2014: nur BMJ; Darstellung: GÖG

Drogenkonsum

Inhalt

3	Drogenkonsum	57
3.1	Zusammenfassung	57
3.2	Cannabis	59
3.2.1	Aktuelle Situation	59
3.2.1.1	Prävalenz und Trends	59
3.2.1.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung	61
3.2.2	Quellen und Studien	62
3.3	Stimulantien	67
3.3.1	Aktuelle Situation	67
3.3.1.1	Prävalenz des Stimulantienkonsums und Trends	67
3.3.1.2	Risikoreiche Stimulantienkonsummuster und Behandlung	69
3.3.2	Quellen und Studien	72
3.4	Heroin und andere Opioide	74
3.4.1	Aktuelle Situation	74
3.4.1.1	Opioidprävalenz und Trends	74
3.4.1.2	Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung	77
3.4.2	Quellen und Methoden	79
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	80
3.5.1	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen	80
3.5.2	Quellen und Methoden	81
3.6	Bibliographie	82
3.7	Anhang	87

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Bei der Prävalenz des Drogenkonsums wird unterschieden zwischen der Lebenszeitprävalenz (Droge wurde irgendwann im Leben konsumiert), der Jahresprävalenz (Droge wurde im letzten Jahr konsumiert) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum 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 in Bezug auf Cannabis mit Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei jungen Erwachsenen. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa 2 bis 4 Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie von rund 1 bis maximal 2 Prozent für Opioide.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und von weitgehend unproblematischem gelegentlichen 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 (EMCDDA 2013). Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen. Der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, spielt in Österreich hier die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 29.000 und 33.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte davon lebt in Wien (Drogensucht tritt nach wie vor in Ballungszentren häufiger auf als in ländlichen Gebieten). Ein Viertel der Betroffenen ist weiblich, 11 Prozent sind unter 25 Jahre alt. Sniffen spielt beim Opioidkonsum nach wie vor eine Rolle. Man schätzt, dass 12.000 bis 17.000 Personen vorwiegend injizierend konsumieren.

Neue Entwicklungen

In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt. Die wenigen verfügbaren Daten zum Konsum von *Neuen psychoaktiven Substanzen* (NPS) – früher auch *Research Chemicals* bzw. *Legal Highs* genannt – in der Allgemeinbevölkerung sprechen trotz der großen medialen Aufmerksamkeit für eine geringe Einnahmeprävalenz.

Alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen starken Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums bei der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/innen). Ob dies einen Rückgang des illegalen Suchtmittelkonsums insgesamt oder eine Verlagerung auf andere Substanzen (Cannabis, Methamphetamin) bedeutet, kann noch nicht gesagt werden. Derzeit gibt es keinerlei eindeutige Hinweise auf eine solche Verlagerung in Österreich. In Oberösterreich hat sich in den letzten Jahren eine Methamphetamin-Szene etabliert, wobei der Konsum von Methamphetamin auch in die Szene mit problematischem Opioidkonsum vorgedrungen ist.

Im Rahmen des risikoreichen Drogenkonsums ist auch auf eine Reihe von Todesfällen durch hochdosierte Ecstasy-Tabletten hinzuweisen. Zwar scheinen sich die Konsummuster bezüglich Ecstasy nicht geändert zu haben, der Konsum scheint aber aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Ecstasy-Tabletten risikoreicher geworden zu sein.

Relevante Studien

Aktuelle Zahlen zum Konsum von illegalen und legalen Substanzen in der Allgemeinbevölkerung (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch 2015) sowie unter Schülern und Schülerinnen (European School survey Project on Alcohol and other Drugs - ESPAD) liegen jeweils aus dem Jahr 2015 vor. Zu beiden im Auftrag des Gesundheitsministeriums durchgeführte Studien gibt es Vergleichszahlen aus früheren Jahren (Zeitreihenanalysen sind möglich).

3.2 Cannabis

3.2.1 Aktuelle Situation

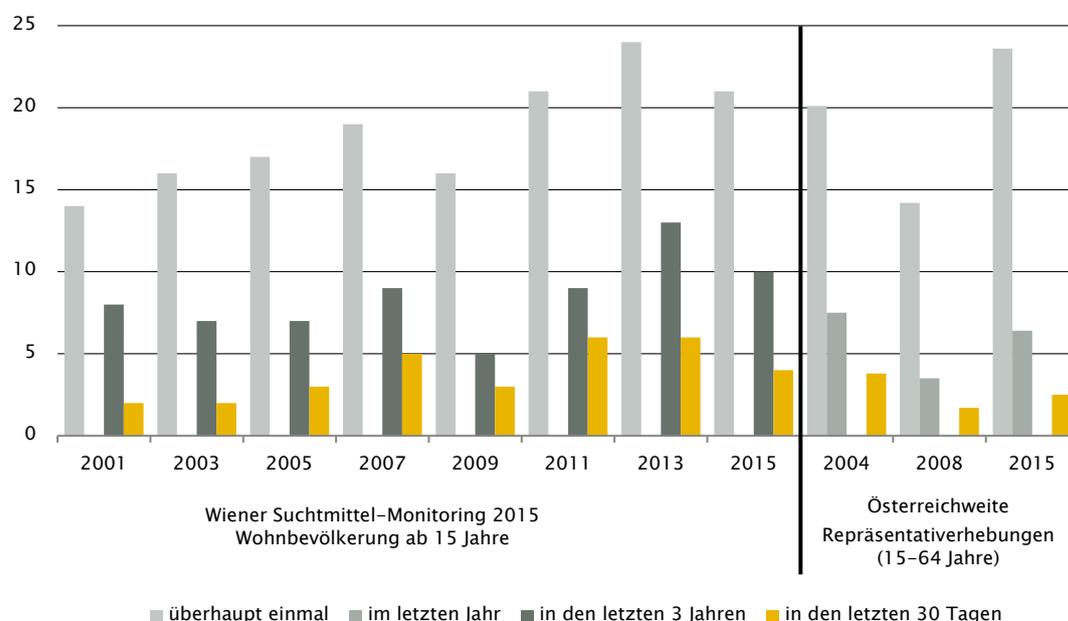
3.2.1.1 Prävalenz und Trends

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Zahlen aus den Repräsentativerhebungen für Substanzgebrauch (2004, 2008, 2015; vgl. Tabelle A3.1) weisen auf einen längerfristig leicht ansteigenden bzw. gleichbleibenden Anteil konsumerfahrener Personen in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen hin (20 % bis 24 % der Gesamtbevölkerung in den Jahren 2004 und 2015). Der deutliche Einbruch in den Zahlen der Erhebung von 2008 ist hingegen vermutlich auf ein erhebungstechnisches Artefakt zurückzuführen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009). Im zweijährlich durchgeführten Wiener Suchtmittel-Monitoring zeigt sich über die Jahre ein kontinuierlicher Anstieg des Cannabiskonsums. In der letzten Erhebungswelle war hingegen ein leichter Rückgang der Lebenszeitprävalenz zu verzeichnen.

Abbildung 3.1:

Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, 3-Jahresprävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) aus Wiener Suchtmittel-Monitoring und drei österreichischen Repräsentativerhebungen (Zeitreihe)



Anmerkung: In der „Österreichweiten Repräsentativerhebung“ wurde die 3-Jahresprävalenz nicht erhoben.

Quellen: IFES 2001 bis 2015, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a; Darstellung: GÖG

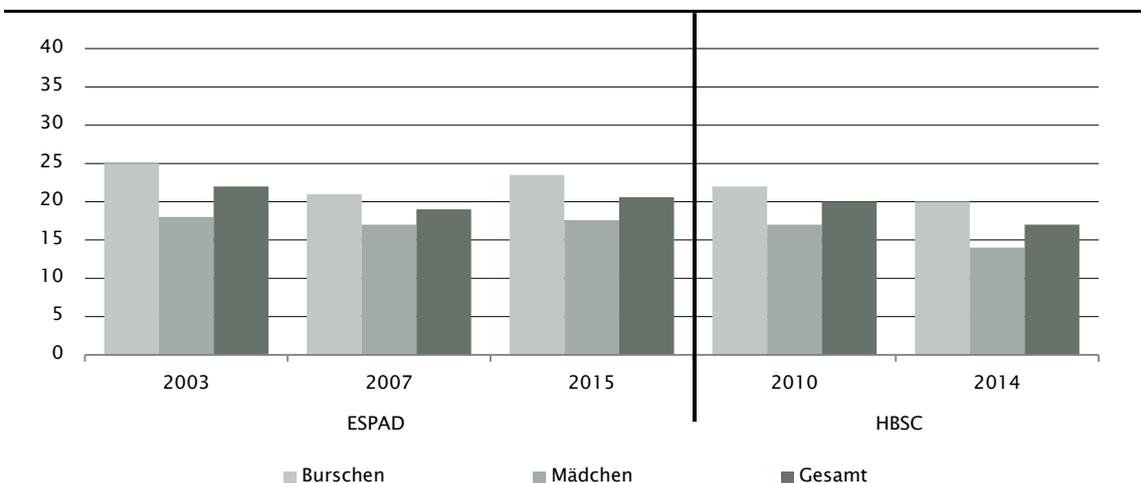
Konsumerfahrungen mit Cannabis beschränken sich jedoch meist auf eine kurze Zeitspanne, wie die große Diskrepanz zwischen Lebenszeitprävalenz und Prävalenz des Cannabiskonsums im letzten Monat zeigt (vgl. Abbildung 3.1)

Aktuelle Zahlen 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 3.2.2),

HBSC = Health-Behaviour in School-aged Children (vgl. Abschnitt 3.2.2).

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 Schülern (ESPAD, HBSC; vgl. Tabelle A3. 2) gibt an, bereits einmal Cannabis konsumiert zu haben. Burschen weisen immer eine etwas höhere Rate auf als Mädchen. Im Zeitverlauf zeigen sich nur geringfügige Veränderungen (vgl. Abbildung 3.2).

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

Aus der aktuellen österreichischen Repräsentativerhebung 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 8 Prozent.

Anhand der verfügbaren Daten 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 aufgrund der Tatsache ergeben, 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.

3.2.1.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung

Aktuelle spezifische Studien zum risikoreichen Cannabiskonsum liegen nicht vor.

Behandlung von Personen mit Cannabiskonsum

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 Cannabiskonsum

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich (ohne Wien) vor. Im Jahr 2015 wurde in 1.201 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Busch et al. 2016). Dem stehen 19.326 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 unter den Cannabiskonsumierenden nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Personen auch einen behandlungsrelevanten Konsum von Cannabis aufweist.

Im Jahr 2015 befanden sich etwa 2.200 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Eine vertiefende Analyse aus dem Jahr 2012 zeigte jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor dem Behandlungsbeginn einen hochfrequenten Cannabiskonsum aufwies (GÖG/ÖBIG 2013a). 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).

Bei den Spitalsentlassungen 2014 kommt schädlicher Gebrauch von Cannabis (64 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (130) und Cannabisabhängigkeit (100 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.434 Fälle, für psychotische Störungen 184 Fälle und für Abhängigkeit 717 Fälle (vgl. Tabelle A3. 3 und Tabelle A3. 4).

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

3.2.2 Quellen und Studien

Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen

Personen, bei denen aufgrund einer Meldung der Polizei, einer Schulleitung, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde Hinweise auf Suchtgiftmissbrauch vorliegen, werden von der Gesundheitsbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet. Bezüglich der Begutachtungsergebnisse besteht eine Meldepflicht an das BMGF²⁶. Insgesamt liegen aus dem Jahr 2015 7.516 Begutachtungsergebnisse über 7.207 Personen vor (einige Personen wurden im Jahr 2015 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.

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

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

Die Zahlen zur stationären Versorgung werden mittels QGIS (Quantum Geoinformationssystem) gewonnen. Die Daten für dieses System stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten und werden der GÖG vom Bundesministerium

26

Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, vormalig (vor 1. 7. 2016) BMG (Bundesministerium für Gesundheit)

für Gesundheit und Frauen (BMGF) zur Verfügung gestellt. Die DLD umfasst die Dokumentation jedes einzelnen stationären Aufenthaltes. Zu jedem Aufenthalt gibt es Informationen über die Patientin / den Patienten sowie zu den gestellten Diagnosen. Einschränkend 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. In der österreichischen Spitalsentlassungsstatistik (DLD) sind Patienten/Patientinnen nicht identifizierbar, dokumentiert werden nur Entlassungen. Die Schätzung der Patientenzahl erfolgt unter der Annahme, dass es sich bei Aufenthalten, bei denen sowohl die dokumentierte Wohnpostleitzahl als auch Geschlecht und Geburtsdatum (Tag-Monat-Jahr) identisch sind, um eine im Betrachtungszeitraum mehrmals in stationäre Behandlung aufgenommene Person (einen Patienten / eine Patientin) handelt.

Unschärfen der Schätzung ergeben sich etwa durch die Existenz von Personen mit gleichem Geschlecht, gleichem Geburtsdatum und gleicher Wohnort-Postleitzahl (Unterschätzung der Patientenzahl) oder durch den Wohnsitzwechsel von Personen mit gleichzeitiger Änderung der Wohnort-Postleitzahl oder der Änderung der Wohnort-Postleitzahl ohne Änderung der Wohngemeinde, z. B. im Rahmen von Gemeindezusammenlegungen (Überschätzung der Patientenzahl).

Studien

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 Institutes) 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 alle zwei Jahre mit vergleichbarer Methodik statt (IFES 2001 bis 2015)

Bevölkerungsbefragung 2004

Die Repräsentativerhebung 2004 wurde von 2. Juli bis 19. Oktober 2004 vom Markt- und Meinungsforschungsinstitut *market* in Form von Face-to-Face-Interviews durchgeführt. Die Auswahl der Interview-Stichprobe erfolgte mittels Random-Sampling. Die bei diesem Projekt eingesetzten 512 Interviewer/innen erhielten die Adresse der Zielpersonen und übernahmen die Kontaktaufnahme und die Durchführung des Interviews. Im Haushalt wurde die Zielperson mittels Last-birthday-Methode ausgewählt. Die relativ geringe Ausschöpfungsquote von 21 Prozent – pro fünf ausgewählten Personen kam nur ein Interview zustande – ist teilweise durch den Befragungszeitraum zu erklären (der Schwerpunkt der Erhebungsphase lag in den Sommermonaten Juli bis September). Die Zusammensetzung der befragten Personen entsprach in den wichtigsten demographischen Merkmalen (z. B. Geschlecht oder Alter) der österreichischen Bevölkerung ab dem 14. Lebensjahr. Nach Erstsichtung der erhobenen Daten und Eliminierung mangelhaft erhobener Interviews betrug der Stichprobenumfang 4.546 Datensätze (Uhl et al. 2005a).

Bevölkerungsbefragung 2008

Der Fragebogen wurde in Kooperation des LBI für Suchtforschung und der GÖG erstellt. Das Markt- und Meinungsforschungsinstitut *market* war für die Durchführung der Face-to-Face-Interviews verantwortlich. Nach einem Briefing der Interviewer/innen wurden die Zielpersonen mittels Random-Sampling ausgewählt. Die 593 eingesetzten Interviewer/innen erhielten die Adressen der Zielpersonen und übernahmen Kontaktaufnahme und Durchführung der Interviews. Im Gegensatz zur letzten Erhebung wurden bei diesem Forschungsprojekt zwei gleich große Subsamples unterschieden (Personen zwischen 15 und 24 Jahren und Personen über 24 Jahre). Beim Set für die Stichprobe der Zielgruppe der über 24-Jährigen wurde – entsprechend der Last-birthday-Methode – jene Person im Haushalt befragt, die 25 Jahre oder älter war und zuletzt Geburtstag hatte. Beim Set für die Stichprobe der Zielgruppe 15- bis 24-Jährige wurde zunächst geklärt, ob eine Person entsprechenden Alters im Haushalt wohnt, und dann, wenn mehrere Personen der definierten Altersgruppe vorhanden waren, mit der Person, die zuletzt Geburtstag hatte, ein Termin vereinbart. Jede Adresse wurde zumindest dreimal kontaktiert (Ausnahmen: keine Zielperson in der Altersgruppe im Haushalt, Interview bereits gegeben oder Verweigerung). Die Beteiligungsquote lag bei 34,4 Prozent und damit deutlich über jener des Jahres 2004. Die Feldphase fand zwischen 27. Oktober und 1. Dezember 2008 statt. Eine telefonische Kontrolle wurde bei 46 Prozent der Interviews durchgeführt. 73 Bögen mussten ausgeschieden werden, es verblieben 4.196 auswertbare Fragebögen (Uhl et al. 2009).

Bevölkerungsbefragung 2015

Die Bevölkerungsbefragung (Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch) wurde größtenteils analog zu den beiden Vorerhebungen durchgeführt, um eine möglichst große Vergleichbarkeit auf nationaler Ebene zu gewährleisten. Der Fragebogen wurde für Fragen mit Bezug zu Alkoholkonsum in Kooperation mit dem EU-Forschungsprojekt RARHA (Reducing Alcohol Related Harm Alliance) gestaltet, um die internationale Vergleichbarkeit zu maximieren. Durchgeführt hat die Erhebung wieder das Markt- und Meinungsforschungsinstitut *market*. 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. Die Zufallsauswahl und die Kontaktaufnahme mit Teilnehmern/Teilnehmerinnen für die persönlichen Interviews sowie die Kontrolle der Interviewer/innen erfolgten analog zu den Vorerhebungen. Die Response Rate für das Sample der persönlichen Interviews beträgt 32 Prozent, für das Sample der Online-Befragung 51 Prozent. Die Datenerhebung fand zwischen 27. Oktober und 11. Dezember 2015 statt. Insgesamt konnten 4.014 Interviews realisiert werden.

ESPAD 2003

Zielgruppe für die Erhebung 2003 waren Jugendliche des Geburtsjahrgangs 1987, die im Frühjahr 2003 noch eine Schule besuchten. Für die Stichprobe wurde aus allen Schulen mit Klassen der

9. und/oder 10. Schulstufe eine Zufallsauswahl gezogen. Die Zahl der zufällig ausgewählten Klassen pro Schultyp erfolgte indirekt proportional zur durchschnittlichen Klassengröße pro Schultyp, um eine möglichst repräsentative Stichprobe des Geburtsjahrgangs 1987 zu ziehen. In die österreichische Auswertung wurden 5.281 Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 17 Jahren einbezogen. Die Teilnahmequote war mit 74 Prozent der ausgewählten Schulen, 77 bzw. 92 Prozent der ausgewählten Klassen (für die 9. bzw. 10. Schulstufe) und 90 bzw. 92 Prozent (9. bzw. 10. Schulstufe) der Schüler sehr hoch (Uhl et al. 2005b).

ESPAD 2007

Analog zum Jahr 2003 wurden insgesamt 5.959 Schüler und Schülerinnen der 9. und 10. Schulstufe (primär 14- bis 17-Jährige) mit Fragebögen zu ihren Drogenkonsum-Erfahrungen befragt. Eine parallel zu dieser Erhebung durchgeführte Validierungsstudie gibt Aufschlüsse über die Validität der Daten. Bei der Validierungsstudie wurden 100 Schüler/innen, die sich an der ESPAD-Erhebung beteiligt haben, 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 (mit unterschiedlichen Schultypen) aus Wien und Niederösterreich ausgewählt. Die Interviews dauerten jeweils etwa eine Schulstunde (Strizek et al. 2008, Schmutterer et al. 2008).

ESPAD 2015

Schüler/innen der 9. und 10. Schulstufe waren auch Zielgruppe der ESPAD-Erhebung im Jahr 2015. Im Gegensatz zu den Vorerhebungen wurde diesmal die gesamte Erhebung mittels Online-Fragebogen durchgeführt. Durch einen teilweise personalisierten und teilweise zufällig erstellten Zugangscodes konnte gewährleistet werden, dass die Anonymität der Teilnehmer/innen gewahrt wird und gleichzeitig eine Zuordnung zu Schule und Klasse möglich ist. Im Laufe von drei Erhebungswellen wurden sämtliche Schulen mit Klassen der 9. und 10. Schulstufe angeschrieben, zwei Klassen mittels Zufallsverfahren ausgewählt und alle Schüler/innen von ausgewählten Klassen zur Teilnahme eingeladen. Auf Schulebene konnte eine Antwort-Rate von 21 Prozent realisiert werden. Auf Schülerebene bzw. in ausgewählten Schulklassen lag die Beteiligungsrate hingegen bei 99 Prozent (Strizek et al. 2016b).

HBSC 2010

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. Durch die Konzentration auf diese Altersgruppen kann die Phase des Erwachsenwerdens besonders gut abgebildet werden. Die Wiederholung der Erhebungen 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).

HBSC 2014

Die Erhebung wurde 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).

Drogenmonitoring Oberösterreich 2015

Das Institut *Suchtprävention* (Linz) führt im Rahmen des sogenannten *Drogenmonitorings* im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen eine oberösterreichweite 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 regionaler 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, niederschweligen Einrichtungen und anderer relevanter 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).

3.3 Stimulantien

3.3.1 Aktuelle Situation

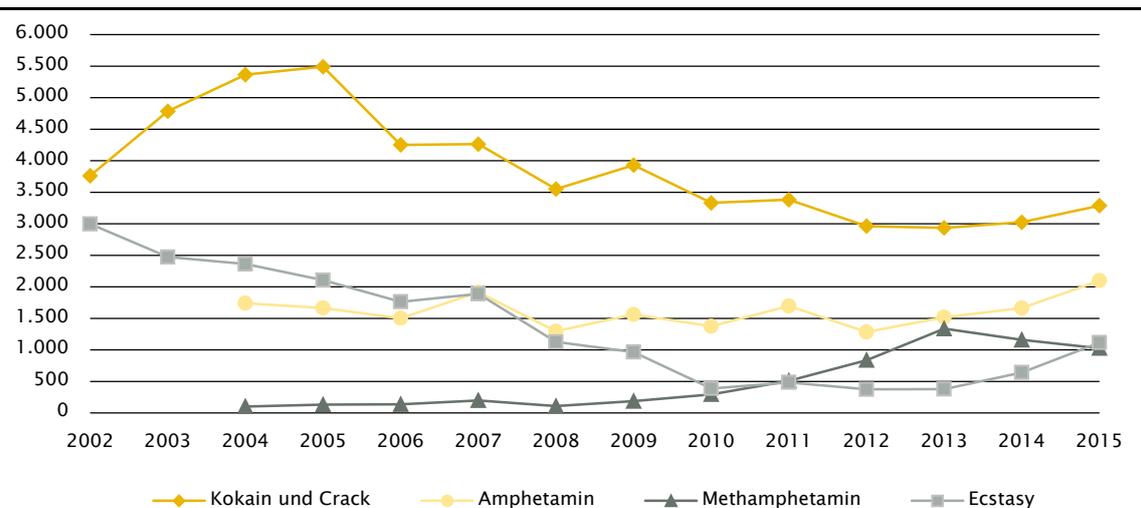
3.3.1.1 Prävalenz des Stimulantienkonsums und Trends

Die relative Bedeutung verschiedener Stimulantien

Kokain ist jenes Stimulans, auf das sich die meisten Anzeigen beziehen, gefolgt von Amphetamin, Ecstasy und Methamphetamin (vgl. auch Kapitel 7 und Abbildung 3.3). Zu Methamphetamin ist anzumerken, dass 48 Prozent der Anzeigen in Oberösterreich erfolgten, wo sich eine lokale Methamphetamin-Szene etabliert hat (Seyer et al. 2016) und auch verstärkt gezielte polizeiliche Aktivitäten bezüglich Methamphetamin stattfinden.

Abbildung 3.3:

Stimulantien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich, nach Art des Suchtgiftes, 2002–2015



Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Zur Kategorie „Kokain und Crack“ ist anzumerken, dass es in Österreich bezüglich Crack kaum Anzeigen gibt.

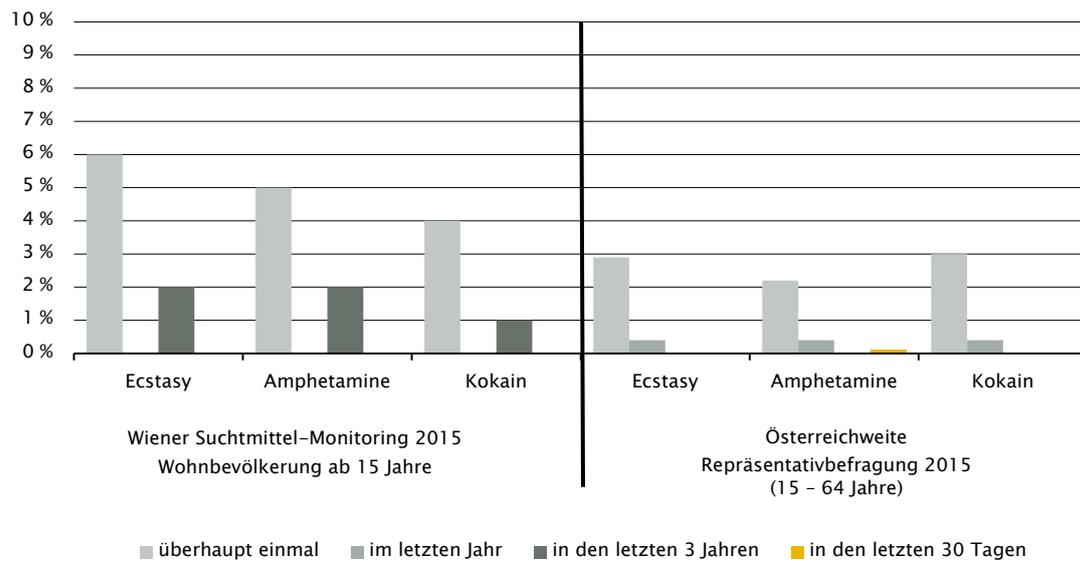
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulantien in der Gesamtbevölkerung

Nur ein sehr kleiner Teil der Allgemeinbevölkerung macht Erfahrungen mit den Stimulantien Ecstasy, Amphetamine 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)

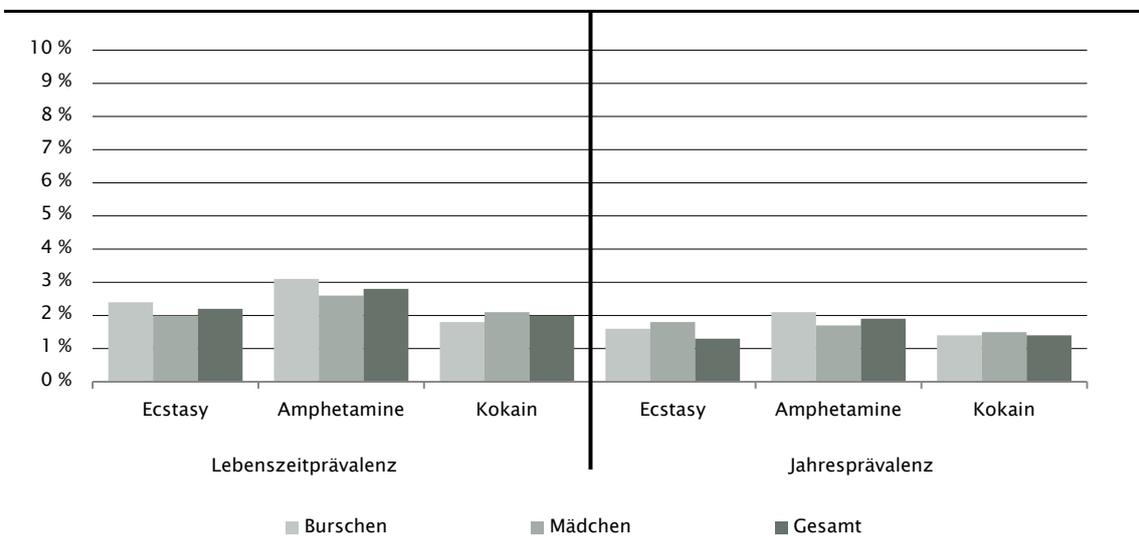


Quelle: IFES 2015; Strizek et al. 2016a Darstellung: GÖG

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 der Konsum von Methamphetamin trotz der starken medialen Präsenz nicht in der Allgemeinbevölkerung Eingang gefunden hat.

Konsum von Stimulantien bei Jugendlichen und spezifischen Zielgruppen

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



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

Auch bei den Befragungen von Schülerinnen und Schülern zeigen sich durchwegs niedrige Werte hinsichtlich Konsumerfahrungen mit Stimulantien. 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 Konsumprävalenz von Stimulantien auszugehen. Der Konsum von Methamphetamin ist derzeit 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).

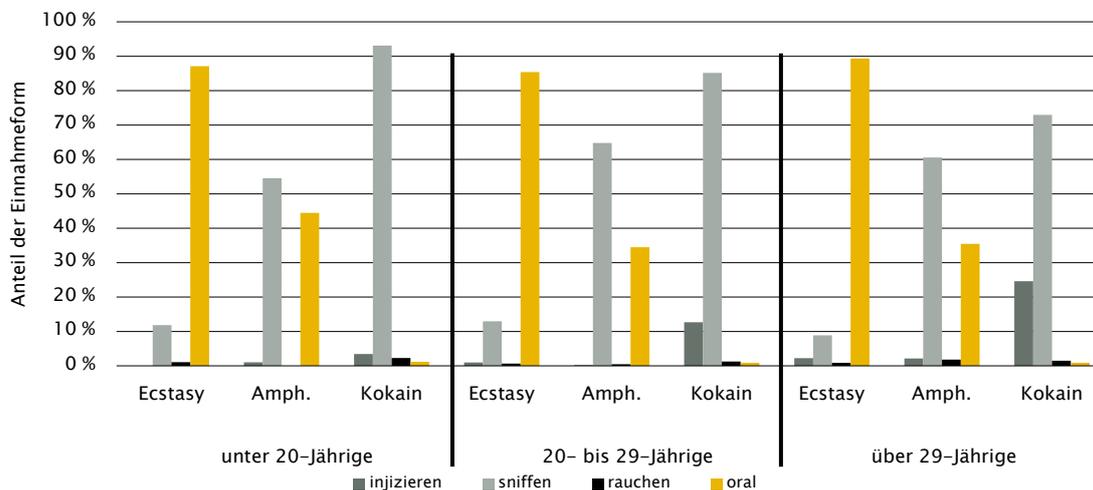
3.3.1.2 Risikoreiche Stimulantienkonsummuster und Behandlung

Injizieren und andere Konsumformen

Informationen zur Einnahmeform von Stimulantien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). Ecstasy wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamine gesniff und oral konsumiert, Kokain gesniff und zu einem geringen Anteil auch gespritzt. Es zeigt sich, dass der intravenöse Konsum bei Kokain mit dem Alter der Konsumentinnen/Konsumenten zunimmt (vgl. Abbildung 3.6).

Abbildung 3.6:

Stimulantienkonsum: Vorwiegende Einnahmeform von Personen, die 2015 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben (nach Altersgruppen)



Amph. = Amphetamin

Quelle: DOKLI (Klientenjahrgang 2015)

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

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). Im Zusammenhang mit Methamphetamin wird von einzelnen Fachleuten das Fehlen adäquater Behandlungsmöglichkeiten (z. B. durch Substitutionsbehandlung) kritisiert (Seyer et al. 2016).

Risikoreicher/problematischer Konsum von Stimulantien

Einen Hinweis auf den behandlungsrelevanten Konsum von Stimulantien geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 11 SMG. Dazu liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor. Am häufigsten wird ein behandlungsrelevanter Konsum von Kokain festgestellt, gefolgt von Amphetamin. In der Kategorie Amphetamin war bis 2014 bei den amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert. Seit 2015 gibt es eine eigene Kategorie Methamphetamin. Mit 17 der insgesamt 25 Nennungen liegt hier Oberösterreich vor allen anderen Bundesländern. Allerdings sind mittlerweile auch die Zahlen in Oberösterreich rückläufig. (Im Jahr 2013 wurden in Oberösterreich noch 84 Fälle mit behandlungsrelevantem (Meth-)Amphetaminkonsum registriert.)

Tabelle 3.1:

Behandlungsrelevanter Konsum von Stimulantien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG, nach Bundesland, 2015

Stimulantium	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
Ecstasy	1	15	6	6	0	4	1	6	39
Amphetamin	5	2	33	36	9	8	6	16	115
Methamphetamin	0	0	1	17	3	2	1	1	25
Kokain	6	21	16	20	10	8	8	21	110
Summe	12	38	56	79	22	22	16	44	289

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: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Im zusätzlich zur Bevölkerungsbefragung im Rahmen des *Drogenmonitorings Oberösterreich 2015* durchgeführten Expertenpanel „Crystal Meth“ zeigte sich, dass es hier einzelne Subgruppen bzw. Subkulturen gibt, die einen exzessiven Konsum von Methamphetaminen aufweisen. Dies bestärkt 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 aus Suchtberatung, Streetwork und niederschweligen Einrichtungen 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 Risikokonsumenten/-konsumentinnen (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 2015 befanden sich etwa 550 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 400 Personen wegen des Konsums anderer Stimulantien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung von einer Einrichtung der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird jedoch relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2014 kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (3 Fälle) und Kokain-Abhängigkeit (10 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 297 Fälle und für Abhängigkeit 126 Fälle. Schädlicher Gebrauch (16 Fälle) und Abhängigkeit (18 Fälle) von anderen Stimulantien als Kokain wird als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen etwas häufiger diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von anderen Stimulantien 201 Fälle und für Abhängigkeit 87 Fälle (vgl. Tabelle A3. 3 und Tabelle A3. 4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulantien in den genannten Datenquellen nicht groß sein. Nicht erfasst sind gut sozial integrierte 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 es einen Trend zu hochdosierten Ecstasy-Tabletten gibt. Im Jahr 2013 wurden 26 Prozent aller analysierten Ecstasy-Tabletten als hoch dosiert eingestuft, im Jahr 2015 waren es bereits 48 Prozent. 14 Prozent wurden als gesundheitsgefährdend hoch dosiert eingestuft (SHW 2016). Diese Wahrnehmungen decken sich auch mit Analyseergebnissen von MDA-Basecamp in Tirol (Z6/Drogenarbeit 2016). Hochdosiertes Ecstasy hat im Jahr 2015 auch zu einer Reihe von Todesfällen in Österreich geführt (vgl. Kapitel 6). Der Konsum von Ecstasy scheint aufgrund der (oft unerwartet) sehr hochdosierten Ecstasy-Tabletten risikoreicher geworden zu sein (vgl. Kapitel 7).

3.3.2 Quellen und Studien

Quellen

Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

Die Daten zu den Anzeigen nach § 27 oder § 28 Suchtmittelgesetz werden vom BMI gesammelt und jährlich veröffentlicht (vgl. Kapitel 7). Es handelt sich um polizeiliche Anzeigen, die auch die Aktivitäten und Schwerpunktsetzungen der Exekutive widerspiegeln. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 32.907 Anzeigen eingebracht, wobei allerdings über 80 Prozent die Substanz Cannabis betrafen (BMI 2016 – vgl. auch Kapitel 7).

Amtsärztliche Begutachtungen

siehe Abschnitt 3.2.2

Daten aus dem Klientendokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI)

siehe Kapitel 5

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

siehe Abschnitt 3.2.2

Studien

Wiener Suchtmittel-Monitoring: siehe Abschnitt 3.2.2

Bevölkerungsbefragung 2015: siehe Abschnitt 3.2.2

ESPAD 2015: siehe Abschnitt 3.2.2

Drogenmonitoring Oberösterreich 2015: siehe Abschnitt 3.2.2

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Aktuelle Situation

3.4.1.1 Opioidprävalenz und Trends

Die relative Bedeutung verschiedener Opioide

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthältige Medikamente – größtenteils Substitutionsmittel (BMI 2016). Im Jahr 2015 erfolgten 1.666 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate (wobei es sich bei den anderen Opiaten um Einzelfälle handelte) und 1.213 Anzeigen wegen suchtgifthältiger Medikamente. Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide bei illegalem Opioidkonsum in Österreich dar. Stellt man die Menge der durch die Polizei sichergestellten Substitutionsmittel der insgesamt verschriebenen Menge gegenüber, so zeigt sich, dass 0,10 Prozent der verschriebenen Substitutionsmittel am Schwarzmarkt beschlagnahmt werden (GÖG/ÖBIG 2013b).

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

Die Schätzungen des Opioidkonsums in Österreich beziehen sich auf den risikoreichen Konsum von Opioiden. 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). Diese Definition deckt sich mit der Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich. In Österreich wurde immer schon betont, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen per se problematisch oder unproblematisch sind. Als risikoreich wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen.

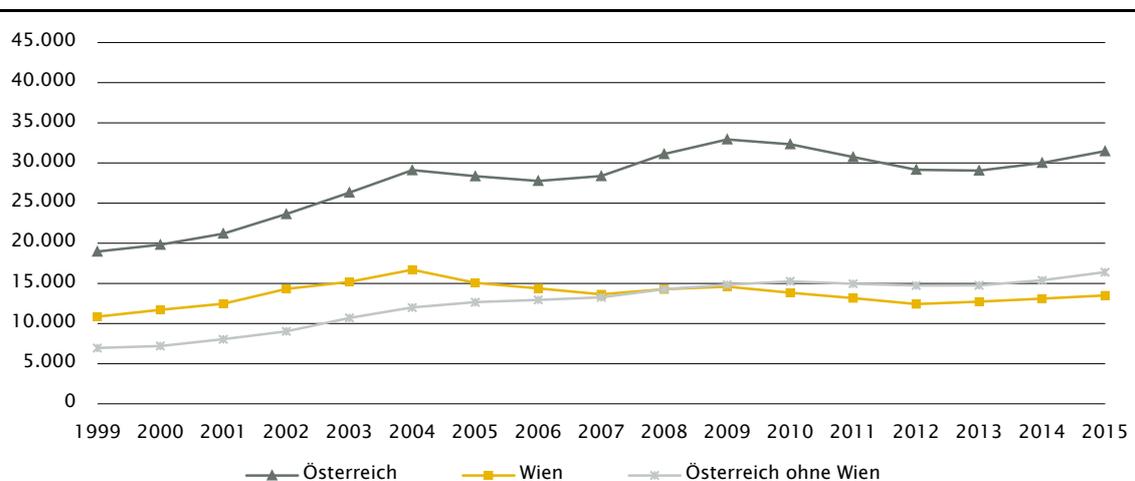
Aktuelle Schätzungen für die Jahre 2014 bzw. 2015 machen eine Prävalenzrate von 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel (vgl. ST7 und ST8). Somit wären etwa fünf Personen pro 1.000 Österreicher/innen in der Altersgruppe 15- bis 64-Jährige von dieser Problematik betroffen. Drei Viertel der betroffenen Personen sind männlich und 11 Prozent sind unter 25 Jahre alt (46 %: 25 bis 34 Jahre).

Abbildung 3.7 zeigt einen steilen Anstieg des risikoreichen Drogenkonsums Anfang der 2000er Jahre auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Seither schwanken die Werte um 30.000.

Betrachtet man die Entwicklung der Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums für Wien und für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich ein differenziertes Bild: Während für Wien die Werte

bis 2004 anstiegen und seither stagnieren, stiegen die Prävalenzen für Österreich ohne Wien weiter an und sind erst seit 2010 stabil. Während bis 2009 geschätzt wurde, dass Wien etwas mehr Personen mit risikoreichem Drogenkonsum aufweist als die anderen Bundesländer, wird ab dem Jahr 2009 die Prävalenz für Österreich ohne Wien höher geschätzt. Es dürfte sich dabei um das Phänomen der kontinuierlichen Angleichung des Ausmaßes des Drogenproblems zwischen ländlichen/kleinstädtischen Regionen und der Großstadt Wien handeln. Wien – als einzige Großstadt²⁷ Österreichs – ist vom Drogenproblem am stärksten betroffen.

Abbildung 3.7:
Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums unter Beteiligung von Opioiden
(in Absolutzahlen) für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien, im Zeitverlauf 1999–2015



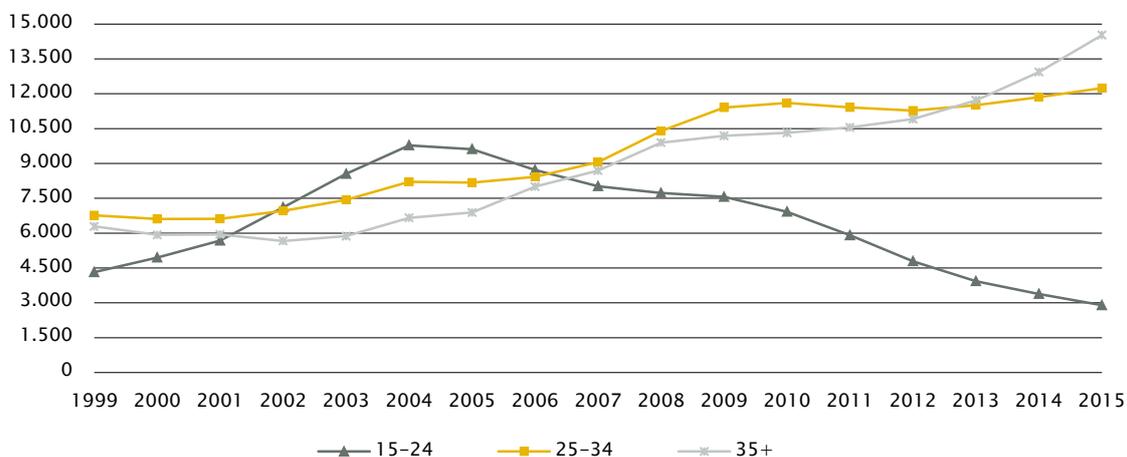
Für die Jahre 1999 bis 2014 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren herangezogen (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000), für das Jahr 2015 der Schätzwert für 2015.

Quelle: Prävalenzschätzung 2016, Busch et al 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

27

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

Abbildung 3.8:
 Prävalenzschätzung für risikoreichen Drogenkonsum inkl. Opioide (in Absolutzahlen), nach
 Altersgruppen, im Zeitverlauf 1999–2015



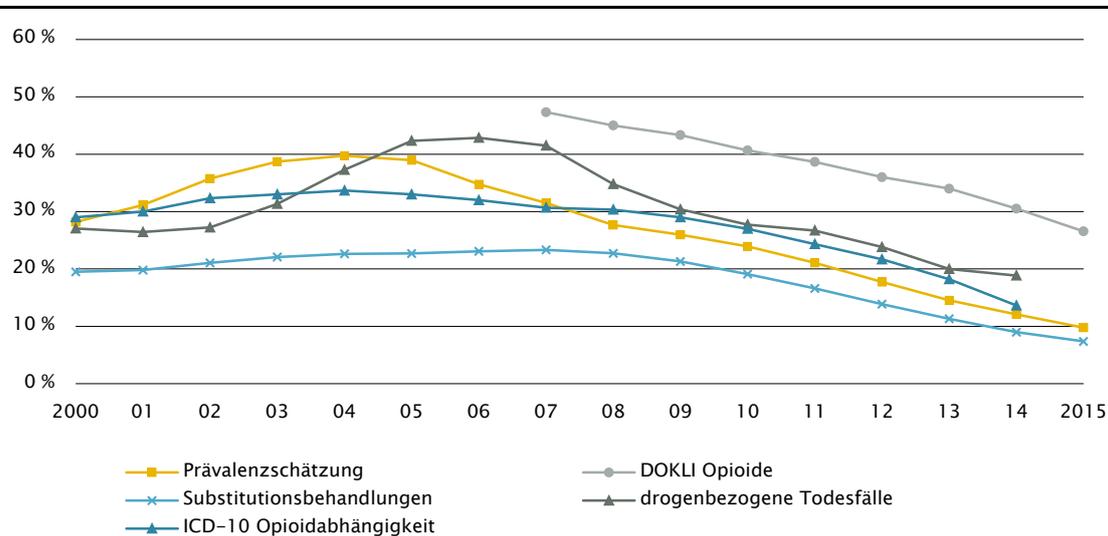
Für die Jahre 1999 bis 2015 wurde das „gleitende Mittel“ aus jeweils drei Jahren herangezogen (z. B. für 1999 der Mittelwert aus 1998 bis 2000), für das Jahr 2015 der Schätzwert für 2015.

Quelle: Prävalenzschätzung 2016, Busch et al 2014; Berechnung und Darstellung: GÖG

Einen vertiefenden Einblick in die Hintergründe der Prävalenz-Entwicklung von risikoreichem Drogenkonsum insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.8). Hier wird sichtbar, dass sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004 verdoppelt hat. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe aber wieder stark rückläufig (es gibt also weniger Einsteiger/innen). Mit der Alterung der Generation „Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum weiter kontinuierlich an.

Abbildung 3.9:

Anteil der unter 25-Jährigen an der Prävalenz von risikoreichem Drogenkonsum (in DOKLI, bei Substitutionsbehandlungen, bei Spitalsentlassungen und bei drogenbezogenen Todesfällen), Zeitreihe 2000–2015 (gleitender Mittelwert)



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

Quellen: Prävalenzschätzungen 2016, Busch et al. 2014, DOKLI, eSuchtmittel, Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der deutliche Rückgang der Anzahl junger Personen mit Opioid-Problematik lässt sich in allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.9) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Weitere Daten zu den Spitalsentlassungen mit opioidbezogenen Diagnosen finden sich in Tabelle A3. 3 und Tabelle A3. 4. Zum behandlungsrelevanten Konsum von Opioiden, der im Rahmen von amtsärztlichen Begutachtungen nach § 11 SMG festgestellt wurde, siehe auch Kapitel 2.

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

3.4.1.2 Risikoreiche Opioid-Konsummuster und Behandlung

Injizieren und andere Konsumformen

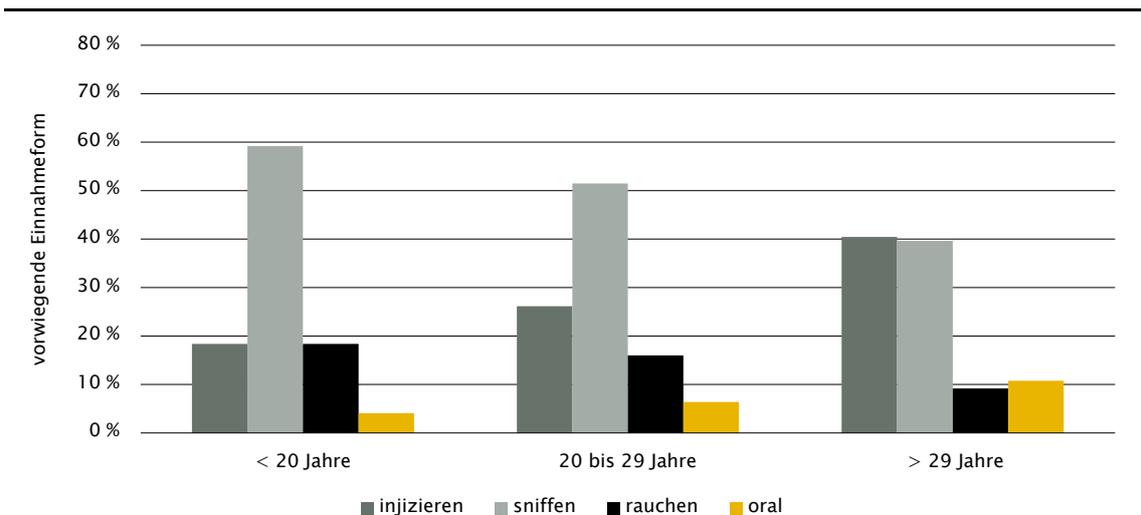
Aus epidemiologischen Gründen sind neben substanzspezifischen Prävalenzen (z. B. von Opiaten)

auch konsummusterspezifische Prävalenzen (z. B. injizierender Konsum) interessant. Zum injizierenden Drogenkonsum in Österreich existieren keine expliziten Schätzungen. Überträgt man die Anzahl der Personen mit Leitdroge Opiate aus dem DOKLI-System, die Injizieren als vorwiegende Einnahmeform angeben (40–50 %), auf alle Personen mit risikoreichem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 12.000 bis 17.000 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum in höherem Ausmaß als andere Drogenkonsumenten bzw. Drogenkonsumentinnen eine drogenspezifische Betreuung beginnen (schwere Drogenproblematik).

Anhand der DOKLI-Daten lässt sich auch 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 auf Injizieren umsteigen (Busch und Eggerth 2010).

Abbildung 3.10:

Heroin-Einnahmeform* von Personen, die im Jahr 2015 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Altersgruppen



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

Quelle: DOKLI Klientenjahrgang 2015

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.

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

3.4.2 Quellen und Methoden

Quellen

Daten zu Anzeigen nach dem Suchmittelgesetz: siehe Abschnitt 3.3.2

Daten aus dem Klientendokumentationssystem der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI): siehe Kapitel 5

Studien

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 den drogenbezogenen Todesfällen findet sich im „Epidemiologiebericht Drogen 2014“ (Busch et al. 2014). 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.

3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

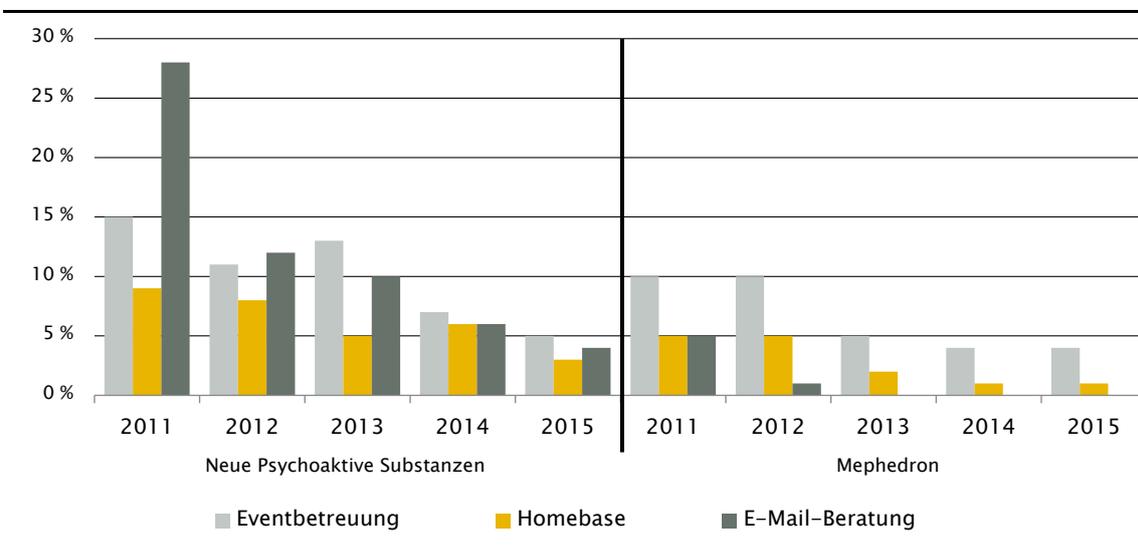
3.5.1 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere neue oder wenig verbreitete Drogen

Prävalenz und Trends bei NPS

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen wenige Anzeigen vor. Im Jahr 2015 gab es 48 diesbezügliche Anzeigen (2014: 113, 2013: 128, 2012: 93 – BMI 2016, vgl. auch Kapitel 7). Die wenigen verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung (Weigl et al. 2014). Laut aktuellsten Erhebungen 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).

Indirekte Informationen zu den konsumierten Substanzen im Party-Setting lassen sich daraus ableiten, was bei den Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisiert wurden.

Abbildung 3.11:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting, 2011 bis 2015



Quelle: SHW 2015d

Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder Ecstasy die am häufigsten thematisierten Substanzen im Party-Setting. Die Thematisierung von NPS nimmt über die Jahre kontinuierlich ab (vgl. Abbildung 3.11:). E-Mail-Beratungen, bei denen NPS thematisiert wurden, sind beispielsweise im Jahr 2015 auf 4 Prozent zurückgegangen (während sie im Jahr 2011 noch bei 28 Prozent lagen).

Auch Mephedron, das vor seiner Aufnahme in die Suchtgiftliste der Kategorie NPS zugezählt wurde, wird kaum mehr thematisiert. 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 eine Ausnahme darstellt und dass aufgrund der besseren Verfügbarkeit von MDMA und Amphetamin verstärkt auf diese Drogen zurückgegriffen wird (SHW 2016). Der Rückgang des Konsums von NPS zeigt sich auch bei den Beratungen von *MDA basecamp*. Im Jahr 2015 wurden solche Substanzen beispielsweise in den Beratungsgesprächen am *MDA basecamp*-Infostand auf diversen Partyveranstaltungen kaum thematisiert (Z6/Drogenarbeit 2016).

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) haben NPS in Österreich lediglich einmal in nennenswertem Umfang in den risikoreichen/problematischen Drogenkonsum Eingang gefunden. Es handelte sich dabei um Mephedron, das insbesondere in der Steiermark eine Zeit lang von Bedeutung war (GÖG/ÖBIG 2012).

Nach einigen Notfällen nach vermeintlichem Konsum von Cannabis wurde im Jahr 2015 in Tirol von *MDA basecamp* in einer Cannabis-Probe das synthetische Cannabinoid ADB-Fubinaca festgestellt (Z6/Drogenarbeit 2016). Eine entsprechende Warnung wurde über das *Österreichische Informations- und Frühwarnsystem* zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum ausgesendet.

3.5.2 Quellen und Methoden

Quellen

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 (Partys, Raves, Festivals etc.) an. Im Jahr 2015 verzeichnete *checkit!* 17 Eventbetreuungstage, rund 5.300 Informations- bzw. Beratungskontakte, mindestens 2.400 über Workshops erreichte Personen und 1.000 analysierte Proben (SHW 2015).

Beratungsgespräche von *MDA basecamp*

Das *MDA basecamp* ist mit einem Informationsstand ca. zwei bis drei Mal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet sekundärpräventive, schadensminimierende Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln. 2015 wurden auf diese Weise 27 Veranstaltungen betreut; insgesamt gab es 2015 7.022 Kontakte, 684 Informationsgespräche und 150 Beratungsgespräche.

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 Informationen zu NPS. Diese stammen im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK) bzw. dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES²⁸), das fallweise Analysen jener Substanzen durchführt, 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).

Studien

Es werden keine Studien zitiert.

3.6 Bibliographie

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.

BMI (2016). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

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

Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. (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.

Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016). Epidemiologiebericht Sucht. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak 2016. Wien.

28

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

- 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 (2013a). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien.

- GÖG/ÖBIG (2013b). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. 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.
- 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 (2016). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2015. 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.

Z6/Drogenarbeit (2016). Tätigkeitsbericht 2015. Innsbruck.

3.7 Anhang

Tabelle A3. 1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich, 2004 bis 2015

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				Alter	%
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14+	20,1
			Ecstasy	14+	3,0
			Amphetamin	14+	2,4
			Kokain	14+	2,3
			Opiate	14+	0,7
			biogene Drogen	14+	2,7
			LSD	14+	1,7
			Schnüffelstoffe	14+	2,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)	Cannabis	15-24	9,7
			Cannabis	15-24	13,0
			Cannabis	25-34	15,0
			Cannabis	35-44	10,1
			Cannabis	45-54	6,7
			Cannabis	55-64	2,8
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009b)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamin	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
			Schnüffelstoffe	14+	2
Wiener Suchtmittel-Monitoring (IFES 2009)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	4
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	3
			Drogenmonitoring Oberösterreich 2015 (Seyer et al. 2016)	Oberösterreich 2014/15 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 15-59 Jahre (n = 984)
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			
Kräutermischungen	15-59	2,1			
Badesalz	15-59	1,2			
biogene Drogen	15-59	2,5			
Wiener Suchtmittel-Monitoring (IFES 2011)	Wien 2011 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamin	15+	3
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	6
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	2

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A3. 1

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				15+	
Wiener Suchtmittel-Monitoring (IFES 2013)	Wien 2013 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	24
			Ecstasy	15+	4
			Amphetamin	15+	4
			Kokain	15+	5
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	7
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	4
Suchtmittel-Monitoring (IFES 2015)	Wien 2015 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 617)	Cannabis	15+	21
			Ecstasy	15+	6
			Amphetamin	15+	5
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	5
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	3
Bevölkerungsbefragung Österreich (Strizek et al. 2016a)	Österreich 2015 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung 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

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3. 2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2001 bis 2015

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				Alter	%
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	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 und Griebler 2007)	Österreich 2005/6 (Lebenszeit)	15-jährige Schülerin- nen und Schüler (n = 1.239)	Cannabis	15	14
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis	15-24	36,9
			Ecstasy	15-24	12,3
			Heroin	15-24	7,7
			Morphium	15-24	8,5
			Amphetamin	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe	15-24	16,5
			biogene Drogen	15-24	13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schüler/innen der 7. bis 13. Schul- stufe (n = 1.213)	Cannabis	12-19	11
			Ecstasy	12-19	2
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	2
			Speed	12-19	3
			Schnüffelstoffe	12-19	15
			biogene Drogen	12-19	4
ESPAD Österreich (Strizek et al. 2008)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schüler/innen im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis	15-16	18,0
			Ecstasy	15-16	3,4
			Kokain	15-16	3,2
			Crack	15-16	2,3
			Heroin	15-16	1,8
			Amphetamin	15-16	7,7
			GHB	15-16	2,3
			LSD	15-16	2,8
			Schnüffelstoffe	15-16	14,1
			Magic Mushrooms	15-16	4,1

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A3 .2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung (nach Alter)	
				Alter	%
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2010)	Oberösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 590)	Cannabis	15-24	26,2
			Ecstasy	15-24	4,7
			Heroin	15-24	2,1
			Morphium	15-24	1,7
			Amphetamin	15-24	5,1
			Kokain	15-24	2,6
			LSD	15-24	2,1
			Schnüffelstoffe	15-24	8,9
			biogene Drogen	15-24	1,3
Erhebung zum Suchtverhal- ten von Jugendlichen in Nie- derösterreich (Bittner et al. 2010)	Niederösterreich 2009 (Lebenszeit)	Jugendliche zwischen 13 und 18 Jahren (n = 722)	Cannabis	14-17	7
			Ecstasy	14-17	1
			Kokain	14-17	1
			Heroin	14-17	0
			Speed	14-17	1
			Schnüffelstoffe	14-17	1
			biogene Drogen	14-17	1
HBSC-Studie (Ramelow et al. 2011, Currie et al. 2012)	Österreich 2010 (Lebenszeit)	15- und 17- jährige Schüler/innen (n = 1.820 bzw. 1.490)	Cannabis	15	14
				17	27
Flash Eurobarometer Youth Attitudes on Drugs (Europäische Kommission 2011a und b)	Österreich 2011 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	18,1
Flash Eurobarometer Young People and Drugs (Europäische Kommission 2014a und b)	Österreich 2014 (Lebenszeit)	Jugendliche von 15 bis 24 (n = 501)	Cannabis	15-24	38
			NPS	15-24	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
(15- bis 64-Jährige in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Absolute Anzahl der Personen									
2004	40	605	40	29	7	16	8	4	266	1.678
2005	28	664	38	40	5	20	3	3	174	1.634
2006	30	607	37	41	4	10	5	5	149	1.749
2007	26	738	26	49	4	17	4	6	118	1.587
2008	37	842	29	47	9	17	8	5	128	1.560
2009	32	775	24	33	4	16	4	11	123	1.551
2010	25	706	41	45	8	11	23	15	122	1.512
2011	32	855	39	56	5	10	17	14	396	1.499
2012	21	940	33	57	7	16	18	16	530	1.378
2013	11	874	31	77	6	17	15	34	357	1.304
2014	14	1.193	64	100	3	10	16	18	368	927
Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Pro 100.000 15- bis 64-Jährige									
2004	0,7	10,9	0,7	0,5	0,1	0,3	0,1	0,1	4,8	30,2
2005	0,5	11,9	0,7	0,7	0,1	0,4	0,1	0,1	3,1	29,3
2006	0,5	10,9	0,7	0,7	0,1	0,2	0,1	0,1	2,7	31,3
2007	0,5	13,2	0,5	0,9	0,1	0,3	0,1	0,1	2,1	28,4
2008	0,7	15,0	0,5	0,8	0,2	0,3	0,1	0,1	2,3	27,8
2009	0,6	13,7	0,4	0,6	0,1	0,3	0,1	0,2	2,2	27,5
2010	0,4	12,5	0,7	0,8	0,1	0,2	0,4	0,3	2,2	26,7
2011	0,6	15,0	0,7	1,0	0,1	0,2	0,3	0,2	7,0	26,3
2012	0,4	16,5	0,6	1,0	0,1	0,3	0,3	0,3	9,3	24,2
2013	0,2	15,3	0,5	1,3	0,1	0,3	0,3	0,6	6,3	22,9
2014	0,2	20,8	1,1	1,7	0,1	0,2	0,3	0,3	6,4	16,2

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 (z. B. Amphetamin) – Schädlicher Gebrauch

F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein (z. B. Amphetamin) – 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.

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten;
Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3. 4:

Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 (Altersgruppe 15- bis 64-Jährige in Österreich, absolut und pro 100.000 Einwohner/innen)

Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Absolutanzahl der Personen									
2004	177	1.007	667	178	187	82	56	20	871	2.879
2005	160	1.118	647	211	156	101	58	15	678	2.823
2006	136	1.138	689	255	147	69	48	29	629	2.952
2007	132	1.303	684	317	137	115	54	23	603	2.755
2008	165	1.486	671	267	164	85	59	15	605	2.790
2009	190	1.534	812	262	154	66	45	28	605	2.729
2010	187	1.629	848	369	152	68	92	31	581	2.770
2011	183	1.617	935	412	154	97	94	44	903	2.869
2012	140	1.628	1.001	434	166	100	117	41	1.023	2.699
2013	152	1.654	1.182	615	213	121	169	105	776	2.475
2014	137	1.899	1.434	717	297	126	201	87	815	2.074
Diagnose	F11.1	F11.2	F12.1	F12.2	F14.1	F14.2	F15.1	F15.2	F19.1	F19.2
	Pro 100.000 15- bis 64-Jährige									
2004	3,2	18,1	12,0	3,2	3,4	1,5	1,0	0,4	15,7	51,9
2005	2,9	20,1	11,6	3,8	2,8	1,8	1,0	0,3	12,2	50,7
2006	2,4	20,4	12,3	4,6	2,6	1,2	0,9	0,5	11,3	52,9
2007	2,4	23,3	12,2	5,7	2,5	2,1	1,0	0,4	10,8	49,3
2008	2,9	26,5	11,9	4,8	2,9	1,5	1,1	0,3	10,8	49,7
2009	3,4	27,2	14,4	4,6	2,7	1,2	0,8	0,5	10,7	48,4
2010	3,3	28,8	15,0	6,5	2,7	1,2	1,6	0,5	10,3	49,0
2011	3,2	28,4	16,4	7,2	2,7	1,7	1,7	0,8	15,9	50,4
2012	2,5	28,6	17,6	7,6	2,9	1,8	2,1	0,7	18,0	47,4
2013	2,7	29,0	20,7	10,8	3,7	2,1	3,0	1,8	13,6	43,4
2014	2,4	33,1	25,0	12,5	5,2	2,2	3,5	1,5	14,2	36,2

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 (z. B. Amphetamin) – Schädlicher Gebrauch

F15.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien einschließlich Koffein (z. B. Amphetamin) – 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.

Quelle: BMG Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten; Berechnung und Darstellung: GÖG

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention	95
4.1	Zusammenfassung	95
4.2	Aktuelle Situation	96
4.2.1	Strategien und Organisation.....	96
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	101
4.2.2.1	Strukturelle Prävention	101
4.2.2.2	Universelle Suchtprävention	103
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	107
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	109
4.2.3	Qualitätssicherung	110
4.3	Trends.....	111
4.4	Neue Entwicklungen	112
4.5	Quellen und Methodik	116
4.6	Bibliographie	117
4.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	119
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	119
4.9	Anhang	120

4 Suchtprävention²⁹

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 von Kindern und Jugendlichen zu stärken. 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 einnehmen. 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 erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet, sondern beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Weiters bilden allgemein suchtpreventive Maßnahmen im Rahmen der universellen Prävention eine wichtige Basis für darauf aufbauende substanzspezifische Interventionen. Spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen bestehen auch zu legalen Substanzen.

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.

29

Suchtprävention bezieht sich in diesem Kapitel ausschließlich auf Suchtvorbeugung und inkludiert nicht z. B. tertiärpräventive Maßnahmen.

Neue Entwicklungen

Der Ausbau von Multiplikatorenschulungen steht im Vordergrund aktueller Bemühungen, d. h. der 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. *Eigenständig werden* oder *plus*, aber auch neue Angebote wie z. B. interkulturelle Workshops in Niederösterreich oder spielzeugfreie Kinderkrippen in der Steiermark. Von der Polizei wurde ebenfalls ein neues Programm erarbeitet, das im Jahr 2016 getestet wird. Neue Studien untersuchen die Themen „Suchtgefährdete Jugendliche und Arbeitsmarkt“ bzw. „Suchtverhalten und Migration“.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) sowie der neuen österreichischen Suchtpräventionsstrategie (vgl. Abschnitt 4.4) finden sich Ziele oder Leitsätze für den Bereich Suchtprävention. Darin wird zumeist betont, dass in der Suchtprävention ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale wie auch auf legale Substanzen und substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch Sekundärprävention bzw. 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 z. B. mit 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.

In den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden auch 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. Sehr häufig werden als prioritäre Maßnahmen auch 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 angesprochen.

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der neuen österreichischen Suchtpräventionsstrategie sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) sowie verschiedene strategische Dokumente (z. B. des Bildungsressorts) von Bedeutung. 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)³⁰. Auch die Grundsätze schulischer Suchtprävention³¹ sind von Relevanz.

Auf Ebene der Bundesländer gibt es ebenfalls strategische Dokumente, die sich auf Suchtprävention beziehen, z. B. die weiterhin umgesetzte Tabakpräventionsstrategie 2007–2010 der Steiermark³² oder die neue Tabakpräventionsstrategie Kärntens (die bis Juni 2017 umgesetzt werden soll; Drobesch–Binter, p. M.)³³. Im Zuge der Umsetzung dieser Strategien kommen neben spezifischen Maßnahmen auch substanzübergreifende Angebote zum Einsatz (z. B. feel-ok.at³⁴).

Schließlich ist auch das *Positionspapier Tabak* der ARGE Suchtvorbeugung (Österreichische ARGE Suchtvorbeugung 2014) von Bedeutung, das eine langfristige österreichweite Tabakstrategie, eingebettet in ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsförderung und Suchtprävention, einfordert. Als Vision wird *Nichtrauchen als Normalität* definiert – was mittlerweile Eingang in das Gesetz gefunden hat –, als Ziele werden Raucheinstieg verhindern, Rauchausstieg unterstützen und Nichtraucherschutz genannt. Das Positionspapier listet eine Vielfalt an Maßnahmen auf, die aus Sicht der ARGE Suchtvorbeugung sinnvoll sind und zur Senkung des Tabakkonsums beitragen können.

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Kapitel 1) eine zentrale Rolle spielen. 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 Fachstelle

30
Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/?L=0> (4.8.2016)

31
Siehe <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtpraevention/> (4.8.2016)

32
Siehe http://www.vivid.at/uploads/jahresberichte/Tabakpr%C3%A4ventionsstrategie2007_2010.pdf (26.7.2016)

33
Mehr unter <http://kaernten-rauchfrei.at/> (26.7.2016)

34
Mehr Information unter http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (4.8.2016)

im Burgenland dem PSD Burgenland zugeordnet ist und die Fachstelle für Suchtprävention NÖ Vereinsstatus hat, gehört die Landesstelle Suchtprävention Kärnten zur Abteilung 5 (Gesundheit und Pflege), Unterabteilung Prävention und Suchtkoordination des Amtes 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. Die Angebote der Fachstellen decken nicht nur unspezifische und spezifische Maßnahmen ab, sondern auch verschiedene Settings und Ansätze, meist zur universellen³⁵ und selektiven³⁶ Prävention. Maßnahmen zur indizierten Prävention³⁷ werden zwar auch von den Fachstellen konzipiert, die Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend durch Mitarbeiter/innen anderer Einrichtungen wie z. B. Drogenberatungsstellen oder Beschäftigungsangeboten. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

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. 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.

35

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 der Entwicklung eines Merkmals aufweisen.

36

Selektive Suchtprävention 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).

37

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines problematischen Verhaltens aufweisen und zwar noch nicht die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllen, aber aufgrund ihrer individuellen Situation einem besonders hohen Risiko unterliegen. 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.

Langjährige Erfahrungen mit solchen Kooperationen gibt es beispielsweise in Tirol (*Schulische Suchtinformation*)³⁸ und Oberösterreich (*Clever & Cool*)³⁹. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/innen spielen eine Rolle (vgl. Abschnitt 4.2.2), z. B. ist Styria Vitalis Träger des internetbasierten Präventionsprogrammes *feel-ok.at*. 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. Dies entspricht nicht dem Verständnis der professionellen Suchtprävention, kann jedoch nicht gänzlich verhindert werden.

Zur Koordination von österreichweiten Präventionsprogrammen sowie von Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung haben sich die Fachstellen zur *ARGE Suchtvorbeugung* zusammengeschlossen. Diese organisiert eine jährliche Fachtagung für ihre Mitarbeiter/innen, hat aber auch die Aufgabe, die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. Bundesdrogenforum, Alkoholforum) zu vertreten.

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*⁴⁰ oder regionale Arbeitskreise.

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. Auf Bundesebene besteht eine Finanzierungsmöglichkeit über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), diese bezieht sich jedoch vorwiegend auf 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

38

Mehr Information unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfor/ (4.8.2016)

39

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/clever-cool.html> (24.8.2016)

40

Mehr Informationen unter <http://www.akzente.net/fachbereiche/suchtpraevention/salzbuerger-praeventionsfruehstueck/> (4.8.2016)

werden Informationsmaterialien zum Thema „Suchtprävention in der Schule“ erarbeitet und aktualisiert (BMUKK 2012 und BMUKK 2007)⁴¹ 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), die nicht spezifisch auf Suchtprävention ausgerichtet sind und eher der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, werden vom Sozialministerium finanziert. Eine weitere, wenn auch geringe Rolle spielen andere Quellen, wie z. B. das BMGF, die *Eigenständig werden*-Privatstiftung oder Rotary Austria. Eine Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es nicht. Im Rahmen einer Studie wurde jedoch versucht, die öffentlichen Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention – und damit auch für Suchtvorbeugung – in Österreich zu erheben (vgl. Kapitel 1).

Schulische Programme wie *plus* oder *Eigenständig werden* 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. Beim Tiroler Angebot der *Schulischen Suchtinformation* beispielsweise werden Präventionsbeamte und Mitarbeiter/innen von kontakt+co in ihrer Arbeitszeit eingesetzt, nach einer Vereinbarung mit dem Landesschulrat fallen für die Schulen nur dann Kosten an, wenn von der Schule kein Dokumentationsblatt übermittelt wird⁴².

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 Förderrichtlinien⁴³ zu berücksichtigen).

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 Stabstelle für Spielschutz 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 *ARGE Suchtvorbeugung* zu finden. In der österreichischen Suchtpräventionsstrategie

41

Stehen online zur Verfügung unter <http://www.schulpsychologie.at/psychologische-gesundheitsfoerderung/suchtprevention/> (4.8.2016)

42

Mehr Information unter http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinfo/ (4.8.2016)

43

Die Förderrichtlinien sind nachzulesen unter <https://sdw.wien/de/ueber-uns/foerderungen/> (24.8.2016)

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 Präventionsmaßnahmen⁴⁴

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

Das unmittelbare Umfeld Jugendlicher hat Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit, psychoaktive Substanzen zu probieren und ggf. regelmäßig zu konsumieren. Es wird daher mit vielfältigsten 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 Aktivitäten werden als Verhältnisprävention bezeichnet und reichen von Maßnahmen zur Verringerung der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen zum Jugendschutz und zur Gesundheitsförderung⁴⁵ bis hin 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 Rahmen-Gesundheitszielen (BMG 2012), der Gesundheitsförderungsstrategie (BMG 2014) sowie der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie (BMG 2011) verankert (vgl. auch Kapitel 1).

Konkret gefördert wird dies z. B. durch Initiativen wie *Gesunde Schule*⁴⁶ oder *Gesunde Gemeinde* sowie das *Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung*. Auch die Initiative zur Förderung der Schulqualität in der Allgemeinbildung (SQA)⁴⁷ des Bildungsministeriums kann hier Einfluss ausüben, da als ein Qualitätsbereich der Lebensraum Klasse und Schule definiert wurde. Für den Qualitätsbereich Lernerfahrungen und Lernergebnissen ist definiert, dass sich dessen Qualität an den

44

Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

45

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>)

46

Siehe <http://www.gesundeschule.at/> (4.8.2016)

47

Siehe <http://www.sqa.at/> (13.7.2016)

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.

In diesem Zusammenhang sind auch sog. *Frühe Hilfen* relevant. *Frühe Hilfen*⁴⁸ bieten durch den Aufbau regionaler Frühe-Hilfen-Netzwerke geeignete Strukturen, die wiederum eine – im Sinne eines indizierten Angebots – passgenaue und frühzeitige Unterstützung von Schwangeren und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern ermöglichen sollen. Frühe Hilfen integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte, sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie zu verstehen, enthalten aber auch Elemente der indizierten Prävention. Der Fokus liegt nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtblastete Familien sind jedoch eine Zielgruppe von *Frühen Hilfen*.

Weitere 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). Jugendcoaches nehmen beispielsweise in Wien an Fortbildungen zum Thema „Cannabis, Glücksspiel & Co.“ teil (SDW 2015). Zu erwähnen sind auch die zunehmend umgesetzten *Jugendgesundheitskonferenzen*⁴⁹, bei denen die im Vorfeld von den Jugendlichen durchgeführten Projekte und dabei erarbeitete Vorschläge rund um das Thema Gesundheit präsentiert werden.

Hinsichtlich struktureller Maßnahmen mit Bezug auf Jugendschutz, Alkohol und Tabak sei auf die aktuellen Landesgesetze verwiesen. Die Veränderung sozialer Normen steht im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des aktuellen Trends hin zum Nichtrauchen und die Sensibilisierung von Erwachsenen hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. Zur Unterstützung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren bietet z. B. VIVID⁵⁰ Weiterbildungen zum Thema Rauchen für verschiedenste Gesundheitsberufe an.

48

Mehr Information unter <http://fruehehilfen.at/> (4.8.2016)

49

Diese werden als ein Schwerpunkt der Vorsorgestrategie 2015/2016 mit dem Ziel der Förderung der Gesundheitskompetenz von Jugendlichen von der Bundesgesundheitsagentur gefördert. Mehr Information unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitsfoerderung_Praevention/Vorsorgemittel/Projekte_im_Zeit-raum_2015_bis_2016 (4.8.2016)

50

Mehr Information unter <http://www.vivid.at/angebot/gesundheitsberufe/> (4.8.2016)

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele 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 von Lebenskompetenzen bei Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik, aber auch – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Peer Education wird v. a. bei Maßnahmen zum Thema Alkohol eingesetzt (z. B. *Party Fit!* in Wien⁵¹ oder *Peer drive clean* in oberösterreichischen Fahrschulen), ist aber oft auch substanzübergreifend ausgerichtet (z. B. das oberösterreichische Projekt *Peer Education*⁵²).

Genderspezifische Ansätze werden v. a. beim Thema Essstörungen berücksichtigt, aber auch zu anderen Suchtthemen werden häufig nach Geschlechtern getrennte Workshops durchgeführt. 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. In Niederösterreich gibt es ein substanzübergreifendes Angebot, das sich nur an Schüler richtet (*Männer Leben Anders*) und in interaktiven Workshops u. a. die Auseinandersetzung mit dem männlichen Rollenbild fördern möchte (Weissensteiner p. M.).

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 (z. B. im Rahmen des Vorarlberger Projekts *REFLECT AND ACT! 2.0*⁵³).

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen (*Eigenständig werden*⁵⁴ und *plus*⁵⁵; vgl. Tabelle A4. 1, Tabelle A4. 2: und Weigl et al. 2014) gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten,

51

Mehr Information unter <http://www.partyfit.at/> (4.8.2016)

52

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/schule/schul-und-klassenprojekte/peer-education.html> (24.8.2016)

53

Mehr Information unter <http://www.supro.at/projekte/reflect-and-act/> (4.8.2016)

54

Mehr Information unter <http://www.eigenstaendig.net/> (4.8.2016)

55

Mehr Information unter <http://www.suchtvorbeugung.net/plus/> (4.8.2016)

die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt, weiterentwickelt und auf andere Bundesländer ausgeweitet werden. 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 in diesem Bericht jedoch nur einige ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**. Präventionsmaßnahmen 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. Ziele sind generell eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie die Stärkung der Lebenskompetenzen bei 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.

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*⁵⁶ eingesetzt. Nach einer zweiteiligen Fortbildung für Lehrer/innen werden ein Elternabend und anschließend ein Aktionstag an der Schule durchgeführt. *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 OÖ, dem Jugend-service des Landes OÖ 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.

Auch Theater- und Erlebnispädagogik wird gerne eingesetzt, vor allem substanzübergreifend (z. B. in Wien unter dem Titel *GrenzGang*⁵⁷ als Outdoor-Tag oder Outdoor-Woche für die 8. bis 13. Schulstufe oder in Niederösterreich das Mitspieltheater *Treffpunkt ICH* für Volksschulen) oder

56

Mehr Information unter <http://www.suchtpraevention-noe.at/de/index.php?nav=41&id=1002> (4.8.2016)

57

Mehr Information unter <https://sdw.wien/de/praevention/schule-und-kindergarten/#grenzgang> (24.8.2016)

zum Thema Alkohol (z. B. in Wien unter dem Titel *Fetter Auftritt – Forumtheater zur Alkoholsuchtprävention*⁵⁸ u. a. für Schüler/innen und Lehrlinge sowie in Kärnten als Klassenzimmertheater *Immer und überall* für Schüler/innen ab der 8. Schulstufe). Beide 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.

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 ist ein wesentlicher Bestandteil dieser Fortbildungen, aber auch die Auseinandersetzung mit den persönlichen Einstellungen und Rollenbildern (z. B. Fortbildungsreihe *Suchtprävention im Kindesalter* von VIVID). 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 auch im Kindergarten Theaterpädagogik eingesetzt (*Schmetterling & Pandabär*).

Viele Maßnahmen setzen direkt an den Erziehungskompetenzen 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. Das *Elterncafé* von VIVID 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.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen größtenteils darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung, Reflexion und Handlungsanleitungen für die Verantwortlichen oder Bezugspersonen in Betrieben und Lehrlingshäusern sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. 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 suchtgefährdeten Erwachsenen im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier 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 die Jugendlichen durchgeführt werden (Stiftung Maria Ebene 2015).

58

Mehr Information unter <https://sdw.wien/de/praevention/schule-und-kindergarten/#fetterauftritt> (24.8.2016)

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 sowohl an Jugendliche im Setting Schule als auch in der außerschulischen Jugendarbeit. Der Kärntner Lehrgang "Jugend und Sucht" beispielsweise ist berufsübergreifend konzipiert und adressieren 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 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*⁵⁹ Gemeinden bei der Planung und Umsetzung von suchtpreventiven Maßnahmen unterstützt werden.

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.

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 Wien werden dazu sowohl Basis- als auch Vertiefungsschulungen angeboten, in denen theoretische Grundlagen vermittelt und anhand von praktischen Übungen und konkreten Beispielen Handlungskompetenzen gefestigt werden können⁶⁰. Der Fokus liegt jedoch auf einer Sensibilisierung der Fachpersonen in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen, da diese aufgrund des Vertrauensverhältnisses betroffene Kinder besonders gut unterstützen können. Direkt an betroffene Kinder (6- bis 12-Jährige) richtet sich z. B. das von der Beratungsstelle *Clean* (Vorarlberg) umgesetzte Projekt *Trampolin*⁶¹. In einer kostenlosen tiergestützten Kindergruppe wird im Lauf von zehn Einheiten ein Verständnis zur Wirkung von Alkohol und Drogen vermittelt, im Vordergrund steht aber der Austausch mit anderen betroffenen Kindern sowie das Stärken ihres Selbstbewusstseins und ihr Umgang mit schwierigen Situationen.

Etlliche bereits etablierte und weiterhin umgesetzte Präventionsmaßnahmen zielen auf **Jugendliche** in besonderen Settings, wie z. B. in **sozialpädagogischen Einrichtungen, arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen/Maßnahmen** und **Beschäftigungsprojekten**, ab. 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 sowohl einen Lehrgang und eine Weiterbildung zum Thema Suchtvorbeugung als auch individuelle fachliche Beratung⁶² 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.

In den oben genannten Settings sind häufig auch Jugendliche anzutreffen, die u. a. aufgrund der schwierigen Lebensphase bereits experimentell oder womöglich schon risikoreich konsumieren. Daher ist ein Ziel ggf. auch die Reduktion des Konsums legaler Substanzen (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

60

Mehr Information unter <http://sdw.wien/ueber-uns/suchtprevention/arbeitsbereiche/projekte-zur-suchtprevention-mit-kindern-und-familien/> (4.8.2016)

61

Mehr Informationen unter <http://clean.mariaebene.at/programm-trampolin/> (20.7.2016)

62

Mehr Information unter <http://www.vivid.at/angebot/jugendqualifizierung-und--beschaeftigung/> (4.8.2016)

auch Übungen aus der Outdoorpädagogik und zur Entspannung und Körperwahrnehmung eingesetzt werden.

Im **Freizeitbereich** liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. Besonderen Stellenwert nimmt hier *checkit!* im Raum Wien ein, das einerseits ein wissenschaftliches Projekt ist, andererseits aber auch Substanz-Testungen („Drug checking“⁶³) 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*⁶⁴) und in Vorarlberg (*taktisch klug*⁶⁵, dort aber ohne Substanz-Testung).

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 es, 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 **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. Beispiele für solche selektive Projekte sind *Mamma Mia* (Oberösterreich)⁶⁶ und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁶⁷. Deren Ziele, die Förderung der sozialen Vernetzung und die Stärkung der Elternkompetenzen, sollen mit Hilfe von informellen und durch geschulte Moderatorinnen und Moderatoren mit Migrationshintergrund moderierten Gesprächsrunden in den Communities erreicht werden. Einen anderen Weg verfolgt die Fachstelle für Suchtprävention NÖ, die mehrsprachige Personen mit Migrationshintergrund in einem Lehrgang zur interkulturellen Suchtprävention als Referentinnen und Referenten schult und

63

Unter „Drug Checking“ ist ein integrierter Ansatz zu verstehen, der die Analyse von Substanzen mit Beratung verknüpft (TED1 2011). Mehr Information zur Methode des „Drug Checking“ unter: <http://www.checkyourdrugs.at/drug-checking-2/> (4.8.2016).

64

Mehr Information unter <http://www.drogenarbeit6.at/mda.html> (4.8.2016)

65

Mehr Information unter <http://www.taktischklug.at/index.php/begleiten> (4.8.2016)

66

Mehr Information unter <http://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech.html> (24.8.2016)

67

Mehr Information unter <http://www.supro.at/home/eltern/eltern-chat/> (4.8.2016)

anschließend in interkulturellen Projekten in der offenen Jugendarbeit, im Schulbereich und in der Elternbildung einsetzt (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016).

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 und 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 bei (riskant) konsumierenden Jugendlichen angeboten (vgl. auch Tab. A4. 3).

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 das Programm in den einzelnen Bundesländern an die regionalen Erfordernisse angepasst und zum Teil auch unter anderen Namen angeboten (vgl. Tab. A4. 4). Neben der Schulung von Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben, wird auch auf anderen Ebenen das Bewusstsein für Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer standardisierten Vorgehensweise gefördert. Spezielle Tools werden entwickelt, die Schlüsselkräften konkrete Handlungsanleitungen geben (z. B. in OÖ die Website *STEPCHECK*⁶⁸). In Kärnten können risikogefährdete Jugendliche im Sinne des § 13 SMG an das Projekt *Way out* vermittelt werden, wo ihnen im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen aufgezeigt und ihre psychosozialen Kompetenzen gestärkt werden. Auch in Tirol liegt der Fokus auf Frühintervention und nicht Früherkennung, somit werden dort keine Schulungen von Lehrerinnen und Lehrern umgesetzt. Für die Frühintervention durch Schulleitung, Schulpsychologie und fallweise Suchtberatung gibt es einen eigenen Handlungsleitfaden.

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 in Vorarlberg (als Teil von *ZOOM*) in der Präventionsarbeit mit Jugendlichen in arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen und Beschäftigungsprojekten eingesetzt wird, basiert auf gesundheitspsychologischen Grundsätzen und möchte im Gruppensetting (6–10 Jugendliche) in acht dreistündigen Terminen leicht erlernbare Techniken

68

Die Website wurde vom Institut *Suchtprävention* gemeinsam mit der AUVA Landesstelle Linz entwickelt. Mehr Information unter www.stepcheck.at (13.7.2016)

zur Selbstwahrnehmung und Gefühlsregulierung vermitteln und damit die Selbstregulationsfähigkeit und das Selbstvertrauen der Jugendlichen fördern. Die Teilnehmer/innen werden individuell aufgrund ihres erhöhten Gefährdungspotenzials ausgewählt (vgl. GÖG/ÖBIG 2013).

Das Kärntner Projekt *Grenzwert*⁶⁹ 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 und Handlungsmöglichkeiten für den Umgang mit Gruppendruck besprochen. Seit 2016 richtet sich das Projekt auch an Jugendliche, die aufgrund einer Intoxikation durch andere Substanzen eingeliefert werden.

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 Weiterbildungsmaßnahmen, die teilweise die Voraussetzung für die Mitarbeit in den jeweiligen Fachstellen darstellen, tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Dazu 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 pro mente Oberösterreich 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. zum Thema "Suchtprävention in Schulen" der Pädagogischen Hochschule in Niederösterreich, der Lehrgang zur Ausbildung von Koordinatoren/Koordinatorinnen für Suchtprävention an Schulen in Oberösterreich (3 Semester, 100 UE);
- » die jährlichen 2-tägigen *Prägend*-Weiterbildungsveranstaltungen des Instituts Suchtprävention pro mente Oberösterreich für Mitarbeiter/innen der Polizei in Oberösterreich (Institut Suchtprävention 2015a);
- » der Lehrgang "Jugend & Sucht" der Landesstelle Suchtprävention für Kärnten, der sich u. a. an Mitarbeiter/innen aus Jugendwohngemeinschaften richtet;
- » der Lehrgang „Suchtprävention in Jugendausbildung und -beschäftigung“ in der Steiermark (7 Module mit insgesamt 76 Stunden).

69

Mehr Information unter <http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/Default.aspx?Slid=106> (4.8.2016)

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

Auch die jährliche Fachtagung der ARGE Suchtvorbeugung ist hier zu erwähnen, die im Jahr 2015 den Titel "Brennpunkt Trauma und Suchtprävention" trug und grundsätzlich der Auseinandersetzung mit aktuellen Themen dient. Des Weiteren ist die ARGE Suchtvorbeugung mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht.

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 in der primären Suchtprävention" der 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.

Das Institut Suchtprävention (OÖ) war in den Jahren 2013–2015 an der Überprüfung der Europäischen Qualitätsstandards für Suchtvorbeugung (EDPQS⁷⁰) sowie der Entwicklung von Materialien zur Förderung der Umsetzung beteiligt. Wie ein Transfer bzw. eine Adaption für Österreich unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen aussehen kann, ist derzeit Gegenstand von Überlegungen der ARGE Suchtvorbeugung und soll im Jahr 2017 auch bei der jährlichen Fachtagung thematisiert werden (Schmidbauer p. M.).

Evaluierungen von suchtpreventiven Maßnahmen finden vor allem in Pilotphasen von neuen Projekten statt, werden aber nicht systematisch eingesetzt. Dies hängt einerseits mit finanziellen Hürden zusammen, wird aber auch damit begründet, dass meist bereits evaluierte und bewährte Methoden eingesetzt werden und somit ein gutes Monitoring und fallweise Prozessevaluation ausreichend sind. Evaluationsberichte zu österreichischen Projekten sind teilweise auf den Websites der Fachstellen oder des FGÖ zu finden, wurden aber auch für die EDDRA-Datenbank⁷¹ der EBDD aufbereitet und zur Verfügung gestellt.

4.3 Trends

Ein Schwerpunkt der suchtpreventiven Aktivitäten in Österreich liegt schon lange auf dem Bereich der legalen Substanzen; diese Tendenz hat sich in den letzten zehn Jahren noch verstärkt. Spezi-

70

Zu finden unter <http://prevention-standards.eu/> (26.7.2016)

71

Zu finden unter <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples> (26.7.2016)

fische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen spielen inzwischen eine eher untergeordnete Rolle. Das ist darauf zurückzuführen, dass Suchtprävention zunehmend auf die tatsächliche Bedeutung der verschiedenen Suchtformen in der Gesellschaft bzw. bei Jugendlichen ausgerichtet wird, wie sie sich in den Prävalenzzahlen niederschlägt (vgl. Kapitel 3). Einen wesentlichen Einfluss haben aber auch zunehmend knappere Ressourcen. Zugleich wird das Spektrum der Aktivitäten entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff 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 der 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 und Salzburg).

Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren werden nach wie vor ausgebaut und dabei weitere Berufsgruppen angesprochen (z. B. im Rahmen von *movin'* bzw. *MOVE*). Wie bereits in den Vorjahren sollen in einigen Bundesländern verstärkt Maßnahmen zur selektiven Prävention entwickelt oder ausgebaut werden, wobei auch hier substanzübergreifende Aktivitäten bzw. Aktivitäten zu legalen Substanzen einen hohen Stellenwert haben (z. B. Salzburg und Tirol). Angebote im Partysetting, die einen kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bewirken wollen, werden ebenfalls sukzessive auf- und ausgebaut.

Gemeindeorientierte Suchtprävention nimmt ebenfalls kontinuierlich zu, wobei auch hier kein spezifischer Fokus auf illegalen Substanzen liegt. Beispielsweise wurde im Pielachtal/Niederösterreich Suchtprävention in einer Kleinregion-Strategie 2013–2015 verankert; seither erstellen drei Gemeindeteams Maßnahmenpakete zu verschiedenen Themen (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2015). Digital Storytelling nimmt als Methode zur Umsetzung von Suchtprävention (neben der Förderung von Medienkompetenz) einen immer größeren Stellenwert ein.

4.4 Neue Entwicklungen

Die neue **österreichische Suchtpräventionsstrategie** sieht suchtpreventive Maßnahmen als integrativen Bestandteil einer umfassenden Gesundheitsförderung. Als Orientierung dienen – neben dem partizipativ-emanzipatorischen Menschenbild der Gesundheitsförderung – wissenschaftliche Theorien, empirische Forschung und Erfahrungen aus der Praxis. Die Bedeutung von Qualitätssicherung und einer guten Ausbildung von Präventionsfachleuten wird ebenso hervorgehoben wie die Ausgewogenheit von Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention. Als Ziel für die Suchtprävention wird folgendes formuliert:

- » Rahmenbedingungen sind so zu gestalten, dass eine gesunde Entwicklung ohne Auftreten von Suchterkrankung möglich wird.
- » Kinder und Jugendliche sind dazu zu ermutigen, bei Problemen Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.
- » Auf Kinder bzw. Gruppen mit erhöhtem Risiko für eine Suchterkrankung ist besonderes Augenmerk zu legen.
- » Auch erwachsene Personen sind mittels passender Maßnahmen zu erreichen.

Dies soll mit Hilfe von Lebens- und Risikokompetenz-Ansätzen, Früherkennung und Frühintervention sowie der Verbreitung von sachlichen, fundierten und sensibel aufbereiteten Informationen gelingen. Eine wichtige Rolle wird den Fachstellen für Suchtprävention zugeschrieben, mit denen Präventionsaktivitäten abgestimmt werden sollten.

Die neue Suchtstrategie für Niederösterreich sieht hinsichtlich der in Kapitel 1 beschriebenen Ziele u. a. folgende Maßnahmen vor:

- » Verstärkte Umsetzung von Lebenskompetenzförderung durch Multiplikatorinnen und Multiplikatoren in Kindergarten, Schule, Jugendarbeit, Familie etc.
- » Flächendeckender Ausbau bestehender Lebenskompetenzprogramme im Pflichtschulbereich
- » Unterstützung der regionalen Frühen Hilfen bei suchtspezifischen Fragestellungen
- » Fortführung des Projektes ENCARE
- » Einführung von Gesundheits-Checks für erwerbstätige Jugendliche, die verstärkt auf Prävention setzen
- » Umsetzung spezifischer Maßnahmen für spezifische Substanzen und bestimmte Zielgruppen
- » Umsetzung kriminalpräventiver Maßnahmen
- » Adaption bestehender Angebote hinsichtlich Interkulturalität und Diversität, aber auch Entwicklung neuer Angebote für neue Zielgruppen sowie Verstärkung der Vernetzung mit relevanten Fachabteilungen und Vereinen

Die **Tabakpräventionsinitiative** (TPI) des Gesundheitsministeriums, die in Zusammenarbeit mit dem FGÖ umgesetzt wird, besteht aus verschiedenen Modulen (u. a. Umsetzung von *plus* – vgl. Tabelle A4. 2) und richtet sich an die Zielgruppe der 10- bis 14-Jährigen. Die TPI wurde evaluiert, wobei im vorliegenden Bericht nur auf die Ergebnisse zu *plus* eingegangen wird. Diese Ergebnisse wiederum beziehen sich nicht nur auf die Umsetzung an 62 Schulen im Rahmen der TPI, da das Programm von etlichen Schulen (27) bzw. Lehrerinnen und Lehrern auch schon vorher umgesetzt wurde (I.S.O. 2016). Die Rückmeldungen der *plus*-Trainer/innen waren insgesamt sehr positiv, hervorgehoben wurde z. B. der Aufbau des Programms, die alters- und zielgruppengerechte Gestaltung des Materials und die Durchführbarkeit der Übungen. Kritisch wurde angemerkt, dass manches Material sprachlich einfacher gestaltet werden sollte und den Lehrerinnen und Lehrern seitens der Schulen mehr zeitliche Ressourcen für die Umsetzung von *plus* zur Verfügung gestellt werden müssten. Die TPI wird aufgrund des positiven Feedbacks im Jahr 2016 fortgesetzt.

Im Berichtszeitraum wurden wieder **neue Programme** entwickelt. Vom BMI wurde ein neues Konzept entwickelt, mit dem ab 2016 die Präventionsarbeit der Polizei verstärkt werden soll (BMI 2016). Unter dem Namen *Look@your.Life* werden Workshops für 13- bis 14-jährige Schüler/innen, Elternabende sowie Informationsveranstaltungen für Lehrer/innen angeboten. Eine Pilotphase ist bis Juni 2017 vorgesehen.

In Niederösterreich wurden im Jahr 2015 die ersten interkulturellen Projekte umgesetzt, die zunächst v. a. in türkischsprachigen Informationsveranstaltungen zum Thema Suchtprävention bestanden, wobei aber auch praktische Tipps für den Erziehungsalltag vermittelt wurden (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016). Seit 2016 werden moderierte Elterngruppen zum Thema Suchtprävention in verschiedenen Sprachen angeboten (Deutsch, Türkisch, Bosnisch/Kroatisch/Serbisch

und Polnisch), in denen u. a. die Relativierung von Problemen und der Austausch mit anderen Eltern im Mittelpunkt stehen.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge 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. Die Erfahrungen des Vereins Dialog mit spezifischen Workshops zeigen, wie schwierig es unter den gegebenen Umständen ist, die Jugendlichen zu erreichen und Vertrauen so aufzubauen, dass über das Thema Substanzkonsum gesprochen werden kann (Verein Dialog 2016).

Weitere neue Maßnahmen in den Bundesländern:

- » Früherkennung und -intervention sind Ziel eines Pilotprojektes der Beratungsstelle Z6 (Innsbruck), das durch Teamcoaching die Kompetenz von Betreuern/Betreuerinnen aus Jugendwohneinrichtungen anhand von Fallbeispielen und der Erarbeitung konkreter Maßnahmen im Umgang mit konsumierenden Jugendlichen stärken möchte (Z6 2016).
- » In der Steiermark werden seit Herbst 2015 Kleinkindpädagoginnen und -pädagogen bei der Planung, Durchführung und Nachbereitung der *spielzeugfreien Kinderkrippe* (über drei Monate) unterstützt. Wie im spielzeugfreien Kindergarten sollen sie vor allem als Beobachter/innen und Begleiter/innen agieren und die Initiative für neue Spielideen den Kindern überlassen. Damit soll ein neuer Spiel- und Erfahrungsraum für die Kinder geschaffen werden.
- » Der neue Kärntner Lehrgang für Pädagoginnen und Pädagogen, die Schüler/innen mit multiplen Problemen in sogenannten *Time-out*-Gruppen betreuen, wurde im Berichtszeitraum erstmalig umgesetzt (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2015).

Des Weiteren wurden die bestehenden und **österreichweit eingesetzten Programme** (vgl. auch Tabellen im Anhang) **weiterentwickelt**:

- » Von der *Eigenständig werden*-Privatstiftung wurde im Jahr 2015 ein Zusatzmodul zum Thema Gewaltprävention entwickelt und getestet (akzente Fachstelle Suchtprävention 2016).
- » In Tirol wurde mit *pluspunkt* ein Anschlussprogramm zu *Eigenständig werden* und *plus* für die 9. Schulstufe entwickelt. Diese ist als alltagsnahes Live-Rollen-/Szenario-Spiel aufgebaut und stellt das soziale Lernen bzw. die Förderung von Hilfsbereitschaft (im Sinne von anderen gut zu helfen, sich selbst zu behelfen, selbst rechtzeitig Hilfe anzunehmen und auch die Grenzen der eigenen Helfermöglichkeit zu erkennen) in den Mittelpunkt. Aus acht Szenarien werden mindestens vier ausgewählt und durchgespielt. Im Jahr 2016 ist ein Pilotdurchgang geplant.
- » In Wien werden seit 2015 die Weiterbildungen „MOVE – Motivierende Kurzintervention bei Eltern im Elementarbereich“ und „Schul-MOVE-Eltern“ für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen sowie Lehrer/innen angeboten, um mit Hilfe dieser Methode Eltern und Erziehungsberechtigte zur Reflexion und Veränderung ihres Erziehungsverhaltens anzuregen (Suchthilfe Wien 2016). Zusätzlich gibt es mit „MOVE – Motivierende Kurzintervention am

Arbeitsplatz“ ein Angebot für Personalverantwortliche zur Förderung einer geeigneten Gesprächshaltung insbesondere für die Kommunikation mit Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen über deren Suchtverhalten.

- » Im Rahmen des EU-Projektes *Click for Support* wurden in Oberösterreich neue Leitlinien für effektive web-basierte Interventionen der selektiven Suchtprävention erarbeitet (Institut Suchtprävention 2015b). Diese basieren auf Rückmeldungen von Jugendlichen mit Konsum Erfahrungen von psychoaktiven Substanzen zu bereits bestehenden web-basierten Angeboten und auf den Ergebnissen einer Delphi-Studie. Sie sollen dazu beitragen, digital vernetzte Medien stärker zu nutzen, um relevante Informationen, aber auch Programme mit individuellem Feedback zum Konsumverhalten für Jugendliche bereitzustellen.

Darüber hinaus wurden im Berichtszeitraum auch **neue Studien** veröffentlicht. Die Studie „Suchtgefährdete Jugendliche und Arbeitsmarkt“ (Horvath et al. 2016) hat die Wechselwirkungen zwischen Arbeitsmarktintegration bzw. Verbleib im Ausbildungssystem und problematischem Substanzkonsum von Jugendlichen / jungen Erwachsenen (15- bis 24-Jährige) untersucht und Handlungsempfehlungen abgeleitet. Während die Jüngeren oftmals kumulative Probleme in Kombination mit mangelnder familiärer Unterstützung aufweisen und ihr Verbleib in den (Aus-) Bildungsstrukturen sowie das Reflektieren der riskanten Verhaltensweisen im Vordergrund der Bemühungen stehen, sind die Älteren in stärkerem Maß von Arbeitslosigkeit und behandlungsrelevanten Folgen des Substanzkonsums betroffen. Die Empfehlungen reichen von einer verstärkten Nutzung von digitalen sozialen Medien und Peer-Ansätzen, um die Betroffenen zu erreichen, über einen flexibleren und situationsbezogenen Umgang mit Altersgrenzen bei Unterstützungsangeboten für suchtgefährdete Jugendliche bis zur Förderung von interdisziplinärem fachlichen Austausch.

Eine Studie zum Thema „Suchtverhalten und Migration“ (Rössl 2015) setzt sich mit der gegenwärtigen Praxis der Suchtprävention in Österreich und deren Relevanz für suchtgefährdete Personen mit Migrationshintergrund auseinander. Zu den daraus abgeleiteten Empfehlungen gehören:

- » Möglichst niederschwelliger Zugang zu Informationen, inklusive mehrsprachiges Material, und die Nutzung von (neuen) Medien
- » Möglichst früh ansetzende Förderung von Kompetenzen (mit Hilfe von interaktiven Methoden wie z. B. der Theaterpädagogik)
- » Gezielte Aus- und Weiterbildung und damit Förderung von interkulturellen Kompetenzen bei Akteurinnen und Akteuren in der Präventionsarbeit
- » Professionalisierung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern mit entsprechendem Hintergrundwissen (als Beispiel werden die in Deutschland eingesetzten Gemeindedolmetscher/innen genannt, die speziell geschult sind, um im Sozial- und Gesundheitsbereich zu übersetzen) v. a. für Früherkennung und -intervention
- » Förderung der Inanspruchnahme von Psychotherapie durch eine Erleichterung des Zugangs
- » Verstärkter Einsatz von aufsuchenden und familienintegrierenden Angeboten (z. B. Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus der Community)
- » Spezifische Maßnahmen für die besonders vulnerable Gruppe der Asylwerber/innen, die sich in schwierigen Lebensumständen befinden und häufig Trauma-Erfahrungen mitbringen

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Fachstellen für Suchtprävention, der ARGE Suchtvorbeugung⁷², des Bildungsressorts (BMBF) und des FGÖ sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im *Best practice portal* der EMCDDA⁷³. Aus der Fülle der Präventionsmaßnahmen, die in Österreich umgesetzt werden, konnten nur einige als Beispiele herausgegriffen werden. Dafür wurden v. a. jene Projekte ausgewählt, die zumindest bundeslandweit oder als Pilotprojekt umgesetzt werden. Um die verschiedenen Ansätze in der Praxis herauszustreichen, werden auch vereinzelt Maßnahmen erwähnt, die speziell auf legale Suchtmittel oder substanzungebundenes Suchtverhalten ausgerichtet sind.

Studien

Die Evaluierung der Tabakpräventionsinitiative (TPI) wurde vom Institut für systemische Organisationsforschung (I.S.O.) im Auftrag des FGÖ durchgeführt und nützt ein breites Spektrum an Methoden. Für die Teilevaluation zur Umsetzung von *plus* im Rahmen der TPI wurden ein einheitliches Dokumentationssystem erstellt, eine Online-Befragung von Trainerinnen und Trainern (N = 17) sowie Lehrerinnen und Lehrern (N = 25) durchgeführt sowie 17 Telefoninterviews mit den verantwortlichen Personen aus den Fachstellen geführt. Die Wirkung von *plus* bei den Schülerinnen und Schülern wurde nicht untersucht, da dazu bereits eine ausführliche Evaluation vorliegt. Die Schulen, die *plus* im Rahmen der TPI umgesetzt haben, waren zum Großteil Neue Mittelschulen.

Die Studie zu Suchtverhalten und Migration (Rössl 2015) wurde aus den *Mitteln der Gemeinsamen Gesundheitsziele* aus dem Rahmen-Pharmavertrag finanziert und mit Hilfe von qualitativen und quantitativen Methoden entsprechend einer „Sequential Explanatory Strategy“ durchgeführt. Dazu gehörten Fokusgruppen, 14 Interviews, eine Online-Befragung (die von 752 Personen vollständig beantwortet wurde, wovon 460 zur gewünschten Altersgruppe der 15- bis 30-Jährigen gehörten) sowie eine Literaturrecherche und eine Analyse der Daten mittels Inhaltsanalyse nach Mayring.

Für die Studie zum Thema Jugendliche, Arbeit und Sucht (Horvath et al. 2016), die vom BMASK unter Beteiligung des BMGF finanziert wurde, wurden quantitative und qualitative Methoden eingesetzt. So wurde eine Online-Erhebung unter Leiterinnen und Leitern von Einrichtungen des Jugendcoachings durchgeführt. Es folgten Fokusgruppen mit Expertinnen und Experten aus einem breiten Spektrum an themenrelevanten Einrichtungen in Kärnten und Niederösterreich sowie eine

72

Website mit allen Angeboten der neun Fachstellen unter: www.suchtvorbeugung.net/suchtpreventionsinfo/Hauptseite.

73

<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples>

Fokusgruppe mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen in einem Wiener Jugendzentrum. Die Ergebnisse wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring 2015) unterzogen. Die daraus abgeleiteten Handlungsfelder und Lösungsstrategien wurden wiederum mit einer multidisziplinär besetzten Gruppe von Fachleuten diskutiert. Eine Schätzung der Zielgruppengröße kommt auf 2.500 bis 6.000 Personen (mit substanzgebundenen Problemverhaltensweisen).

4.6 Bibliographie

- Akzente Fachstelle Suchtprävention (2016). 2015 Jahresbericht Suchtprävention. Akzente Fachstelle Suchtprävention. Salzburg
- BMI (2016). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.
- BMG (2011). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2011. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2012). Rahmen-Gesundheitsziele. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- BMG (2014). Gesundheitsförderungsstrategie. Bundesministerium für Gesundheit. 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 (2015). Jahresbericht 2014. Kompetenzen Fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). Jahresbericht 2015. Kompetenzen Fördern. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- CÖG/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.
- GÖG/ÖBIG (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. 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., Busch, M., Strizek, J., und Tanio, A. (2016). Suchtgefährdete Jugendliche und Arbeitsmarkt. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.
- Institut Suchtprävention (2015a). Jahresbericht 2014. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Institut Suchtprävention (2015b). Forty four, Das Präventionsmagazin. Nr. 25, Herbst/Winter 2015. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- Institut Suchtprävention (2016). Forty four, Das Präventionsmagazin. Nr. 26, Frühjahr/Sommer 2016. Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ. Linz.
- I.S.O. (2016). Evaluierung Tabakpräventionsinitiative. Institut für systemische Organisationsforschung. Wien.
- Österreichische ARGE Suchtvorbeugung (2014). Wirksame Maßnahmen der Tabakprävention aus Sicht der österreichischen Suchtprävention. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung.
- Rössl, L. (2015). Schlussfolgerungen und Implikationen für Suchtprävention. In: Suchtverhalten und Migration. Zur Praxis der Präventionsarbeit in Österreich. Biffel, G., und Rössl, L. (Hrsg.). omnium KG. Bad Vöslau.
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Suchthilfe Wien (2016). Tätigkeitsbericht 2015. Bereich Suchtprävention. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Stiftung Maria Ebene (2015). Jahresbericht 2014. Frastanz.
- 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
- Verein Dialog (2016). Dialog: Individuelle Suchthilfe. Jahresbericht 2015. Verein Dialog. 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.

Z6/Drogenarbeit (2015). Tätigkeitsbericht 2014. Verein Z6 – zur Förderung von Jugendsozial-, Jugendkultur- und Jugendfreizeitarbeit. Innsbruck.

Z6/Drogenarbeit (2016). Tätigkeitsbericht 2015. Verein Z6 – zur Förderung von Jugendsozial-, Jugendkultur- und Jugendfreizeitarbeit. Innsbruck.

4.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Drobesch-Binter, Barbara	Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Weissensteiner, Markus	Fachstelle Suchtprävention NÖ
Schmidbauer, Rainer	Institut Suchtprävention, Pro mente OÖ

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 Elternabend, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss eingebunden und informiert.

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

Tabelle A4. 1:

Programm *Eigenständig werden*, Schuljahr 2015/2016

Bundesland	Anzahl abgeschlossener Schulungen SJ 2015/16	Anzahl Trainings-einheiten für Lehrer/Innen ¹ SJ 2015/16	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2015/16	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2015/16	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Eltern-abende SJ 2015/16	Anzahl Workshops SJ 2015/16	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2015/16	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2015/16 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2015/16	Anzahl erreichter VS bis SJ 2015/16 in %
B	1	24	12	1,8	1	1	1	1	198	19,1	86	53,0
K	2	54	27	2,3	12	4,9	1	4	422	35,2	138	56,3
NÖ	7	181	105	1,4	14	2	0	33	859	11,7	181	25,9
OÖ	4	112	82	1,7	21	3,6	9	10	1.914	38,6	482	82,3
S	1	112	14	0,7	4	2,2	1	3	606	30,7	133	71,9
St	2	58	28	0,7	10	2,1	0	7	524	13,0	197	42,3
T	4	96	93	2,7	17	5,0	1	3	566	23,5	184	50,1
V	1	28	11	1,1	5	2,4	12	7	813	58,1	109	65,3
W	6	144	19	1,8	20	7,5	0	1	1.581	26,8	180	68,2

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

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

¹ inklusive Reflexionstreffen

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP (OÖ); kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten

Darstellung: GÖG

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 mit je 10 Einzelveranstaltungen und insgesamt zwischen 20 und 44 Trainingseinheiten/Stunden pro Kurs.

Tabelle A4. 2:
Programm *plus*, Schuljahr 2015/2016

Bundesland	Anzahl abgeschlossener Fortbildungskurse ⁷⁴ für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl erreichter Lehrer/innen SJ 2015/16	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2015/16	Anzahl Lehrer/innen pro Schule SJ 2015/16 (Min-Max)	Anzahl Schüler/innen pro Schule SJ 2015/16 (Min-Max)	Anteil erreichter Schulen SJ 2015/16 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2015/16	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2015/16 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2015/16	Anteil erreichter Schulen bis SJ 2015/16 in %
B	14	53	0,5	10	30	40	10,6	113	4,5	28	54
K	10	169	5,5	45	2-19	20-100	54,2	266	8,47	51	61,45
NÖ	4	37	0,4	9	1-20	n. v.	2,9	162	1,7	34	10,9
OÖ	12	320	3,4	85	1-14	25-400	30	510	5,4	85	30
S	5	59	2,9	15	1-20	0-200	20,8	84	4,2	28	38,9
St	9	212	5,3	33	2-16	15-26	20,47 ⁵	357	8,8	53	31,5 ¹
T	9	133	2,9	48	n. v.	n. v.	40,2	169	4	61	53
V	5	34	1,3	13	1-3	20-60	19,7	166	6,3	51	77,3
W	6	169	1,5	n. v.	2-18	ca. 3.925	n. v.	350	n.v.	n. v.	n. v.

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, AHS = Allgemeinbildende Höhere Schulen, HS = Hauptschulen, NMS = Neue Mittelschulen, n. v. = nicht verfügbar, SJ = Schuljahr

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP (OÖ); kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten; Darstellung: GÖG

74

Anzahl der Kurse/Lehrgänge, mit denen die gesamte Fortbildung absolviert werden konnte (d. h. die Anzahl vierjähriger Kursen). Es werden teilweise mehrere Kurse parallel angeboten, andererseits beginnen nicht jedes Jahr neue Kurse.

75

Prozentsatz in der Steiermark bezieht sich nur auf den NMS Bereich.

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).

Tabelle A4. 3:

Seminare *movin'* bzw. *MOVE*, 2015

Bundesland ¹	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen/Seminarreihen im Jahr 2015	Anzahl UE für Multiplikat. im Jahr 2015	Anzahl zertifizierter Teilnehmender im Jahr 2015
K	12- bis 21-jährige Jugendliche in Jugendzentren, Klientel von stationären Einrichtungen	Schlüsselpersonen in Schulen/Jugendcoaching; Mitarbeiter/innen des Klinikums Klagenfurt; MA der offenen Jugendarbeit, MA in Jugendwohlfahrtseinrichtungen	3	38	48
NÖ	Jugendliche, Menschen mit Suchtproblematik, Menschen mit Basisbildungsbedarf	Mitarbeiter/innen in der Gesundheitsförderung, der außerschulischen Jugendarbeit und (Sucht-)Beratungseinrichtungen, der Bewährungshilfe und der sozialen Arbeit; Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus dem Suchthilfenetzwerk, dem Jugendcoaching und aus dem Bereich Suchtprävention; zwei Reflexionsworkshops für <i>movin'</i> - Absolventen/Absolventinnen	8 2	157 8	117 15
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche aus Jugendzentren und AMS-Projekten, Beratungs- und Sozialeinrichtungen bzw. in Kontakt mit Streetwork	Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit, aus Sozial- und Beratungseinrichtungen; Grundkurs des Landesjugendreferates zur außerschulischen Jugendarbeit; Trainer/innen aus arbeitsmarktpolitischen Projekten	7	113	106
S	Jugendliche in Jugendzentren; Jugendliche in sozialpädagogischen Maßnahmen (Arbeitsplatz, Lehre, betreute WG); Jugendliche/junge Erwachsene zw. 12 und 21 Jahren	Mitarbeiter/innen in Jugendzentren, Jugend-Wohngemeinschaften und Einrichtungen von AMS-Maßnahmen wie Jugendcoaching u. a.; Beratungslehrer/innen; Berufsausbildner/innen; Streetwork, Präventionspolizisten/-polizistinnen, Lehrlingsausbildner/innen	4	56 UE (à 50 Min.)	59
St	12- bis 25-jährige Jugendliche, junge Erwachsene	Mitarbeiter/innen der offenen Jugendarbeit und Schulsozialarbeit bzw. -beratung, Jugendausbildung und -beschäftigung; sozialpädagogische Betreuer/innen	3	54	46
T	Jugendliche, Klienten/Klientinnen von Drogeneinrichtungen und sozialpsychiatrischen Betreuungseinrichtungen	Mitarbeiter/innen aus Jugendzentren, Drogenberatungseinrichtungen, sozialpsychiatrischen Einrichtungen	3	66	50
V	12- bis 21-jährige Jugendliche; Schwangere, Menschen mit Suchtproblematik	Mitarbeiter/innen von Beratungsstellen der Kinder- und Jugendhilfe, der offenen Jugendarbeit, von Jugendbeschäftigungsprojekten; Hebammen	2	32	27

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A4. 3

Bundes- land ¹	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen/ Seminarreihen im Jahr 2015	Anzahl UE für Multiplikat. im Jahr 2015	Anzahl zertifizierter Teilnehmender im Jahr 2015
W	Schüler/innen, Lehrlinge, Jugendliche, Eltern, Mitarbeiter/innen in Betrieben	Mitarbeiter/innen und Peers in der offenen Jugendarbeit; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben (z. B. Arbeitsmediziner/in- nen, Betriebsräte/-rätinnen, Gesundheitsmanager/innen, Führungskräfte sowie Lehrer/innen) Fachkräfte aus Kinderbildungs- und -betreuungsein- richtungen	11	264	129

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

¹ Movin' wird im Burgenland nicht umgesetzt

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark;
ISP (OÖ); kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Darstellung: GÖG

Step by Step ist ein EDV-gestütztes Programm zur Früherkennung und -intervention bei Verhaltensauffälligkeiten im Vorfeld von Suchtproblemen. Es wurde im Jahr 1992 entwickelt und setzt sich aus mehreren Modulen zusammen: Auf der Website sind eine Infothek (Lexikon, Beratungsstellen, Gesetze) und unter dem Punkt „Frühintervention“ die Inhalte der Schulung zu finden. Die CD-ROM bzw. das Handbuch STEP BY STEP, Sekundärprävention in der Schule „Helfen statt Strafen“ ergänzt das Programm inhaltlich. Die Schulung für Lehrpersonen stellt die Basis für eine sinnvolle Nutzung des Teils „Früherkennung“ dar. Zusätzlich werden die Schulungen auch als SCHILF-Veranstaltungen angeboten (für alle Kollegen/Kolleginnen gemeinsam).

Tabelle A4. 4:

Schulungen *Step by Step* bzw. *Stepcheck* oder *Helfen statt Strafen*, 2015/2016

Bundesland ¹	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/innen, Multiplikatoren/Multiplikatorinnen)	Anzahl durchgeführter Schulungen (Projekte) im SJ 2015/16	Anzahl UE für Multiplikat. im SJ 2015/16	Anzahl Teilnehmer/innen im SJ 2015/16
K	13- bis 18-jährige Jugendliche und junge Erwachsene	Schlüsselpersonen in Schulen und anderen sozialpädagogischen Einrichtungen	9	35	121
NÖ	Jugendliche im Alter zwischen 14 und 18 Jahren	Schulleiter/innen, Pädagogen/Pädagoginnen, Schulärzte/-ärztinnen, Eltern, Erzieher/innen etc. Alle, die von einem Anlassfall an einer Schule betroffen sein können.	6	14	154
OÖ	Schüler/innen	Lehrer/innen, Direktoren/Direktorinnen, Schulärzte/-ärztinnen und Lehrer/innen in speziellen Funktionen (z. B. Suchtpräventionskoordination, Bildungsberatung) bzw. ganze Kollegien bei Anlassfällen	6	8	38
St	Schüler/innen ab 10 Jahren	Multiplikatoren/Multiplikatorinnen im schulischen Setting wie Lehrer/innen, Schulärzte/-ärztinnen und Mitarbeiter/innen der Schulsozialarbeit und Schulpsychologie	1	4	22
T	13- bis 18-jährige Jugendliche	Schulärzte/innen; Schulleiter/innen	1	2	30
V	Schüler/innen zwischen 12 und 21 Jahren	Lehrer/innen, Direktoren/Direktorinnen, Schulärzte/-ärztinnen, Social Networker/innen	3	18	37
W	Schüler/innen ab 13 Jahren	Lehrer/innen	2	24	33

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

¹ „Step by Step“ wird im Burgenland und in Salzburg (von der Fachstelle) nicht umgesetzt.

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtprävention NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP (OÖ); kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle Suchtprävention Kärnten
Darstellung: GÖG

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung.....	129
5.1	Zusammenfassung	129
5.2	Aktuelle Situation	130
5.2.1	Strategien und Koordination	130
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	132
5.2.2.1	Ambulante Suchtbehandlung	132
5.2.2.2	Stationäre Suchtbehandlung.....	136
5.2.2.3	Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen.....	138
5.2.3	Schlüsseldaten	146
5.2.3.1	Drogenkonsummuster im gesamten Behandlungs- bereich.....	146
5.2.3.2	Charakteristika von in den DOKLI-Einrichtungen behandelten Personen.....	148
5.2.3.3	Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung	153
5.2.4	Soziale Reintegration	154
5.2.5	Qualitätssicherung	154
5.3	Trends.....	158
5.4	Neue Entwicklungen	161
5.5	Quellen und Methodik	167
5.6	Bibliographie	169
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	171
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	171
5.9	Anhang	172

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. Diese betonen die Notwendigkeit einer Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten, aber auch einer multiprofessionellen Struktur, um möglichst gut auf die individuelle Situation suchtkranker Personen eingehen zu können. Hinsichtlich der Umsetzung gibt es unterschiedliche Strategien, z. B. dezentrale versus zentrale Versorgung in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger oder Auf- und Ausbau eigener 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 steht suchtkranken Personen das gesamte Gesundheitswesen zur Verfügung, 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 durchaus auch einzelne spezifische Maßnahmen, z. B. für Kokainkonsumierende oder drogenabhängige Frauen.

Insgesamt befanden sich im Jahr 2015 etwa 23.250 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 19.700 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.200 Personen).

Trends

Während bis 2013 insbesondere bei Personen, die sich erstmals in drogenspezifischer Behandlung befinden, Opioide als Leitdroge abnahmen, nahm Cannabis zu. Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulantien gewannen in der Behandlung quantitativ an Bedeutung. Ob dies eine längerfristige Veränderung des risikoreichen Drogenkonsums bedeutet oder nun auch – unabhängig von den konsumierten Drogen – weniger problematische Fälle in drogenspezifische Behandlung genommen werden, kann derzeit noch nicht gesagt werden. 2013 bis 2015 hat sich der beschriebene Trend jedenfalls nicht fortgesetzt. Positiv hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 60 Prozent liegende In-Treatment-Rate von Personen mit Opioid-Problemik.

Neue Entwicklungen

Im Bereich Beratung, Betreuung und Behandlung findet eine zunehmende Ausrichtung auf integrierte Konzepte statt und steht die regionale Vernetzung im Vordergrund neuer Entwicklungen. Während in allen Bereichen an einer Weiterentwicklung der Angebote gearbeitet wird – z. B. um die Situation älterer Opioidabhängiger hinsichtlich Pflege und Rehabilitation zu verbessern, die Versorgungssituation in der Substitutionsbehandlung auch langfristig abzusichern, die Dosis des Substitutionsmittels besser überprüfen oder passende Maßnahmen zur sozialen Reintegration anbieten zu können, – gibt es auch Studien, die auf Lücken im System hinweisen. So wurde ein Bedarf an spezifischen Maßnahmen für Methamphetamin-Konsumierende sowie für Maßnahmen zur Verringerung der Zugangsbarrieren für drogenabhängige Personen mit Migrationshintergrund festgestellt.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht-/Drogenstrategien** der neun Bundesländer bzw. in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt (vgl. 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 (vgl. auch Abschnitt 5.2.2.3 und 5.2.5). Zusätzlich sind auch die Struktur- und Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

Die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer betonen großteils 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 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 Status eines Drogenkonsums bzw. einer Abhängigkeit als höchst prioritär dar. Die *Suchtstrategie NÖ* beschreibt Abstinenz als mögliches Ziel nach einer Stabilisierung, wobei betont wird, dass die Entscheidung bei den Betroffenen liegt.

Hinsichtlich konkreter Maßnahmen gibt es recht 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 (z. B. in Vorarlberg für ältere Kokain-Konsumierende), andere legen den Fokus auf interdisziplinäre Zusammenarbeit und

die Vernetzung spezialisierter Einrichtungen mit dem allgemeinen Gesundheits- und Sozialsystem (z. B. Wien). Der Abklärung und langfristigen Begleitung/Behandlung sowie der Reintegration wird im ambulanten Setting ein hoher Stellenwert eingeräumt. 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 der Steiermark sollen regionale Suchthilfe-Netzwerke geschaffen und eine einheitliche Leistungsdokumentation eingeführt werden, in Vorarlberg liegt der Fokus auf sofortiger therapeutischer Hilfe (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*).

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 BMGF (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 BMGF (§ 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), einer Datenbank für die Erfassung der Ärztinnen und Ärzte, die zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen gemäß Weiterbildungsverordnung *orale Substitution* 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 bzw. die Amtsärztinnen und -ärzte; diese kontrollieren in der Substitutionsbehandlung die Vidierung⁷⁶ von Verschreibungen (vgl. Abschnitt 5.2.5, nehmen Eintragungen in die bzw. Streichung von der Liste der Ärztinnen und Ärzte, die zur Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen berechtigt sind, vor und stellen Bescheinigungen für die Mitnahme von suchtgifthaligen Arzneimitteln auf Reisen aus (§ 24 SV).

Die Österreichische Ärztekammer wiederum ist zuständig für ein ausreichendes Weiterbildungsangebot betreffend die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Abschnitt 5.2.5).

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMGF 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 zunehmend über Objekt- und 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 dafür 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 stationärer 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

5.2.2.1 Ambulante 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 (vgl. Karte A5.2). Spezifische Angebote zur ambulanten Suchtbehandlung

76

Vidierung: Beglaubigung, Bestätigung

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 aber auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Allgemeinmediziner/innen, Psychiater/innen, Psychotherapeuten/-therapeutinnen etc.) 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 Spektrum an Maßnahmen an. 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).

Spezialisierte Einrichtungen haben häufig die Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH oder eines Vereins. Es gibt aber auch private Einrichtungen mit dem Status einer GmbH oder Stiftung. Krankenhäuser sind meist öffentliche Einrichtungen, die dennoch die Rechtsform einer GmbH haben können.

Nutzung der ambulanten Einrichtungen

Im Jahr 2015 waren in den DOKLI-Einrichtungen (vgl. Abschnitt 5.5) insgesamt 8.781 Personen in längerfristiger ambulanter Behandlung. 17.599 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioidsubstitutionsbehandlung. Von diesen 17.599 Personen wurden 666 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 405 der 17.599 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 Prozent⁷⁷, kommt man zu folgenden Zahlen:

- » 8.630 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2015 eine längerfristige ambulante drogenspezifische Betreuung oder eine Behandlung in einer nach § 15 kundgemachten Einrichtung oder eine Substitutionsbehandlung in einer Krankenanstalt in Anspruch genommen.

77

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

- » 12.730 Personen nahmen im Jahr 2015 eine Opioid-Substitutionsbehandlung in einer Arztpraxis oder in einer Gemeinschaftspraxis in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich. Es zeigt sich deutlich, dass sich die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen in Österreich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform für Personen mit risikoreichem/problematischem Drogenkonsum entwickelt hat (vgl. Abschnitt 5.2.3.3).

Behandlungsmodalitäten in ambulanten Einrichtungen

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Einrichtungen für Betreuung bei Drogenabhängigkeit geben der Suchthilfekompass⁷⁸ sowie regionale Informationsschienen (z. B. eine Liste für die Steiermark⁷⁹). 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 (vgl. Abschnitt 5.2.2.3).

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 und 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, es wurden auch zusätzliche Formen ambulanter Unterstützung etabliert.

78

In diesem werden all jene Einrichtungen gelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<http://suchthilfekompass.goeg.at/>).

79

Mehr Information unter <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (4.8.2016)

So bietet z. B. das ambulante Betreuungszentrum des Grünen Kreises in Wiener Neustadt zusätzlich mobile ambulante Vorbetreuung in ganz Niederösterreich an; AMS-Geschäftsstellen 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.

Spezifische Angebote im ambulanten Bereich beinhalten z. B. die Kokainsprechstunden an der Drogenambulanz Innsbruck, die auch eine spezifische medizinisch-therapeutische Behandlung bieten, oder *Beyond the line*, die spezifischen Öffnungszeiten (Sprechstunden) des Vereins *Dialog* für Kokain- bzw. Crystal Meth-Konsumierende. *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 werden⁸⁰.

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. Der Verein *Dialog* hat aus diesen Gründen seinen offenen Betrieb in der Integrativen Suchtberatung Gudrunstraße für Personen, die mit einem Terminsetting nicht klar kommen, geteilt und bietet nun getrennte Zeiten für Jugendliche und Erwachsene an (Verein Dialog 2015).

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch nehmen zu können, 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*) und *Clean Bregenz* eine eigene Frauengruppe an.

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 Niederösterreich⁸¹; 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 fünf in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, – und allgemeine

80

Mehr Information unter <http://www.checkyourdrugs.at/beratung-2/homebase/> (4.8.2016)

81

Mehr Information unter <http://www.suchtpraevention-noe.at/index.php?nav=1615> (4.8.2016)

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

Hervorzuheben sind auch diverse Maßnahmen, die speziell darauf ausgerichtet sind, Suchtkranke aus verschiedenen Einrichtungen zu passenden Angeboten zu vermitteln (z. B. Verbindungsdienste, 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.

5.2.2.2 Stationäre Suchtbehandlung

Stationäre Einrichtungen

Auch für stationärer 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).

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

Stationäre Einrichtungen haben ebenfalls 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 sollte hier, dass in Haft aufgrund des Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzips bei Krankheit die gleiche Behandlung möglich sein sollte wie in Freiheit; dasselbe gilt auch für Suchtbehandlung (vgl. auch Kapitel 8).

Nutzung der stationären Einrichtungen

Im Jahr 2015 waren in den DOKLI-Einrichtungen insgesamt 1.197 Personen in stationärer Behandlung. 17.599 Personen unterzogen sich laut eSuchtmittel einer Opioid-Substitutionsbehandlung. Von diesen 17.599 Personen wurden 666 in Haft behandelt und werden daher dem stationären Sektor zugezählt. Weitere 405 waren stationär aufgenommen und sind bereits in den oben genannten 1.197 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:

- » 1.228 Klienten/Klientinnen haben im Jahr 2015 eine stationäre abstinenzorientierte Behandlung oder eine stationäre Substitutionsbehandlung in Anspruch genommen.
- » 666 Personen nahmen in Haft eine Substitutionsbehandlung in Anspruch.

Überschneidungen zwischen den genannten Kategorien sind möglich.

Behandlungsmodalitäten in stationären Einrichtungen

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass⁸² und andere regionale Informationsschienen (z. B. eine Liste für die Steiermark⁸³ sowie eine Liste stationärer Behandlungseinrichtungen auf der Website des Verein b.a.s.⁸⁴) sowie die Karte A5. 1. Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an.

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls auch 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 sowohl für den körperlichen Entzug von illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen, die abstinentenorientierten Tiroler Einrichtungen Hall in Tirol und Emmaus behandeln sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioid-Abhängigkeit, das Zentrum für Suchtmedizin des LKH Graz

82

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

83

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (4.8.2016)

84

http://www.suchtfraagen.at/media/pdf/2014-10_stationaere_therapieeinrichtungen_fuer_menschen_in_abhaengigkeit_von_illegalisierten_drogen.pdf (4.8.2016)

Süd-West, das seinen Schwerpunkt auf stoffgebundene Abhängigkeiten gelegt hat, integriert zusätzlich auch Personen mit Medikamentenabhängigkeit.

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 Kapazitäten, therapeutische Ansätze und die – im Allgemeinen an einer ganzheitlichen Behandlung orientierte – Angebotspalette der Einrichtungen ausführlich beschrieben.

Im stationären Bereich gibt es keine spezifischen Angebote für die Behandlung einzelner Substanzen. 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, sowie der Verein *Ubuntu* mit ebenfalls separaten Häusern für Männer und Frauen.

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 Angebotsuche für jene Zielgruppen, die aus verschiedenen Gründen spezifische und/oder separate Angebote benötigen.

5.2.2.3 Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen

Durchführende Ärztinnen und Ärzte

Die Organisation und Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für opioidabhängige Personen hängt stark von regionalen Strategien ab (zentrale Stellen versus dezentrale Versorgung). Spezialisierte ambulante Einrichtungen und Ambulanzen von Krankenhäusern bieten zwar auch Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger an – wobei hier meistens sowohl Indikationsstellung und Einstellung als auch Weiterbehandlung möglich sind – vorrangig erfolgt diese Behandlung jedoch im niedergelassenen 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 Karte 5.1. Österreichweit sind dies laut BMGF 641 Ärztinnen und Ärzte (Bayer p. M.). In Karte 5.1 wird einerseits das Verhältnis der durch einschlägige Weiterbildung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte zum gesamten Behandlungspotenzial dargestellt (d. h. zu jenen Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer Fachrichtung grundsätzlich für die Durchführung einer Substitutionsbehandlung in Betracht kämen)⁸⁵. Andererseits enthält die Karte Informationen zur Verteilung jener Ärztinnen und Ärzte, die sowohl zur Substitutionseinstellung als auch zur Weiterbehandlung oder nur zur Weiterbehandlung qualifiziert sind.

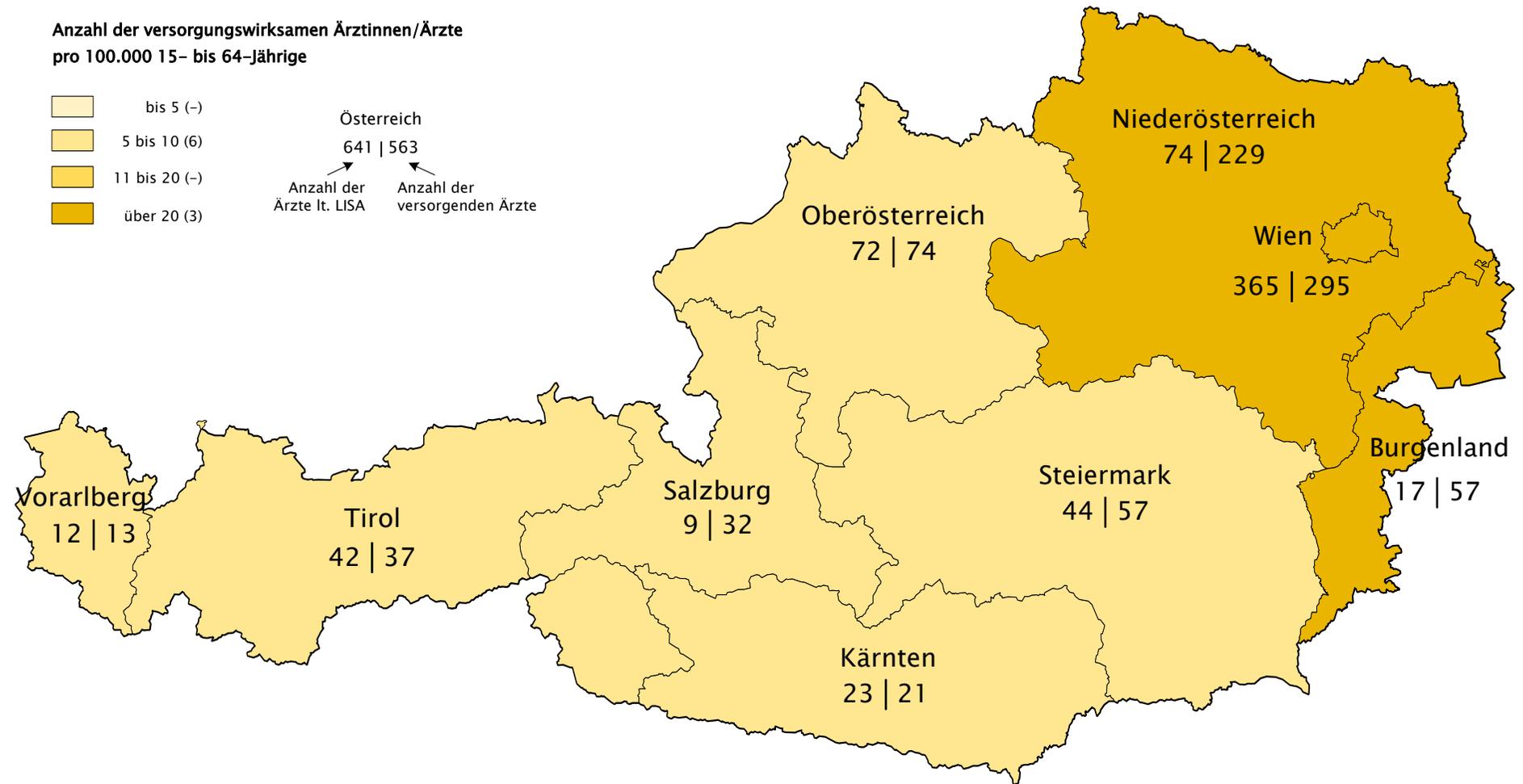
Zu beachten ist, dass nicht alle zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte auch tatsächlich versorgungswirksam sind, unter Umständen können sie aber auch in angrenzenden Bundesländern versorgungswirksam sein können (vgl. Karte 5.2). Grundsätzlich ist eine wohnortnahe Versorgung wünschenswert, um den Zugang zur Substitutionsbehandlung möglichst allen Personen, die sie benötigen, zu ermöglichen. Angebote für eine Substitutionsbehandlung im stationären Setting sind in Karte A5. 1 zu finden.

85

Für die vorliegende Abbildung wurden jene Personen ausgewählt, die laut Ärzteliste der Österreichischen Ärztekammer entweder Allgemeinmediziner/innen sind oder einen Facharztstitel in Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie (Additivfach Neuropädiatrie) haben. Es wurden die Angaben aus dem Jahr 2015 zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und deren erste Ordinationsadresse verwendet. Die Angaben zu den substitutionsberechtigten Ärztinnen und Ärzten stammen aus der BMGF-geführten Liste (LISA).

Karte 5.2:

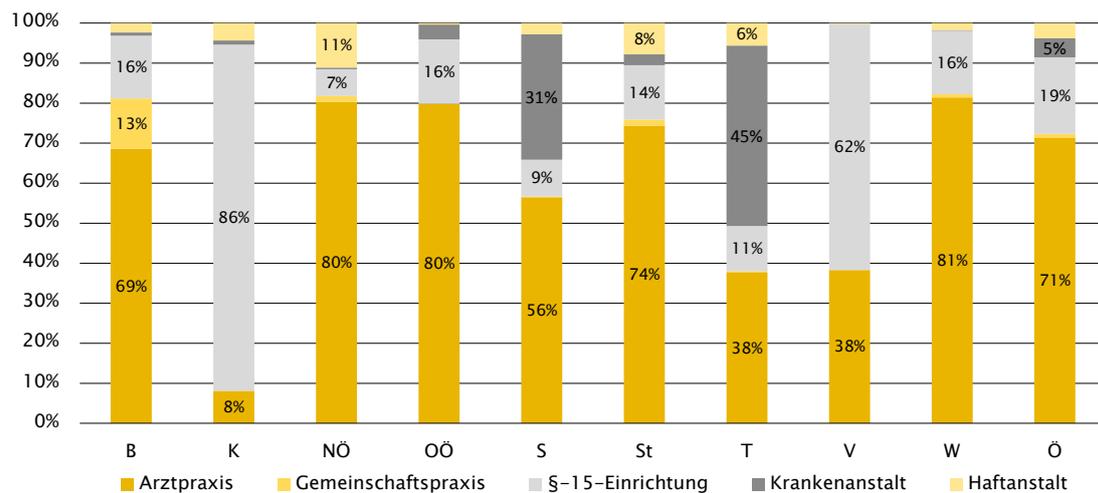
Für die Substitutionsbehandlung qualifizierte und versorgungswirksame Ärztinnen und Ärzte in Österreich (Stand 31. 12. 2015)



Quellen: BMGF (LISA) und eSuchtmittel; Darstellung: GÖG

Die folgende Abbildung 5.1 zeigt, in welchen Einrichtungsarten die Substitutionsbehandlung in Österreich durchgeführt wird. Auch hier spiegeln sich organisatorische Unterschiede zwischen den Bundesländern wider.

Abbildung 5.1:
Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Art der Behandlungsstelle nach Meldeort der Klientin / des Klienten, 2015



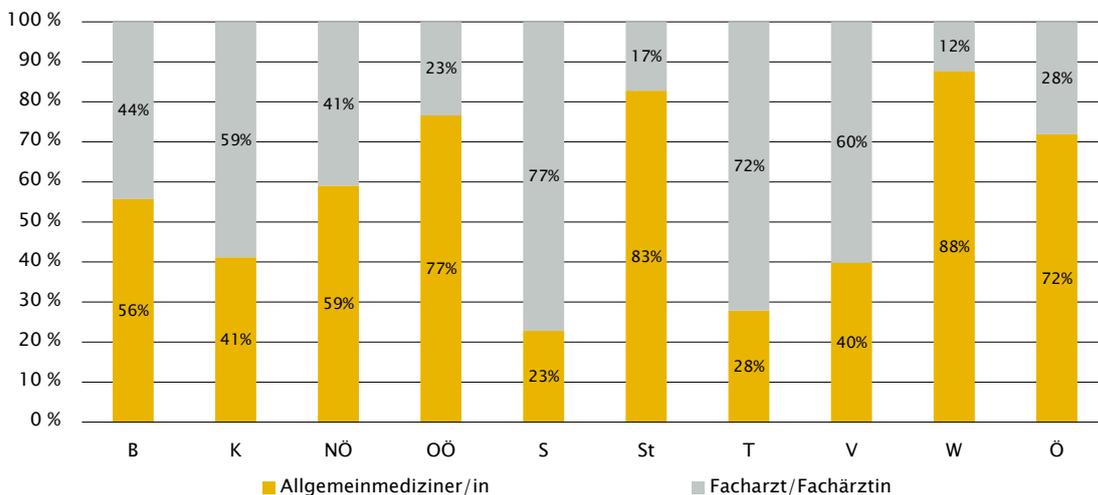
B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, Ö = Österreich

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.2 zeigt, dass in Österreich die Allgemeinmediziner/innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Die Verteilung ist jedoch in den Bundesländern unterschiedlich: Während in Salzburg 77 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen und Fachärzten behandelt werden, werden in Wien 88 Prozent von Allgemeinmediziner/-medizinerinnen betreut.

Abbildung 5.2:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/innen, nach Bundesländern, Stand 31. 12. 2015



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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

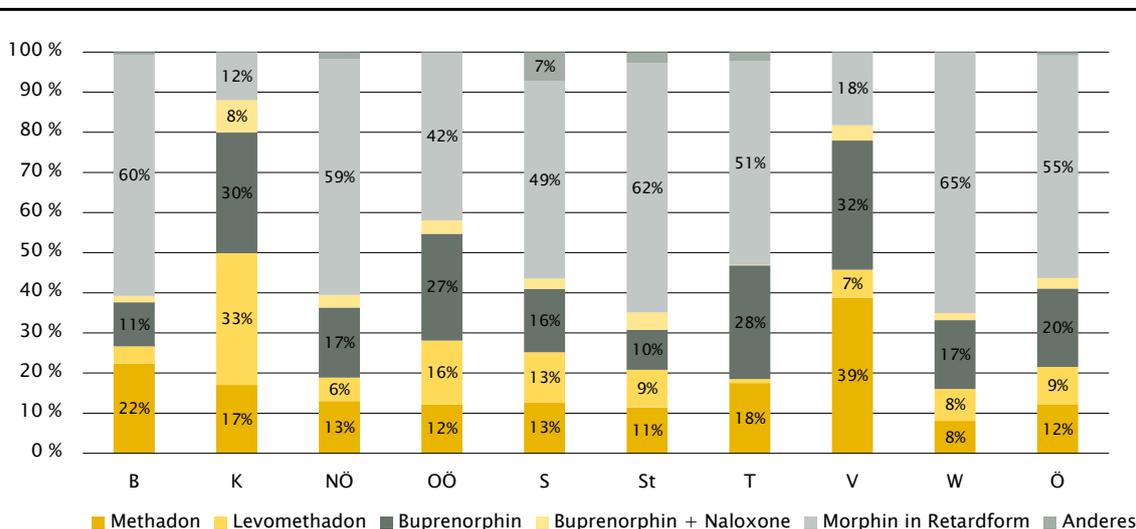
Weitere organisatorische Aspekte und Behandlungsmodalitäten

Die Suchtgiftverordnung (BGBl. II 1997/374) definiert neben den bereits genannten Voraussetzungen für eine Substitutionsbehandlung auch weitere Rahmenbedingungen. Dazu gehören die Ziele dieser Behandlungsform (Überbrückungs-, Reduktions- oder Erhaltungstherapie), aber auch die Voraussetzungen, wann eine Substitutionsbehandlung begonnen werden darf und welche Fachmeinung für eine Indikationsstellung eingeholt werden muss (§ 23 a, b und d SV). Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können, stehen mehrere Arzneimittel mit verschiedenen Wirkstoffen zur Verfügung. Dazu gehören laut § 23c SV Methadon und Buprenorphin als Mittel der ersten Wahl, andere Substitutionsmittel dürfen nur bei Unverträglichkeit dieser Arzneimittel verschrieben werden. In § 23e SV ist prinzipiell die täglich kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels vorgesehen, es werden aber auch Ausnahmen definiert. Bei Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel ist laut § 23f mit dem einstellenden Arzt Rücksprache zu halten. Eine detaillierte Beschreibung dieser Rahmenbedingungen ist in GÖG/ÖBIG 2013c zu finden.

Abbildung 5.3 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (55 %), gefolgt von Buprenorphin (20 %) und Methadon (12 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haft eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich.

Abbildung 5.3:

Personen in Substitutionsbehandlung nach verschriebenem Substitutionsmittel und Bundesland, 2015



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

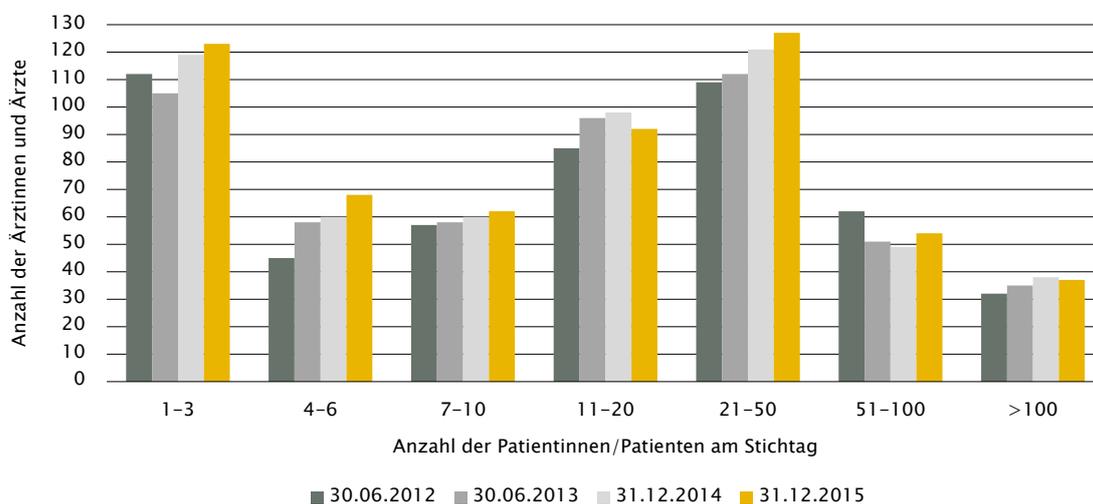
Die Angaben beziehen sich auf 17.452 der insgesamt 17.599 Personen, da bei 147 Personen (1 %) keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

Quelle: BMGF; Berechnungen und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.4 zeigt nicht nur die starke Streuung, sondern auch die Entwicklung der Betreuungszahlen pro Ärztin bzw. Arzt in den letzten fünf Jahren. Während im Jahr 2015 191 Ärztinnen/Ärzte (34 %) jeweils bis zu 6 Patientinnen und Patienten betreuen, sind bei 91 (16 %) Ärztinnen und 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 wiederum von Ärztinnen und Ärzten, die sich auf Substitutionsbehandlung spezialisiert haben.

Abbildung 5.4:

Anzahl der im Rahmen einer Substitutionsbehandlung betreuten Personen pro Ärztin/Arzt, 2012–2015



Quellen: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2015 waren Insgesamt 17.599 Personen in Substitutionsbehandlung gemeldet, davon 1.015 zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 5.1 zeigt die Verteilung der Personen in Substitutionsbehandlung über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen zur Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.1:

Anzahl der dem BMGF aktuell gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern, 2015

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
Fortgesetzte Behandlung	235	767	2.332	1.787	469	1.325	1.120	608	7.941	16.584
Erstbehandlung	20	107	181	161	32	72	74	50	318	1.015
Gesamt	255	874	2.513	1.948	501	1.397	1.194	658	8.259	17.599

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 bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: BMGF; Berechnungen und Darstellung: GÖG

5.2.3 Schlüsseldaten

5.2.3.1 Drogenkonsummuster im gesamten Behandlungsbereich

Zur Analyse der Drogenkonsummuster werden Entzugsbehandlungen im Spital ausgeschlossen, denn es kann eine sehr hohe Rate von Doppelzählungen mit ambulanter oder stationärer Therapie angenommen werden. Jenen etwa 5.300 Personen, die im Jahr 2015 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (vgl. Tabelle 5.2), stehen etwa 18.000 Personen gegenüber, die bereits im Vorjahr (in den Vorjahren) eine Behandlung begonnen haben, die bis 2015 (oder länger) andauert. Insgesamt wird in Österreich von etwa 23.250 Personen in langfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.3). (Sozial gut integrierte) Personen mit behandlungsrelevantem Drogenkonsum, die keine Hilfe oder Hilfe außerhalb der Suchthilfe in Anspruch nehmen, sind in dieser Schätzung nicht inkludiert.

Tabelle 5.2:

Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2015 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl der Klientinnen und Klienten
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	2.776
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	1.376
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	798
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	366
Insgesamt	5.316

Quelle: DOKLI, eSuchtmittel

Tabelle 5.3:

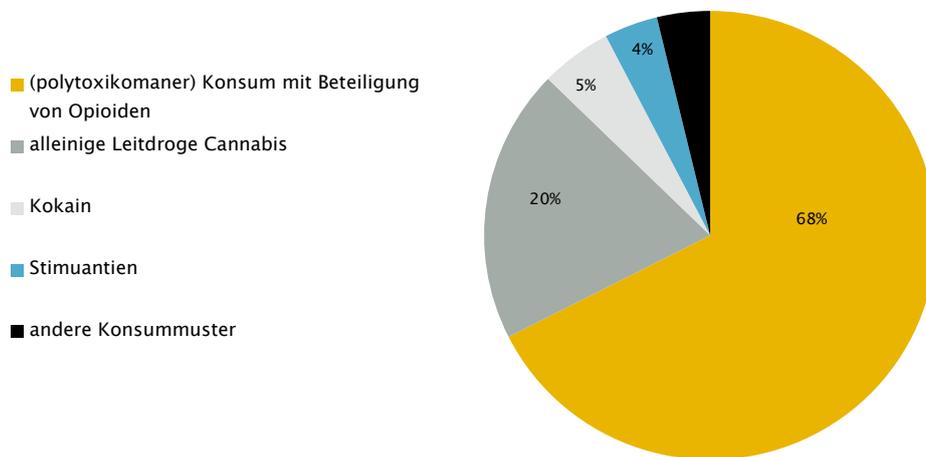
Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung, 2015

Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl der Klientinnen und Klienten
Ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	8.630
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.730
Stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.228
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	666
Insgesamt	23.254

Quelle: DOKLI, eSuchtmittel

Abbildung 5.5 zeigt, dass mehr als zwei Drittel der geschätzten 5.316 Personen, die im Jahr 2015 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster. Ein Fünftel hat die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der Klientel die Leitdroge dar.

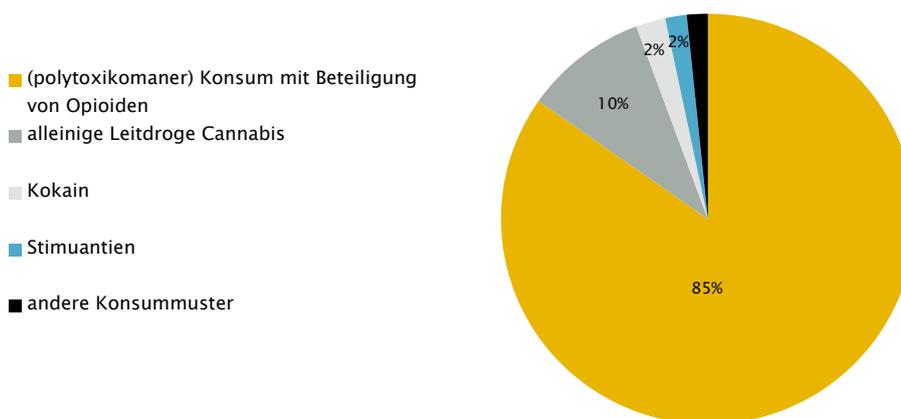
Abbildung 5.5:
Konsummuster von Personen, die 2015 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit
begonnen haben



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Aus Abbildung 5.6 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der Patientinnen und Patienten – etwa 19.700 Personen – wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil mit Opioidproblematik bei allen behandelten Personen größer ist als bei jenen, die eine Behandlung beginnen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.6:
Konsummuster von Personen in drogenspezifischer Betreuung (Schätzung), 2015



Quellen: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015, eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind Personen mit alleiniger Leitdroge Cannabis; diese macht etwa 2.200 Personen aus. Kokain, Stimulantien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

5.2.3.2 Charakteristika von in den DOKLI-Einrichtungen behandelten Personen

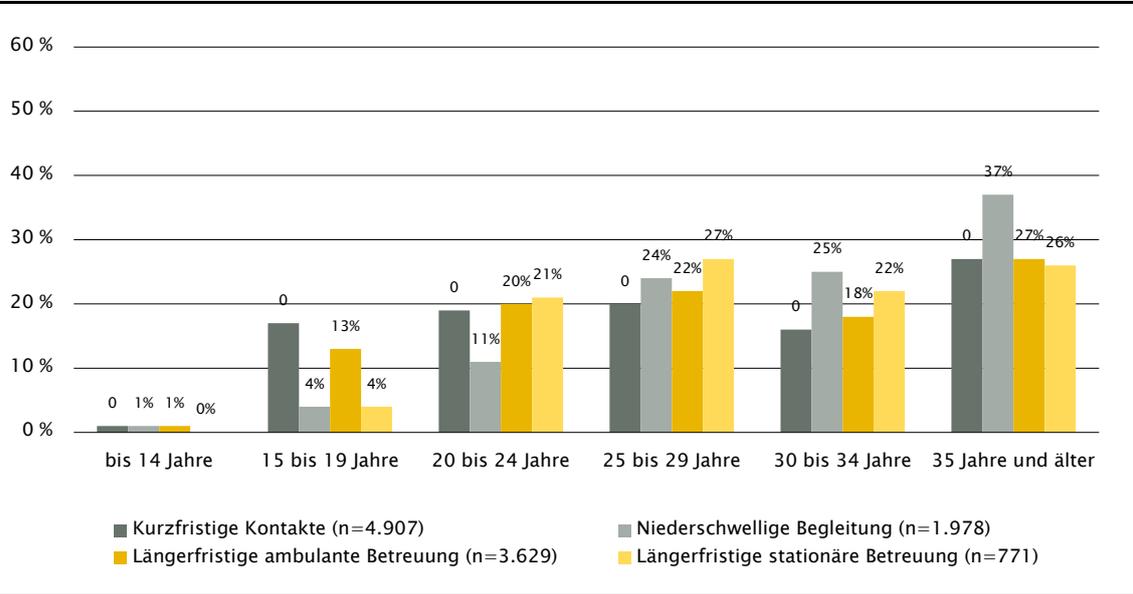
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klienten-Dokumentationsystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten, die im Epidemiologiebericht Drogen und Tabak 2016 (Busch et al. 2016) publiziert werden. Die wenigen vorhandenen Daten zu Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.3.3 dargestellt.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 3.629 Personen vor, die im Jahr 2015 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.462 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 771 Personen begonnen, bei 75 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 1.972 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 4.918 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** im Jahr 2015 hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen vier (in langfristiger stationärer Betreuung) und 18 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 34 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 48 Prozent (in langfristiger stationärer Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.7).

Abbildung 5.7:

Anzahl der Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen an der gesamten Klientel zwischen 20 und 47 Prozent (vgl. auch Tabelle A5. 1).

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI als Leitdroge und Begleitdroge erfasst⁸⁶. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen. Abbildung 5.8 zeigt die Leitdrogen mit Mehrfachnennungen für das Jahr 2015. Personen, die mehr als eine Leitdroge nennen, werden auch mehrfach in der Grafik berücksichtigt. Deswegen ergibt die Summe über die Leitdrogen mehr als 100 Prozent (vgl. auch Tabelle A5. 2).

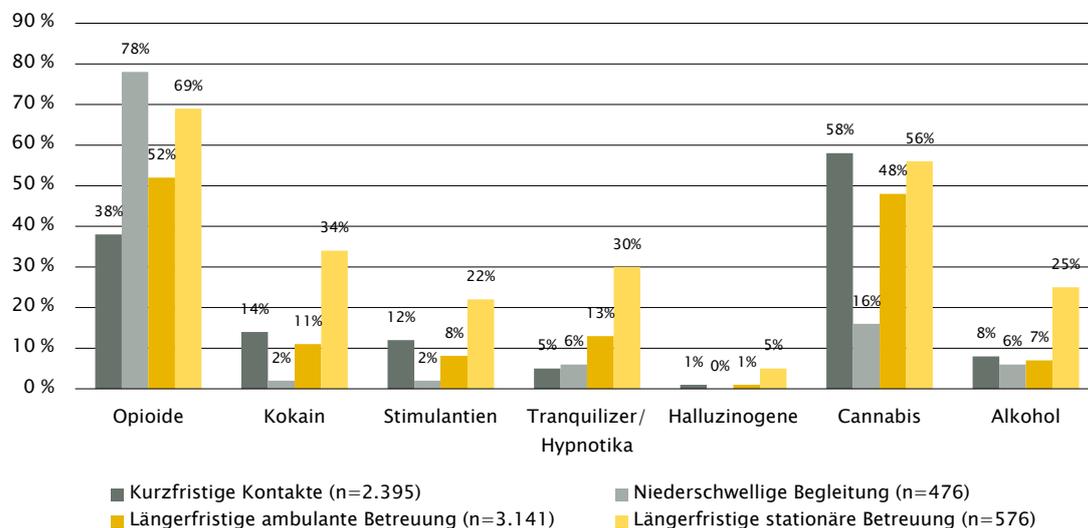
86

Unter **Leitdroge** ist jene Droge zu verstehen, die der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf ausschließlich 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 vorliegen. Ausschließlich rechtliche Problematik ist anzukreuzen, wenn kein behandlungsrelevanter Konsum vorliegt, aber eine rechtliche Weisung besteht (GÖG/ÖBIG 2013a).

Abbildung 5.8:

Leitdroge(n) der Personen, die 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Art der Betreuung



Mehrfachnennungen möglich

Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

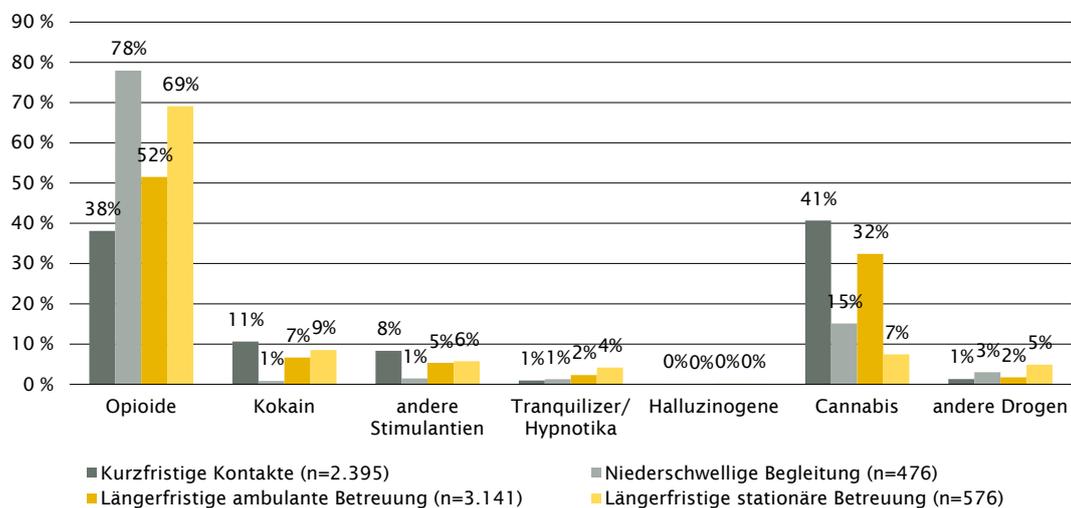
Eine andere Darstellungsform von Konsummustern ist die sogenannte „hierarchische Leitdrogendefinition“⁸⁷. In dieser Form werden die österreichischen Daten auch an die EMCDDA übermittelt. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.9).

87

Im von der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (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 Opiode als auch Cannabis als Leitdrogen angegeben, werden Opiode als Leitdroge ausgewiesen. Folgende Hierarchie wird dafür herangezogen: Opiode > 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 5.9:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition (für Personen, die 2015 eine drogen-spezifische Betreuung begonnen haben), nach Art der Betreuung



Quelle: DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015; Berechnung und Darstellung: GÖG

In beiden Darstellungsformen überwiegen zwei Gruppen: Personen mit Leitdroge Opioid und Personen mit Leitdroge Cannabis. In der hierarchischen Leitdrogendarstellung ist die Gruppe der Personen mit Leitdroge Cannabis wesentlich kleiner als in der Darstellung mit Mehrfachnennung, d. h., es gibt viele Personen, die neben der Leitdroge Opiode 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 in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge mit 47 Prozent sehr hoch ist (siehe auch GÖG/ÖBIG 2013b).

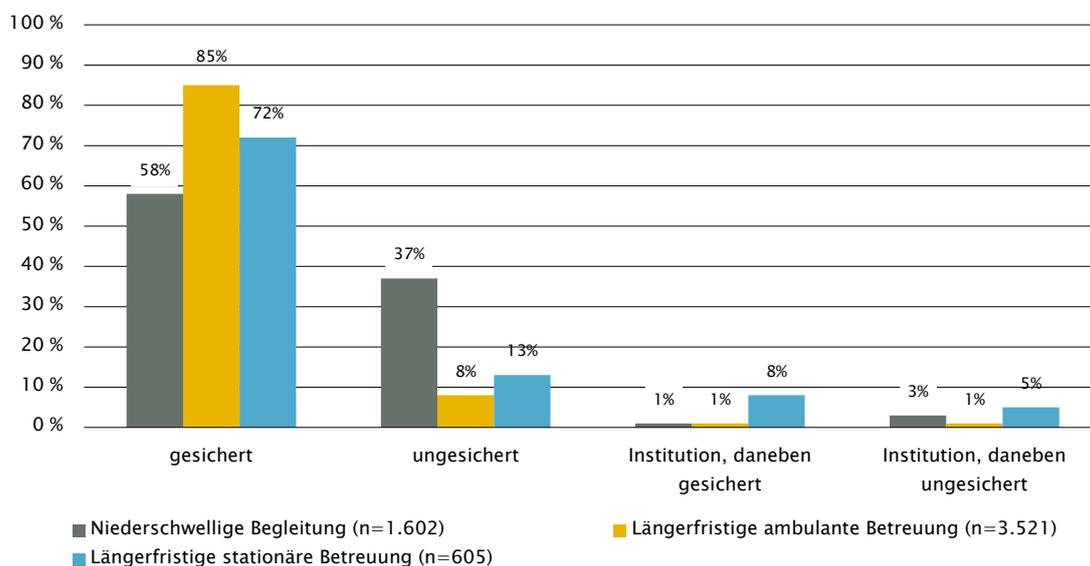
Opiate dominieren demnach im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge. Kokain als Leitdroge spielt nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abbildung 5.8 und Abbildung 5.9). Damit zeigt sich, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen anderen (benachbarten) EU-Ländern (wie z. B. Tschechien oder Ungarn) Opiate die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. Busch et al. 2016).

36 Prozent der längerfristig ambulant und 57 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (Kurzfristige Kontakte: 20 %, niederschwellige Betreuung: 69 % - vgl. Tabelle A5. 3).

Soziale Situation: Während Obdachlosigkeit für den Großteil der längerfristig Betreuten kein unmittelbares Problem darzustellen scheint, zeigt die Klientel im niederschweligen Betreuungsbereich große Defizite hinsichtlich der Wohnsituation (vgl. Abbildung 5.10 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 oder der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Abbildung 5.10:

Personen, die sich 2015 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung: Betreuungsjahr 2015

Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten sowohl im längerfristig ambulanten als auch im stationären Setting weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf (vgl. Tabelle A5. 5).

Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 30 %, längerfristig stationäre Betreuung: 8 %, niederschwellige Begleitung: 12 % - vgl. Tabelle A5. 6).

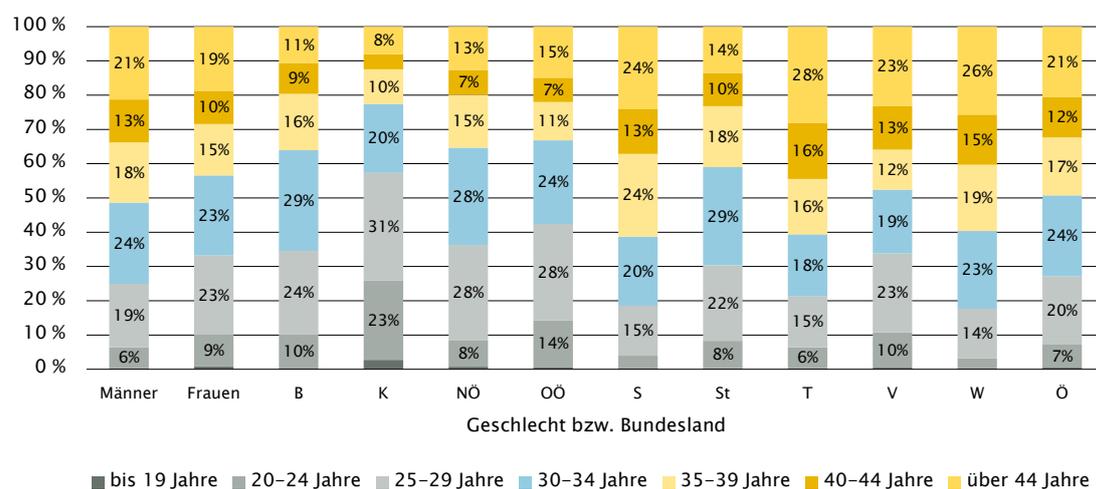
Migrationshintergrund: In DOKLI wird als Hinweis auf einen allfälligen Migrationshintergrund lediglich die Staatsbürgerschaft erfasst und dies auch nur bei längerfristiger Betreuung und Behandlung. Damit kann jedoch nur ein eingeschränktes Bild der Inanspruchnahme von Angeboten der Suchthilfe gegeben werden. Der Großteil der Klienten/Klientinnen, die im Jahr 2015 eine längerfristige Betreuung begonnen haben, hatte die österreichische Staatsbürgerschaft (rund 85 %; vgl. Tabelle A5. 7). Nur ein kleiner Teil hatte die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes bzw. eines Nicht-EU-Landes, keine Person war staatenlos. Der Anteil der Klienten/Klientinnen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft entspricht somit in etwa dem Anteil in der österreichischen Gesamtbevölkerung (laut Statistik Austria 14,6 %). Um Aussagen darüber treffen zu

können, ob mit dieser Inanspruchnahmerate auch der Bedarf annähernd abgedeckt ist – was Berichte aus der Praxis eher bezweifeln lassen (vgl. Abschnitt 5.4) –, bedarf es jedoch weiterer Forschung.

5.2.3.3 Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 17.599 insgesamt im Jahr 2015 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen sind 73 Prozent männlich und 27 Prozent weiblich. Die Verteilung nach Geschlecht der 1.015 im Jahr 2015 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (80 % Männer, 20 % Frauen).

Abbildung 5.11:
Altersstruktur der in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen, nach Geschlecht und Bundesland, 2015



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

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 5.11 zeigt die Altersstruktur der 2015 in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind 7 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen unter 25 Jahre alt. 20 Prozent gehören der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre an, 43 Prozent sind im Alter von 30 bis 39 Jahren und 33 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 Viertel.

5.2.4 Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die die Selbstständigkeit der Menschen und ihre soziale Integration aufrechterhalten oder helfen sollen, diese wieder zu erreichen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. 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 Wien⁸⁸), 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). 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 Doppelgleisigkeiten 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. Die *Wiener BerufsBörse* ist u. a. für das „Matching“ von Klient/innen und sozioökonomischen Betrieben verantwortlich. Im Jahr 2015 wurden 817 Personen zur suchtspezifischen Diagnostik an das ISD zugewiesen (SDW 2016). 135 Personen wurden an *Standfest* vermittelt, 247 an *fix & fertig*, 22 an *gabarage* und 152 erhielten Beratungs- und Informationsleistungen.

Einen Überblick über die Angebote zur sozialen Reintegration bieten die Karte A5. 3 sowie regionale Informationsschienen⁸⁹.

5.2.5 Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung erfolgt auf verschiedensten Ebenen und Wegen, die vorliegende Auflistung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

88

Mehr Information unter <http://www.suchthilfe.at/> (4.8.2016)

89

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (4.8.2016)

Gesetzliche Vorgaben finden sich in SMG (BGBl. I 1997/112), SV (BGBl. II 1997/374) und der *Weiterbildungsverordnung orale Substitutionsbehandlung* (BGBl. II 2006/449). 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 BMGF. Das BMGF 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 und weiteren Akteurinnen und Akteuren umzusetzen sind.

Zusätzlich gibt es Überprüfungen hinsichtlich baulicher, technischer, sicherheitstechnischer und bauhygienischer Beschaffenheit jener Einrichtungen, die als Sozialhilfe-Einrichtung entsprechender 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** wie das "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), die "Qualitätsrichtlinien für ambulante Suchteinrichtungen in NÖ" und die "Qualitätsrichtlinien für ambulante Jugendsuchtberatungen in NÖ" oder die "Checkliste Substitution" in der Steiermark. Darüber hinaus liegen auch Konsenspapiere (z. B. der ÖGABS zur "Substitutionsgestützten Behandlung Opioidabhängiger" oder der ÖGPB "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 sollen.

Speziell für die Substitutionsbehandlung ist die Kontrolle durch Amtsärztinnen und -ärzte laut § 23g SV anzuführen.

Relevant für Qualitätssicherung sind auch verschiedene **Gremien**: Dazu gehören beispielsweise der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* beim BMGF 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 Maria Trost-Gespräche in der Steiermark) und jährliche Fachtagungen (z. B.

das Substitutionsforum in Mondsee der ÖGABS und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee⁹⁰ oder – auf regionaler Ebene – die Tiroler Suchttagung) veranstaltet.

Eine wichtige Rolle in der Qualitätssicherung spielen auch **Evaluationen** von Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen. Hier kann nur auf einzelne Studien verwiesen werden, die die Einrichtungen in Auftrag geben oder selbst durchführen. Manche führen selbst regelmäßig Katamneseuntersuchungen durch (z. B. die Therapiestation *Carina*), andere lassen einzelne Angebote einmalig extern evaluieren (z. B. das Jugendangebot des Vereins *Dialog*). Aktuell liegt ein Evaluationsbericht der Therapiestation *Carina* vor, andere wurden bereits in früheren Berichten zur Drogensituation beschrieben. Der letzte Katamnesebericht stammt ebenfalls von der Therapiestation *Carina*.

Für den Katamnesebericht 2014⁹¹ der Therapiestation *Carina* (Stiftung Maria Ebene 2015) konnten weniger ehemalige Klienten/Klientinnen befragt werden als in früheren Studien. 52,5 Prozent der ehemaligen Klienten/Klientinnen gehen entweder einer Teilzeit- oder Vollzeitbeschäftigung nach oder befinden sich in einer Qualifizierungsmaßnahme bzw. einer Ausbildung, die anderen sind erwerbslos und beziehen Invaliditätspension oder Sozialhilfe. Die Wohnsituation ist in 95 Prozent der Fälle gesichert. Die Abstinenzquote für illegale Substanzen wurde mit 33 Prozent berechnet, für Alkohol mit 15 Prozent, was im Vergleich zum Katamnesebericht 2013 (Stiftung Maria Ebene 2014) deutlich geringer ist. 76 Prozent gaben an, Nachsorgeangebote in Anspruch genommen zu haben. 43 Prozent der Befragten beurteilen ihre aktuelle Lebenssituation als gut oder sehr gut, 28,5 Prozent als durchschnittlich. Die Lebensqualitätsentwicklung beurteilen 81 Prozent als positiv (Verbesserung) und 14 Prozent als unverändert. Während die Befragten mit ihren Sozialkontakten (52,5 %), ihrer Arbeitsfähigkeit (52,5 %), ihrer finanziellen Situation (57 %), ihrer Freizeitgestaltung (62 %), ihrer Wohnsituation (62 %) und ihrer Gesundheit (66 %) zufrieden oder sehr zufrieden sind, sind 57 Prozent mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden oder sehr unzufrieden.

Der aktuellste Evaluationsbericht der Therapiestation *Carina* (Stiftung Maria Ebene 2016a) zeigt, dass im Jahr 2015 von 47 beendeten Behandlungen 75 Prozent erfolgreich waren, in 19 Prozent der Fälle kam es zu einem Abbruch, in rund sieben Prozent zu einer vorzeitigen Entlassung. Die durchschnittliche Behandlungsdauer regulär abgeschlossener Therapien betrug 159 Tage, rund neun Prozent der Fälle kamen aufgrund von gerichtlichen Auflagen und Weisungen zustande. Krisenaufnahmen dauerten durchschnittlich 23 Tage. Tagesstrukturierende Angebote nach Therapieabschluss wurden von 22 Personen über durchschnittlich 50 Tage in Anspruch genommen. Zur

90

Veranstalter waren im Jahr 2015 die Medizinische Ausstellungs- und Werbegesellschaft (MAW), die Johannes Kepler Universität, Cocoon, die Österreichische Ärztekammer (ÖÄK), der Berufsverband Österreichischer PsychologInnen (BÖP).

91

64 Personen haben im Jahr 2013 ihre Behandlung beendet, davon konnten 49 in die Katamneseuntersuchung aufgenommen und 21 tatsächlich erreicht werden.

Messung der Ergebnisse wird an der Therapiestation *Carina* seit 2012 die Methode des semantischen Differenzials⁹² eingesetzt. Diese zeigt im Verlauf der Therapie eine signifikante Abnahme der positiven Potenz, der positiven Valenz und der Aktivierungsqualität der Leitdrogen und gleichzeitig eine signifikante Zunahme der positiven Potenz und der positiven Valenz von Abstinenz. Die Aktivierungsqualität von Abstinenz nimmt zwar zu, steigt aber nicht signifikant. Sowohl Leidensdruck als auch Suchtdruck nehmen im Lauf der Therapie signifikant ab.

Die Klienten/Klientinnen sind überwiegend (eher) zufrieden mit Behandlungsangebot, –kompetenz und –beziehung. Die höchsten Anteile an Unzufriedenheit ergeben sich bezüglich Wartezeit (28 %), Angebot von Berufsorientierung (22 %), Zielgruppe (19 %), pädagogischem Reiten (16 %) und Information über die Erkrankung (15 %). Verbesserungswünsche werden v. a. hinsichtlich zusätzlicher Freizeit- oder Therapieangebote geäußert. Gewünscht wird aber auch eine bessere Absprache und Abstimmung des therapeutischen Teams, ein härteres Durchgreifen bei Verstößen gegen die Hausordnung und mehr Information über spezifische Störungsbilder bzw. die eigene Erkrankung.

Weniger Daten liegen zur Therapiestation *Lukasfeld* vor, an der 61 Prozent die körperliche Entgiftung und 33 Prozent die Entwöhnungsbehandlung regulär abgeschlossen haben (Stiftung Maria Ebene 2016). In 29 bzw. 28 Prozent der Fälle kam es zu einem Abbruch, in 10 bzw. 39 Prozent der Fälle zu einer vorzeitigen Entlassung.

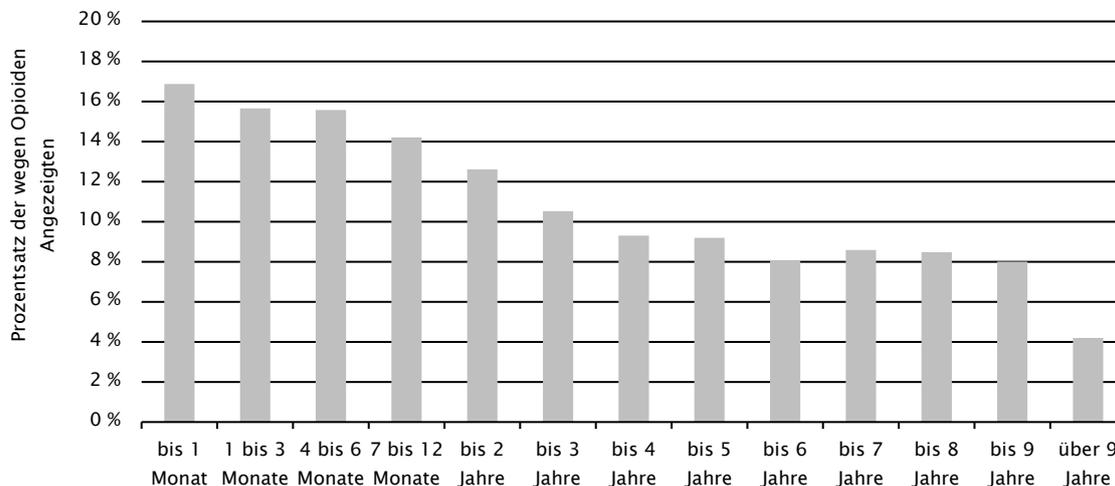
Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung liegen verschiedene Studien vor (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Es werden aber auch von der GÖG regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durchgeführt, die einzelne Aspekte untersuchen. Ein Beispiel sind im Jahr 2014 durchgeführte Analysen zum Zusammenhang von Dauer der Substitutionsbehandlung und Wahrscheinlichkeit einer polizeilichen Anzeige wegen Opiaten. Im Jahr 2013 wurden insgesamt 10 Prozent aller in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen wegen Opioiden angezeigt (2010 bis 2012 jeweils 11 % oder 12 %). In der nachfolgenden Auswertung wurde das Merkmal, ob eine/ein Behandelte/r im Jahr 2013 wegen Opioiden angezeigt worden ist (Beobachtungszeitraum 2013) in Zusammenhang mit ihrer/seiner Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 gestellt. Es zeigt sich zum einen, dass die Wahrscheinlichkeit einer Anzeige mit der Behandlungsdauer deutlich abnimmt, zum anderen, dass auch ein kleiner Teil der Patienten/Patientinnen mit sehr langer Behandlungsdauer angezeigt wurde (vgl. Abbildung 5.12).

92

Bei der Methode des semantischen Differenzials werden affektive Wortdeutungen quantitativ analysiert. Die Valenzdimension misst die gefühlsbezogene Qualität eines Begriffs, die Potenzdimension die Macht oder Stärke und die Aktivierungsdimension den Grad der Erregung/Spannung, die mit einem Begriff verbunden ist.

Abbildung 5.12:

Behandlungsdauer zum 1. 1. 2013 und Prozentsatz einer Anzeige wegen Opioiden, 2013



In der Grafik wird der Prozentsatz jener Personen dargestellt, der im Jahr 2013 wegen des Konsums von Opioiden angezeigt wurden; Beispiel: Von jenen Personen, die am 1. 1. 2013 unter einem Monat in Behandlung waren ($n = 237$), wurden im Jahr 2013 17 Prozent angezeigt, von jenen Personen, die am 1. 1. 2013 bereits über neun Jahre in Behandlung waren ($n = 3.501$), wurden im Jahr 2013 vier Prozent wegen Opioid-Konsums angezeigt. Eine Betreuungssequenz ging dann in die Behandlungsdauer ein, wenn sie nicht länger als 32 Tage unterbrochen worden war.

Quellen: Busch et al 2014

Dies kann einerseits als Beleg hinsichtlich einer kriminalitätspräventiven Wirkung der Substitutionsbehandlung interpretiert werden, andererseits zeigt sich, dass es auch nach sehr langer Behandlungsdauer Rückfälle in illegale Verhaltensweisen gibt.

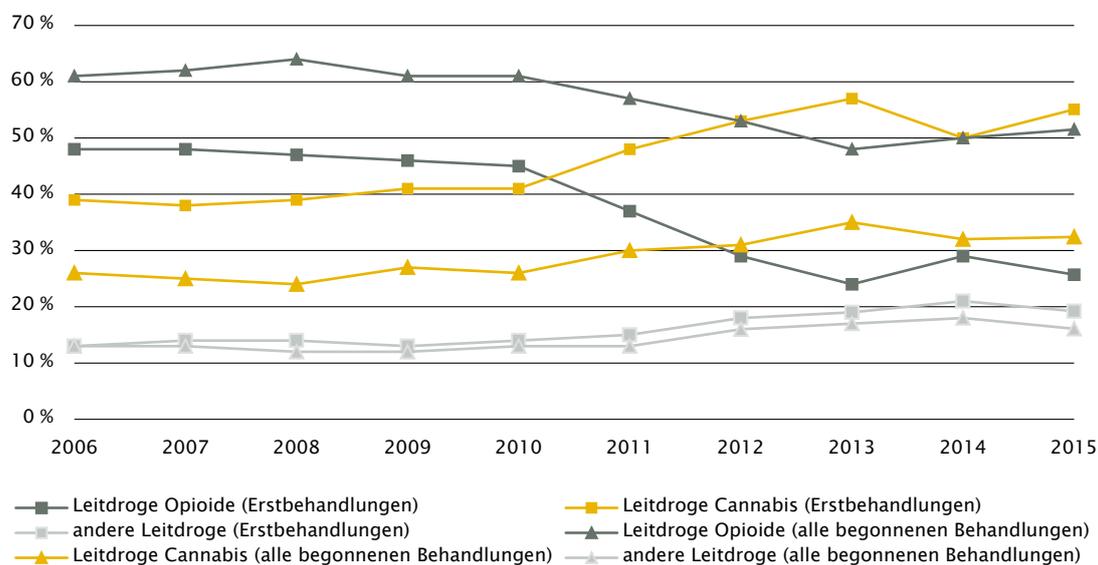
5.3 Trends

Betrachtet man die Zeitreihe zu Cannabis und Opioiden als Leitdroge anhand der hierarchischen Leitdrogendefinition in den DOKLI-Daten, so zeigen sich bis zum Jahr 2013 eine Abnahme des Opioid- und eine Zunahme des Cannabis-Konsums. Dieser Sachverhalt ist bei Personen in Erstbehandlungen etwas stärker ausgeprägt als bei allen erfassten Personen, die im entsprechenden Jahr mit einer Betreuung begonnen haben (vgl. Abbildung 5.13). Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Drogen als Leitdrogen bis 2014 leicht gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulantien (Erstbehandlungen: Kokain 9 %, Stimulantien 6 %; bei neuen Betreuungen: Kokain 7 %, Stimulantien 5 %).

Es ist aber zu beachten, dass der weitaus größte Teil der Personen in Substitutionsbehandlung (Opioidproblematik) nicht in DOKLI aufscheint.

Abbildung 5.13:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioiden und Cannabis (hierarchische Definition), 2006–2015

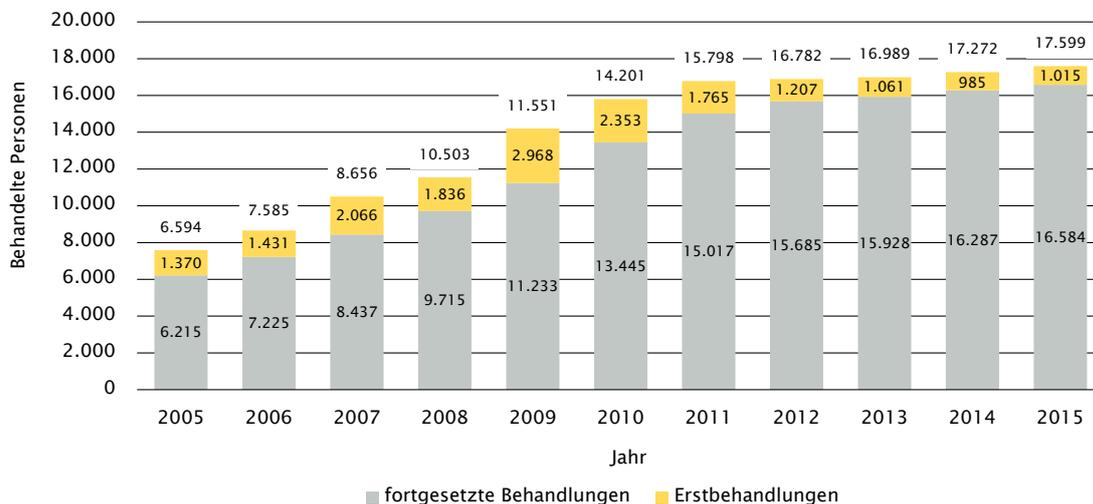


Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertungen 2006 bis 2015

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abbildung 5.14). Das Abflachen des Anstiegs der in oraler Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen dürfte durch einen Sättigungseffekt zu erklären sein – der Großteil der Personen, für den Substitutionsbehandlung in Frage kommt, ist bereits in Behandlung.

Abbildung 5.14:

Jährliche Meldungen von Personen aktuell in Substitutionsbehandlung, nach Erst- und fortgesetzter Behandlung, 2005–2015



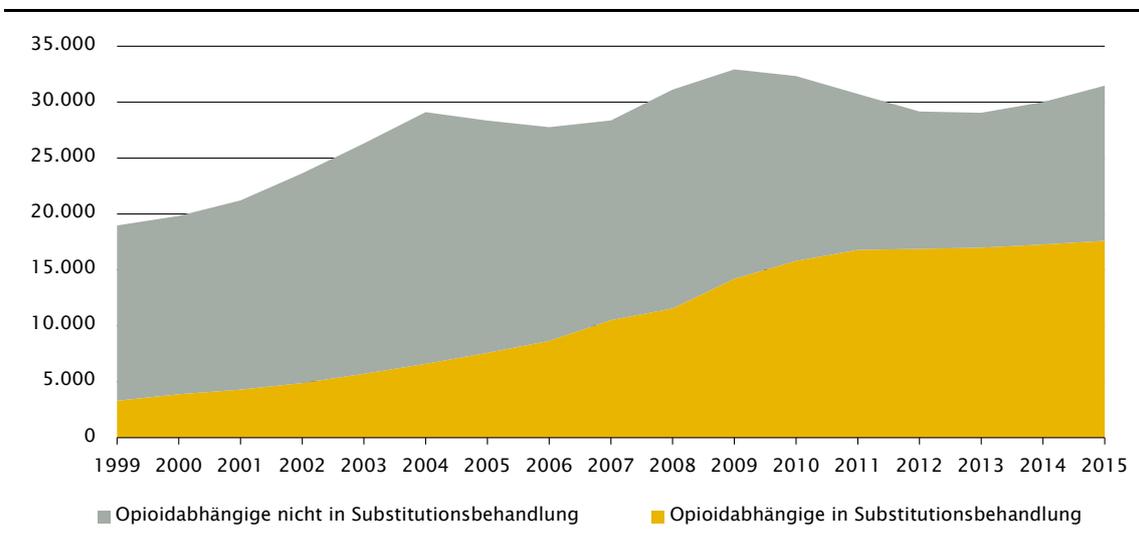
Fortgesetzte Behandlungen sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren.
Erstbehandlung bedeutet, dass die entsprechende Person bisher noch nie in Substitutionsbehandlung war.

Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zur geschätzten Prävalenz, so zeigt sich, dass sich die In-Treatment-Rate über die Jahre massiv erhöht hat. Während sich die geschätzte Anzahl von Personen mit Drogenproblemen (Opioiden) seit 1999 lediglich um 50 Prozent erhöht hat, hat sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen nahezu verfünffacht. Insgesamt werden von den geschätzten 29.000 bis 33.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum zwischen 53 und 61 Prozent durch Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.15) bzw. zwischen 60 und 68 Prozent durch drogenspezifische Behandlung erreicht (Busch et al. 2016). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.15:

Opioidabhängige Personen, nach Integration in Substitutionsbehandlung, 1999–2015



Quelle: eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.4 Neue Entwicklungen

Auch im Jahr 2015 machte sich die schwierige finanzielle Situation mancher Bundesländer in Form von Budgetkürzungen bemerkbar (vgl. Kapitel 1) und verhinderte bereits geplante Weiterentwicklungen bzw. die Wiederinbetriebnahme von vorübergehend stillgelegten Beratungsstellen, z. B. des Vereins b.a.s. (b.a.s. 2016). Dies ist v. a. dann problematisch, wenn dadurch die regionale Versorgung mit Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangeboten nicht (mehr) gewährleistet werden kann. Dennoch konnte in Kärnten im Jahr 2015 mit dem Haus Irma des Vereins *Oikos* ein neuer Standort eröffnet werden (Prehslauer p. M.).

In der neuen *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird darauf hingewiesen, dass sich das Angebot der Suchthilfe an den Bedürfnissen der betroffenen Menschen orientieren muss (vgl. auch Kapitel 1). Für den Bereich Suchtberatung, -betreuung und -behandlung wird eine Vielzahl an fundierten Programmen gefordert, die grundsätzlich sowohl abstinenzorientiert als auch auf moderaten und kontrollierten Konsum hinwirken sollen (BMG 2016). Die Schnittstellenfunktion sozialpsychiatrischer Einrichtungen wird hervorgehoben, aber auch die Notwendigkeit der sozialen und beruflichen (Re-)Integration. Hinsichtlich Opioidabhängiger wird festgehalten, dass möglichst viele unter kontrollierten und standardisierten Bedingungen in Substitutionsbehandlung genommen werden sollten. Gleichzeitig soll jenen Personen, für die Abstinenz vorstellbar ist, die Möglichkeit zur Entzugsbehandlung und anschließender Entwöhnung angeboten werden.

Die neue *Suchtstrategie NÖ* enthält die Empfehlung, Ambulanzen mit multiprofessionellen Teams als Kompetenzzentren für Personen mit Abhängigkeitserkrankungen zu errichten (Fachstelle für

Suchtprävention NÖ 2016). Ausgebaut werden sollen das Pilotprojekt zur Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger, das psychotherapeutische Angebot, die Kapazitäten der ambulanten Suchtberatungen sowie das Modell der Jugendsuchtberatungen. Die vorgeschlagenen Maßnahmen umfassen aber auch ein Unterstützungsangebot an Angehörige (einschließlich therapeutischer Angebote und fachlich moderierter Selbsthilfegruppen), die Weiterführung der Begutachtungen nach § 12 SMG sowie den Ausbau des Projektes DESK (zur Förderung vernetzten Handelns im Fall von suchtblasteten Familien während Schwangerschaft und Elternschaft) und von mehrsprachigen Angeboten in der Suchtberatung. Soziale Reintegration ist ebenfalls ein wichtiges Thema der Strategie. Als entsprechende Maßnahmen sind u. a. das Schaffen von spezifischen Wohnsicherungsangeboten, das Sicherstellen des Zugangs zu Einrichtungen wie z. B. Pflegeheimen, der Ausbau von arbeitsmarktintegrativen Angeboten (inkl. jener mit flexiblen Rahmenbedingungen) sowie die Entwicklung neuer Angebote vorgesehen. Betont werden auch Weiterführung und Verstärkung von Vernetzung sowie Fortbildung zum professionellen Umgang mit Sucht/Abhängigkeiten in den jeweiligen Einrichtungen.

Hinsichtlich der Schaffung und Umsetzung integrierter Konzepte für die Suchthilfe ist z. B. das Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025 relevant, in dem die Bündelung der bestehenden Suchthilfe-Angebote in vier *Integrierten Suchtberatungsstellen* vorgesehen ist (Amt der Vorarlberger Landesregierung 2015; vgl. Kap. 1). In Salzburg wurde eine Strategie für den Aufbau eines integrierten Suchthilfesystems erarbeitet, die jedoch von der Landeregierung noch nicht beschlossen wurde (Schabus–Eder p.M.).

In Wien wurde das im Jahr 2014 gestartete Projekt *Alkohol 2020* weitergeführt und im Jahr 2016 ausgebaut. Ein regionales Kompetenzzentrum dient als erste Anlaufstelle für Menschen mit einer Alkoholerkrankung, die für eine ganzheitliche umfassende Abklärung, die Erstellung eines individuellen beruflichen Maßnahmenplans, die Vermittlung zu medizinischen Angeboten sowie die zentrale Fallsteuerung verantwortlich ist (SDW 2016). Im Jahr 2016 wird der Verein Dialog im Rahmen der Projektes *Alkohol 2020* zunehmend auch Personen mit reiner Alkoholabhängigkeit betreuen (Verein Dialog 2016).

Trotz finanzieller Engpässe gibt es laufend Bemühungen zur Weiterentwicklung der Suchtbehandlung. In der Steiermark wurde 2013 eine neue suchtmmedizinische Ambulanz eröffnet mit dem Ziel einer wohnortnahen ambulanten klinischen Basisversorgung für die Obersteiermark (Dislozierte Suchtmmedizinische Ambulanz 2016). Das Angebot umfasst fachärztlich–psychiatrische Untersuchung und Therapie mit Schwerpunkt stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen sowie Substitutionsbehandlung und Begleitung während der Substitutionsausgabe. Durch das Angebot von Sozialarbeit stellt die dislozierte suchtmmedizinische Ambulanz die einzige Einrichtung in der Obersteiermark dar, die ärztliche und psychosoziale Maßnahmen unter einem Dach anbietet. Auf Basis der bisherigen Erfahrungen werden diverse Erweiterungsmöglichkeiten gesehen (vgl. auch Kap. 6), die u. a. durch Belegen von Betten einer somatischen Abteilung eine wohnortnahe Entzugsbehandlung in der Region bieten könnte.

Im Rahmen einer Tiroler Studie wurde festgestellt, dass sich zwar zunehmend Kooperationsnetzwerke in der Suchthilfe etablieren, aber integrierte Kooperationsbemühungen – die über eine fall–

weise Zusammenarbeit hinausgehen – kaum bestehen (AMS 2015). Eine übergeordnete und institutionenübergreifende Fallführung und Steuerung im Sinne eines konsequenten Case-Management-Ansatzes wird jedoch für einen integrierten Behandlungs- und Rehabilitationspfad als notwendig erachtet. Eine Umsetzung dieses Ansatzes bedeutet aber Verantwortungsübernahme für den Rehabilitationsprozess und die Sicherstellung kontinuierlicher Erreichbarkeit. Inwieweit die bestehenden Beratungsstellen dies übernehmen können, ist nach Meinung der Autoren zu klären. Des Weiteren sollte die Angehörigenarbeit ausgebaut werden.

Im Zuge der Umsetzung der Benzodiazepin-Leitlinie wird z. B. in der Steiermark seit 2013 kein Flunitrazepam mehr verordnet, dies wird mittlerweile auch von den in der Substitutionsbehandlung tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten so gehandhabt (Foissner p. M.). An der Therapiestation *Walkabout* (Steiermark) werden inzwischen auch Benzodiazepin-Entzüge durchgeführt (Ederer p. M.). In Wien wird derzeit eine neue Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen erarbeitet (SDW 2016).

Laut Fachleuten (aus Exekutive, Suchtmedizin und niederschweligen Einrichtungen in OÖ) besteht ein Defizit hinsichtlich der Behandlung und Betreuung von Personen mit einem problematischen Methamphetamin-Konsum (Seyer 2016). Dies gilt insbesondere für den ambulanten, zum Teil aber auch für den stationären Bereich. Als besonders schwierig wird erachtet, dass es keine medikamentöse Behandlung gibt, die der Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen entspricht. Auch der Mangel an Psychotherapieplätzen und damit einhergehende monatelange Wartezeiten werden als besonders problematisch für diese Gruppe mit psychosozialer Instabilität kritisiert. Dies gilt auch für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie, wo laut Studie in Oberösterreich mindestens ein Monat Wartezeit für eine stationäre Betreuung besteht und kein Angebot im niedergelassenen Bereich vorliegt. Weiters gibt es für diese Gruppe keine adäquaten Angebote in der Suchthilfe. Verbesserungsvorschläge beinhalten daher

- » eine flächendeckende jugendpsychiatrische Versorgung,
- » eine Erweiterung der Anzahl behandelnder Ärztinnen und Ärzte und damit eine schnellere Aufnahme in psychiatrische Behandlung,
- » Möglichkeiten für eine dezentrale Akutbehandlung bzw. eine kurzfristige stationäre Aufnahme sowie
- » Schaffung einer regionalen niederschweligen Einrichtung.

In Wien hat der Verein *Dialog* das spezifische Angebot für Kokainkonsumierende auf die neue Zielgruppe der Methamphetamin-Konsumierenden ausgedehnt (Verein Dialog 2016).

In Wien wird weiters daran gearbeitet, die Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerks (SDHN) dem Bedarf älterer Suchtkranker anzupassen und die suchtspezifische Versorgung älterer Pflegebedürftiger zu Hause zu gewährleisten (SDW 2016; vgl. auch Kap. 6).

Darüber hinaus wurde u. a. geklärt,

- » wie eine rechtskonforme Verordnung von Substitutionsmitteln bei Aufenthalt in einem Rehabilitationszentrum oder Sonderkrankenhaus aussehen kann,

- » welche Pflege und Betreuung für opioidabhängige Personen in Substitutionsbehandlung möglich sind und wie sie diese beantragen können,
- » ob die Zusammenarbeit bei stationärer Aufnahme von Müttern, die sich in Substitutionsbehandlung befinden, und deren Kindern im Kompetenzzentrum Perinatale Psychiatrie im AKH Wien gewährleistet ist und
- » wie der Zugang zur Suchthilfe für Personen mit Migrationshintergrund und Abhängigkeitserkrankung erleichtert werden kann.

Das Merkblatt zum Aufenthalt von Opioidabhängigen in einer Reha-Einrichtung weist z. B. darauf hin, dass zur Sicherstellung der stufenlosen Fortführung der Substitutionsbehandlung bereits auf dem Reha-Antrag Art und Dosis der aktuellen Substitutionsmedikation und der/die behandelnde Arzt/Ärztin anzugeben sind. Nach der Bewilligung muss rechtzeitig abgeklärt werden, wie diese Substitutionsmittel vor Ort bezogen werden können. Im Merkblatt ist das Prozedere für verschiedene mögliche Situationen angeführt.

Suchtmittelkonsumierende Personen mit Migrationshintergrund und insbesondere Asylwerber/-innen sind seit 2015 auch in der Suchthilfe verstärkt ein Thema; so z. B. in der Stiftung Maria Ebene, wo das Thema „Sucht und Migration“ 2015 im Fokus des jährlichen Symposiums stand (Stiftung Maria Ebene 2016b), oder beim Grünen Kreis, der sein Magazin *Sucht* im Frühling 2016 diesem Thema widmete. Der Verein Dialog berichtet von einer Zunahme von Asylwerbern/Asylwerberinnen in einer seiner Ambulanzen (Verein Dialog 2016).

Berichte aus der Praxis (z. B. North 2016) und aktuelle Studien/Papiere (z. B. Ameskamp et al. 2016) bestätigen die Zugangshürden, die die Inanspruchnahme von Beratungs-, Betreuungs- oder Behandlungsangeboten behindern und auch aus anderen Versorgungsbereichen bekannt sind (z. B. Anzenberger und Gaiswinkler 2016). Dazu gehören Sprache, fehlende Information über Ursachen und über Unterstützungsangebote sowie mangelnde kulturelle Sensibilität und interkulturelle Kompetenzen bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Hinsichtlich Sucht und Abhängigkeit kommt Tabuisierung erschwerend dazu. Um sprachliche Hürden zu beseitigen, hat sich die bereits im Jahr 2014 initiierte Umsetzung von *Video-Dolmetsch*⁹³ in einer Beratungsstelle des Vereins *Dialog* als sehr hilfreich erwiesen (Verein Dialog 2016). Es ermöglicht das Dolmetschen eines Beratungs- oder Betreuungsgesprächs live per Video und steht für viele Sprachen zur Verfügung (manche müssen 24 Stunden vorher angemeldet werden). Mitarbeiter/-innen berichten von einer hohen Professionalität dieses Angebots. Insbesondere hinsichtlich der Sicherstellung einer medizinischen Versorgung, der Anamnese und zur Lösung konkreter abgegrenzter Probleme hat sich der Einsatz bewährt. Ein Vorteil ist auch, dass durch das Angebot von *Video-Dolmetsch* Personen mit Migrationshintergrund angesprochen werden konnten, die schon längere Zeit in Österreich leben, aber aufgrund sprachlicher Barrieren das Suchthilfesystem nicht in Anspruch genommen haben. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass solche Gespräche nicht nur länger dauern, sondern

93

Das Angebot wurde auf Initiative der Plattform für Patientensicherheit entwickelt und wird inzwischen von vielen Einrichtungen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich im deutschsprachigen Raum genutzt: <http://www.videodolmetschen.com/> (12.7.2016)

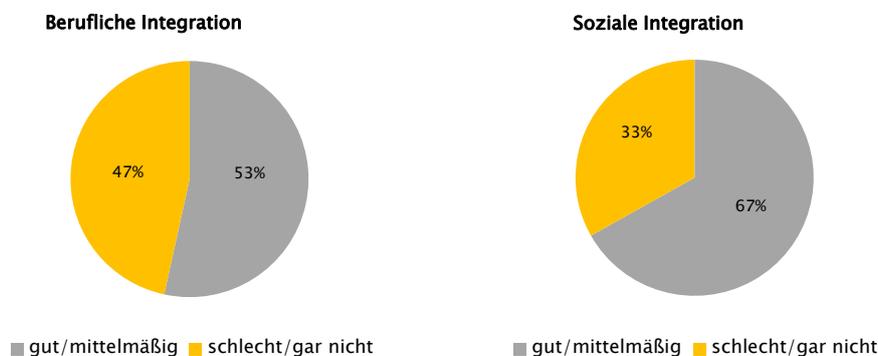
der Beziehungsaufbau besonders schwer ist und spezifische Aspekte – wie z. B. das Geschlecht von betroffener und dolmetschender Person – berücksichtigt werden müssen. Ob es möglich ist, Asylwerber/innen – die häufig traumatisierende Erfahrungen gemacht haben – mittels Videodolmetschen längerfristig zu betreuen, ist aus Sicht des Vereins *Dialog* noch zu klären. In anderen Bereichen wird das stark bezweifelt bzw. werden andere Dolmetsch-Angebote wie z. B. kommunales Dolmetschen empfohlen (NZFH.at 2016).

Hinsichtlich der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen ist nach wie vor der teilweise bereits bestehende oder in naher Zukunft drohende Mangel (z. B. durch Pensionierung) von Ärztinnen und Ärzten in der Substitutionsbehandlung ein wichtiges Thema. Die Zusammenlegung der beiden Universitätskliniken für Psychiatrie in Salzburg hat beispielsweise nicht dazu geführt, dass mehr Ärztinnen und Ärzte mit Substitutionsberechtigung zur Verfügung stehen (Schabus-Eder p. M.). Gleichzeitig hat die Umsetzung der Ärztedienstzeitregelung vorübergehend zu einer zeitlichen Einschränkung der Behandlung in der Drogenambulanz und damit zu einer zeitweise angespannten Versorgungssituation geführt. An dieser Universitätsklinik wurde daher im Dezember 2015 die erste Inhouse-Weiterbildung zur Erlangung der Substitutionsberechtigung durchgeführt. Diese Weiterbildung wird in die Facharztausbildung integriert, um mittelfristig in der Klinik und langfristig auch im niedergelassenen Bereich ausreichend Ärztinnen und Ärzte mit Berechtigung zur Verfügung zu haben.

Eine vom GÖG-Kompetenzzentrum Sucht durchgeführte kurze „Ad hoc“-Onlinebefragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte liefert unter anderem Informationen zur beruflichen und sozialen Integration von Personen in Substitutionsbehandlung. Die Frage „Wie schätzen Sie die berufliche Integration der Patienten/Patientinnen in den letzten 12 Monaten ein?“ wurde für jeweils genau die Hälfte der betreuten Patientinnen und Patienten mit gut/mittelmäßig bzw. schlecht/gar nicht beantwortet. Für jene Patientinnen und Patienten, die bereits mindestens vier Jahre in Opioid-Substitutionsbehandlung sind, ist die Einschätzung etwas besser (vgl. Abbildung 5.16). Die soziale Integration der Patientinnen/Patienten insgesamt wird zu 54 Prozent als gut/mittelmäßig beurteilt. Auch hier schneiden Patientinnen und Patienten mit Behandlungsdauer von mindestens vier Jahren etwas besser ab (vgl. Abbildung 5.16).

Abbildung 5.16:

Einschätzung der sozialen und beruflichen Integration von Personen, die mindestens 4 Jahre in Opioid-Substitutionsbehandlung sind, 2015



Quelle: Befragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte 2015
Erhebung und Auswertung: GÖG

Um im ambulanten Setting besser überprüfen zu können, ob die verordnete Dosierung des Substitutionsmittels passt, wurde an der Interdisziplinären Kontakt- und Anlaufstelle (IKA) in Graz eine objektivierte Dosisevaluierung (ODE) eingeführt (Foissner p.M.). Dazu werden Klientinnen und Klienten mit einer Tagesdosis von 800 mg oder mehr Morphin in Retardform eingeladen⁹⁴, an einem Tag ihrer Wahl das Substitutionsmittel in Originalverblisterung in der Apotheke abzuholen (die gesamte Tagesdosis) und zur überprüften Einnahme in die IKA mitzubringen. Die Einnahme erfolgt dann unter Aufsicht, gefolgt von einer zweistündigen ärztlichen Überwachung (30 Minuten lückenlos, 90 Minuten lose). Anschließend werden Vigilanz und Konzentrationsfähigkeit im Gespräch überprüft. Sollte sich herausstellen, dass die Dosis zu hoch ist, werden individuelle Konsequenzen angekündigt (die Klientinnen und Klienten müssen vorher ein Informationsblatt unterschreiben). Die Erfahrungen zeigen, dass durch die ODE die Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und Klient/in intensiviert wurde. Es wurde keine Vigilanz- oder Konzentrationsminderung festgestellt, was für eine gute Einstellung spricht. In einigen Fällen konnte die Angst der Klientinnen und Klienten vor Veränderungen reduziert und eine Verhaltensänderung – weg von einem i.v.-Konsum hin zu einer bestimmungsgemäßen Einnahme – erreicht werden.

Apotheken spielen durch die Ausgabe der Substitutionsmittel in der Behandlung und Betreuung opioidabhängiger Personen eine wichtige Rolle. Eine Umfrage in Apotheken (Österreichischen Apothekerkammer 2015) zeigt, dass rund 70 Prozent der Klientinnen und Klienten zwischen einem und zehn Jahren in derselben Apotheke betreut werden, 14 Prozent länger als zehn Jahre und 16 Prozent kürzer als ein Jahr. Über 50 Prozent haben aufgrund der täglichen Einnahme täglichen Kontakt mit der Apotheke, 10 Prozent haben mehrmals wöchentlichen und 38 Prozent einmal wöchentlich Kontakt (darunter fallen jene mit „Mitgaberegung“). 60 Prozent der Verordnungen

94

Einer ODE wird nicht auf freiwilliger Basis durchgeführt, sondern ist für jede/n Klientin/Klienten vorgesehen. In den meisten Fällen funktioniert das problemlos, in manchen Fällen dauert es eine Weile, bis ein Termin zustande kommt (Foissner p.M.).

von Substitutionsmitteln, die in Apotheken eingelöst werden, betreffen Morphin in Retardform, gefolgt von Buprenorphin (18 %), Methadon und Levomethadon (je 9 %) sowie dem Kombinationsprodukt Buprenorphin/Naloxon bzw. anderen Wirkstoffen (je 2 %).

Zur Verbesserung des Angebots zur sozialen Reintegration wurde vom Verein *Dialog* im Herbst 2014 ein Modulsystem geschaffen, das u. a. ein neues fünfwöchiges Grundlagenmodul enthält (Verein Dialog 2016). Dieses fand im Jahr 2015 mit insgesamt 100 Teilnehmern/Teilnehmerinnen neunmal statt. Für aktuell nicht abstinenten Personen, mit denen an realistischen beruflichen Zielen gearbeitet werden konnte, wurde ein dreiwöchiges Aufbaumodul entwickelt.

Zusätzlich wurde ein Angebot für abstinenten Personen nach einer Alkoholentwöhnung geschaffen, das eine individuelle Einstiegsmöglichkeit und damit einen raschen Anschluss nach Therapieabschluss ermöglicht. Damit einhergehend wurde sowohl eine engere Vernetzung mit dem Anton Proksch Institut durch einen Verbindungsdienst als auch eine räumliche Trennung des Angebots für stabilere und abstinenten Personen von jenem für andere Klientinnen/Klienten notwendig. Eine weitere neue Ergänzung stellen drei Struktur- und Aktivierungskurse für Personen aus NÖ dar.

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen (vgl. ST TDI). Die 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.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2015 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 an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMGF wahrgenommen und basierte bis 2009 auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte und seither auf den Meldungen der zuständigen Bezirksverwaltungsbehörden. Bis zur Implementierung von *eSuchtmittel*/waren diese Meldungen nicht immer lückenlos und erfolgten oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 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.

Für den **Katamnesebericht 2014** und den **Evaluationsbericht 2015** der Therapiestation *Carina* wurden die Daten des medizinischen Dokumentationssystems (MEDOS) der Stiftung Maria Ebene und weitere routinemäßig erhobene Daten der Therapiestation *Carina* (ICD-10-Diagnoseblätter sowie Befragungen zu Beginn und zum Ende der Therapie) ausgewertet, zusätzlich wird ehemaligen Klienten/Klientinnen zwölf Monate nach Therapieabschluss ein Fragebogen zugeschickt bzw. werden sie anhand des Fragebogens telefonisch befragt (Stiftung Maria Ebene 2015). Der Fragebogen zur Erhebung der Klientenzufriedenheit wurde neu entwickelt und orientiert sich an dem Wiener Patientenzufriedenheitsinventar (WPI), der *Verona Service Satisfaction Scale* (VSSS) und dem Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit (ZUF-8) (Stiftung Maria Ebene 2016a). Er wird 2015/2016 getestet und soll in Folge überarbeitet werden.

„Ad hoc“-Onlinebefragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte

Im Jahr 2015 wurde vom GÖG-Kompetenzzentrum Sucht eine kurze „Ad hoc“-Onlinebefragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Die Themen waren berufliche und soziale Integration, Hepatitis C und intravenöser Drogenkonsum bei Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung. Da insbesondere Langzeitpatientinnen und -patienten im Fokus standen, wurde nach der Behandlungsdauer (≤ 4 Jahre / > 4 Jahre) differenziert. Der Link zur Befragung wurde von der Österreichischen Ärztekammer im Juni und im September 2015 an alle zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte ausgeschickt.

60 ausgefüllte Fragebögen konnten in die Auswertung einbezogen werden und beziehen sich auf 4.427 Patientinnen/Patienten (2.424 länger als 4 Jahre und 2.003 bis zu 4 Jahren in Behandlung). Einschränkend muss angemerkt werden, dass es sich bei den Angaben großteils um Schätzungen durch die Ärztinnen und Ärzte handelt und teilweise Inkonsistenzen in den Daten bereinigt werden mussten.

Zur Methodik des **Drogenmonitorings Oberösterreich** vgl. Kapitel 3

5.6 Bibliographie

- Ameskamp, D., Kuhlmann, D., Leicht, A., Meyer-Thompson, H.-G., Quellhorst, S., Tretter, F., Wessel, T. (2016). Flüchtlinge und (Opioid-)Abhängigkeit: Die Hürden zur Behandlung. Ergebnis eines Treffens zum Thema „Flüchtlinge in Deutschland – eine Herausforderung auch für die Drogenpolitik“. Berlin, München, Bergisch-Gladbach, Hamburg.
- AMS (2015). Förderung der beruflichen Integration substanzabhängiger Personen in Tirol. Arbeitsmarktservice Tirol. Innsbruck.
- Amt der Vorarlberger Landesregierung (2014). Vorarlberger Psychatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung; Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration. Bregenz.
- Anzenberger, J., und Gaiswinkler, S. (2016). Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen. Leitfaden zur Maßnahmengestaltung in Gesundheitsförderung und -versorgung. Anregungen und Tipps zu den Themen Ernährung/Bewegung und Adipositas/Diabetes. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.
- b.a.s. (2016). 2015. b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz.
- BMG (2016). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Busch, M., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Türscherl, E. Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016). Epidemiologiebericht Sucht. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak 2016. Wien.
- Dislozierte suchtmmedizinische Ambulanz (2016). Tätigkeitsbericht 2013–2015. Dislozierte suchtmmedizinische Ambulanz. Bruck an der Mur.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- 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.
- GÖG/ÖBIG (2013c). Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen. Aktuelle Rahmenbedingungen und Studienergebnisse. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- North, W. (2016). Praxis der Suchtbehandlung bei Asylwerber/innen. In: Sucht. Grüner Kreis Magazin, Nr. 97, Frühling 2016, S. 18–19. Wien.
- NZFH.at (2016). Flüchtlingsfamilien und ihre Begleitung durch Frühe-Hilfen-Netzwerke. Positionspapier des Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.
- Österreichische Apothekerkammer (2015). Die Leistungen der Apotheken in der Substitutionsbehandlung. Österreichische Apothekerkammer. Wien.
- SDW (2015). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2015“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SDW (2016). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2016“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- Seyer, S., Paulik, R., Gschwandtner, F., Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. Institut Suchtprävention. Linz.
- 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 (2014). 1-Jahres-Katamnese 2013. Patientinnenjahrgang 2012. Stiftung Maria Ebene, Therapiestation Carina. Feldkirch.
- Stiftung Maria Ebene (2015b). Evaluations- und Katamnesebericht 2015. Stiftung Maria Ebene, Therapiestation Carina. Feldkirch.
- Stiftung Maria Ebene (2016a). Evaluationsbericht 2015. Stiftung Maria Ebene, Therapiestation Carina. Feldkirch.
- Stiftung Maria Ebene (2016b). Jahresbericht 2015. Stiftung Maria Ebene. Frastanz.
- Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. Verein Dialog. Wien.

Verein Dialog (2016). Jahresbericht 2015. Verein Dialog. 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., Horvath, I., Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

5.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

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

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordinator Steiermark
Hörhan, Ursula	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Prehslauer, Brigitte	Drogenkoordinatorin Kärnten
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordinator Salzburg
Foissner, Max	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle

5.9 Anhang

Tabelle A5. 1:

Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht (in Prozent)

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	3	1	0	2	1	1	1	1	0	0	0
15 bis 19	15	23	17	3	6	4	13	14	13	4	4	4
20 bis 24	20	15	19	9	16	11	21	20	20	20	21	21
25 bis 29	20	19	20	22	28	24	21	22	22	28	27	27
30 bis 34	16	16	16	26	21	25	18	17	18	21	23	22
35 bis 39	10	7	10	18	12	16	10	11	10	12	13	13
40 bis 44	7	5	6	11	9	10	6	6	6	8	6	7
45 bis 49	5	7	5	7	3	6	5	5	5	5	4	5
50 bis 54	4	3	4	3	2	3	4	3	3	1	1	1
55 bis 59	1	2	1	2	0	1	1	1	1	0	1	0
60 bis 64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben	3.947	960	4.907	1.464	514	1.978	2.698	931	3.629	408	363	771
unbekannt	4	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Quellen: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2015;
Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 2:

Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Geschlecht (in Prozent)

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Opioide gesamt	37	41	38	79	74	78	49	59	52	65	72	69
Heroin	29	29	29	65	65	65	41	45	42	51	55	53
Methadon	4	4	4	23	23	23	5	5	5	10	13	12
Buprenorphin	4	4	4	21	22	21	7	7	7	11	8	10
Morphin in Retardform	11	14	12	32	35	33	18	31	21	25	46	37
Anderes Opioid	2	4	3	0	0	0	2	2	2	2	1	1
Kokaingruppe	16	6	14	3	2	2	12	11	11	30	37	34
Kokain	16	6	14	3	2	2	12	10	11	30	37	34
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Anderes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Stimulantien gesamt	11	14	12	1	3	2	8	10	8	17	25	22
Amphetamin (z. B. Speed)	8	9	8	1	3	1	5	7	6	13	23	19
MDMA (Ecstasy) und Derivate	3	6	4	0	1	0	3	4	3	7	8	7
Anderes Stimulanzium	4	5	4	0	0	0	2	2	2	4	2	3
Tranquillizer/Hypnotika gesamt	5	7	5	6	6	6	12	17	13	31	29	30
Benzodiazepine	5	7	5	6	6	6	12	17	13	31	29	30
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Anderer Hypnotika bzw. Tranquillizer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene gesamt	1	1	1	0	0	0	1	1	1	2	6	5
LSD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	5	4
Anderes Halluzinogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1
Cannabis	59	52	58	17	15	16	51	41	48	50	61	56
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Alkohol	8	8	8	5	9	6	6	9	7	22	28	25
Anderer Drogen	0	0	0	3	6	4	1	1	1	0	2	2
Leitdroge (Nennungen)	2.952	701	3.653	616	233	849	3.915	1.447	5.362	662	1.033	1.695
Leitdroge angegeben (Personen)	1.923	472	2.395	351	125	476	2.349	792	3.141	253	323	576
Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	300	96	396	33	13	46	92	21	113	21	1	22
Keine Leitdroge angegeben (Personen)	1.682	375	2.057	1.078	376	1.454	223	85	308	8	1	9
Missing	46	18	64	2	0	2	34	33	67	126	38	164

m = männlich, w = weiblich;

Grundgesamtheit = alle Klientinnen und Klienten

In allen Tabellenzeilen mit Ausnahme der Zeilen „Leitdroge (Nennungen)“, „Leitdroge angegeben (Personen)“, „Ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)“, „keine Leitdroge angegeben (Personen)“ und „Missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die „Anzahl der Personen mit gültigen Angaben“ beziehen.

„Missing“ bedeutet, dass keine Angabe gemacht wurde. Oberkategorien sind fett gedruckt.

Quelle: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2015; Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 3:

Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht (in Prozent)

Intravenöser Drogenkonsum	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Nein	82	75	80	30	33	31	66	58	64	39	47	43
Ja	18	25	20	70	67	69	34	42	36	61	53	57
Gültige Angaben	3.607	848	4.455	1.190	407	1.597	2.548	878	3.426	260	312	572
Unbekannt	294	100	394	251	98	349	131	40	171	15	12	27
Missing	50	13	63	23	9	32	19	13	32	133	39	172

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

Quellen: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2015; Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 4:

Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht (in Prozent)

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Gesichert (z. B. eigene Wohnung)	-	-	-	57	61	58	85	86	85	63	80	72
Ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	38	35	37	8	9	8	16	11	13
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	1	1	1	1	1	1	13	3	8
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	4	2	3	1	1	1	7	3	5
Betreutes Wohnen, daneben ge- sicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung)	-	-	-	0	0	0	1	1	1	0	1	0
Betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation	-	-	-	0	0	0	3	3	3	1	2	1
Haft	-	-	-	0	0	0	2	0	2	0	0	0
Gültige Angaben	-	-	-	1.187	415	1.602	2.609	912	3.521	275	330	605
Unbekannt	-	-	-	249	90	339	56	16	72	10	7	17
Missing	-	-	-	22	9	31	33	3	36	123	26	149

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 „aktuelle Wohnsituation“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2015; Darstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A5. 5:

Über 20-Jährige, die im Jahr 2015 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

Höchste positiv abgeschlossene Schulbildung	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
keine	-	-	-	-	-	-	3	3	3	1	5	3
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule	-	-	-	-	-	-	1	1	1	1	0	0
Pflichtschule	-	-	-	-	-	-	44	51	46	45	43	44
Lehrabschlussprüfung	-	-	-	-	-	-	40	30	38	41	41	41
Berufsbildende mittlere Schule	-	-	-	-	-	-	3	5	4	6	5	5
AHS, BHS	-	-	-	-	-	-	7	9	7	4	6	5
Studium, Fachhochschule, Kolleg	-	-	-	-	-	-	2	2	2	2	0	1
Gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	2.184	756	2.940	251	307	558
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	120	33	153	18	8	26
Missing	-	-	-	-	-	-	37	3	40	123	33	156

m = männlich, w = weiblich

In allen Tabellenzeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ ist ein Prozentsatz angegeben, der sich auf den Anteil an „gültigen Angaben“ bezieht. „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.

Quelle: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2015

Tabelle A5. 6:

Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Erwerbstätigkeit und Geschlecht (in Prozent)

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
erwerbstätig	-	-	-	12	10	12	31	24	30	6	11	8
arbeitslos	-	-	-	55	45	52	40	39	39	41	86	63
Bedarfsorientierte Mindestsicherung	-	-	-	14	25	17	10	18	12	6	12	9
Kind, Schüler/in, Student/in (=sog. "erhaltene Person")	-	-	-	1	5	2	3	6	4	0	1	1
Präsenz- oder Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	6	8	7	5	9	6	7	5	6
Haushalt, Umschulung, sonstiges	-	-	-	13	14	13	11	11	11	8	2	5
nicht erwerbstätig und sonstiges unbekannt	-	-	-	24	21	23	16	16	16	42	21	32
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	1.209	421	1.630	2.561	895	3.456	357	339	696
Unbekannt	-	-	-	227	84	311	88	27	115	24	18	42
Missing	-	-	-	22	9	31	49	9	58	27	6	33

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 „Lebensunterhalt“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quellen: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2015; Darstellung: GÖG

Tabelle A5. 7:

Personen, die im Jahr 2015 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Staatsbürgerschaft und Geschlecht (in Prozent)

Staatsbürgerschaft	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Österreich	-	-	-	-	-	-	82	90	84	83	87	85
Anderes EU-Land	-	-	-	-	-	-	5	4	5	6	2	4
Nicht EU-Land	-	-	-	-	-	-	13	6	11	10	10	10
staatenlos	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	-	-	-	-	-	-	2.628	901	3.529	277	323	600
Unbekannt	-	-	-	-	-	-	34	25	59	1	7	8
Missing	-	-	-	-	-	-	36	5	41	130	33	163

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.

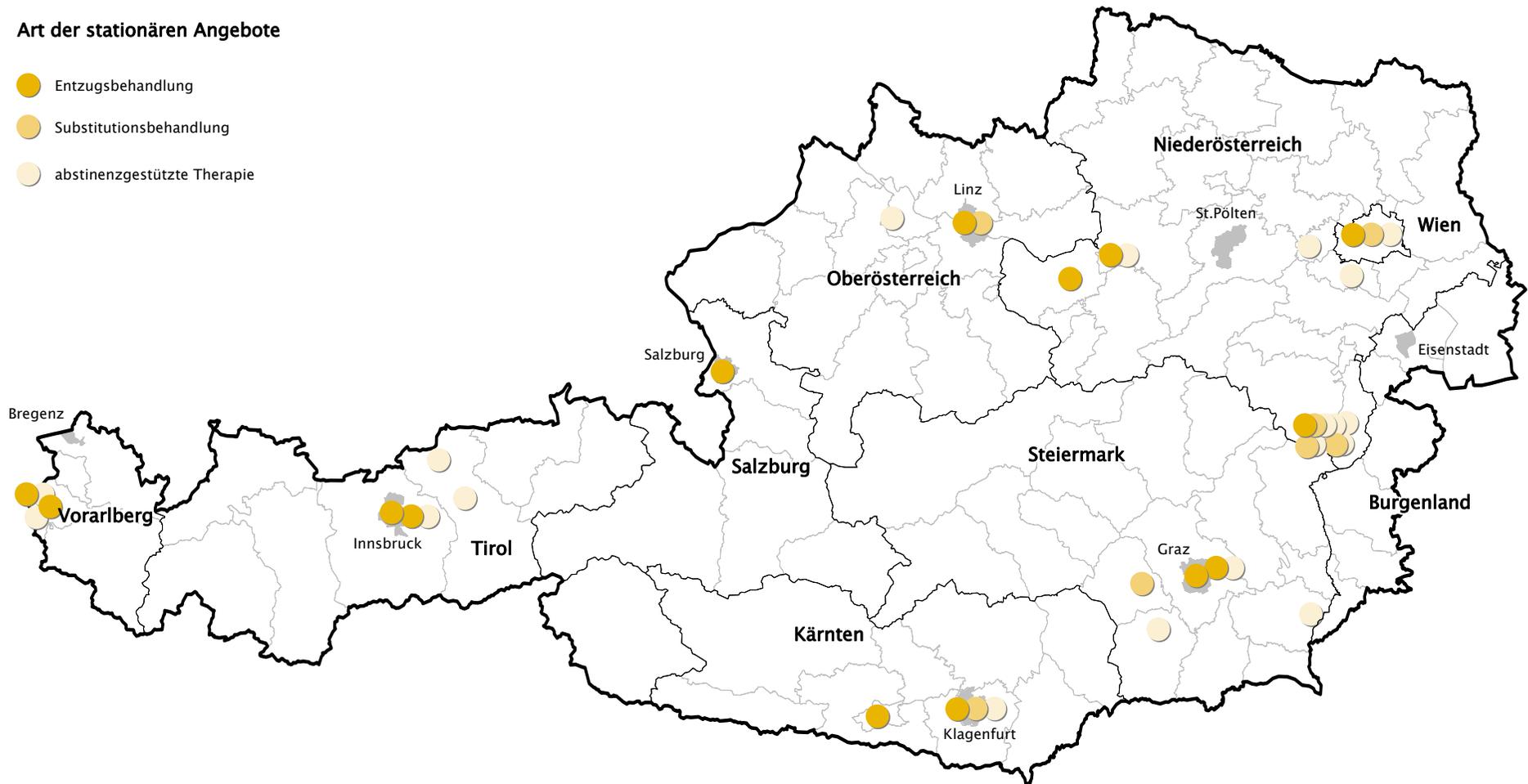
Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

Quellen: Busch et al. 2016, DOKLI-Auswertung Betreuungsjahr 2015; Darstellung: GÖG

Karte A5. 1:

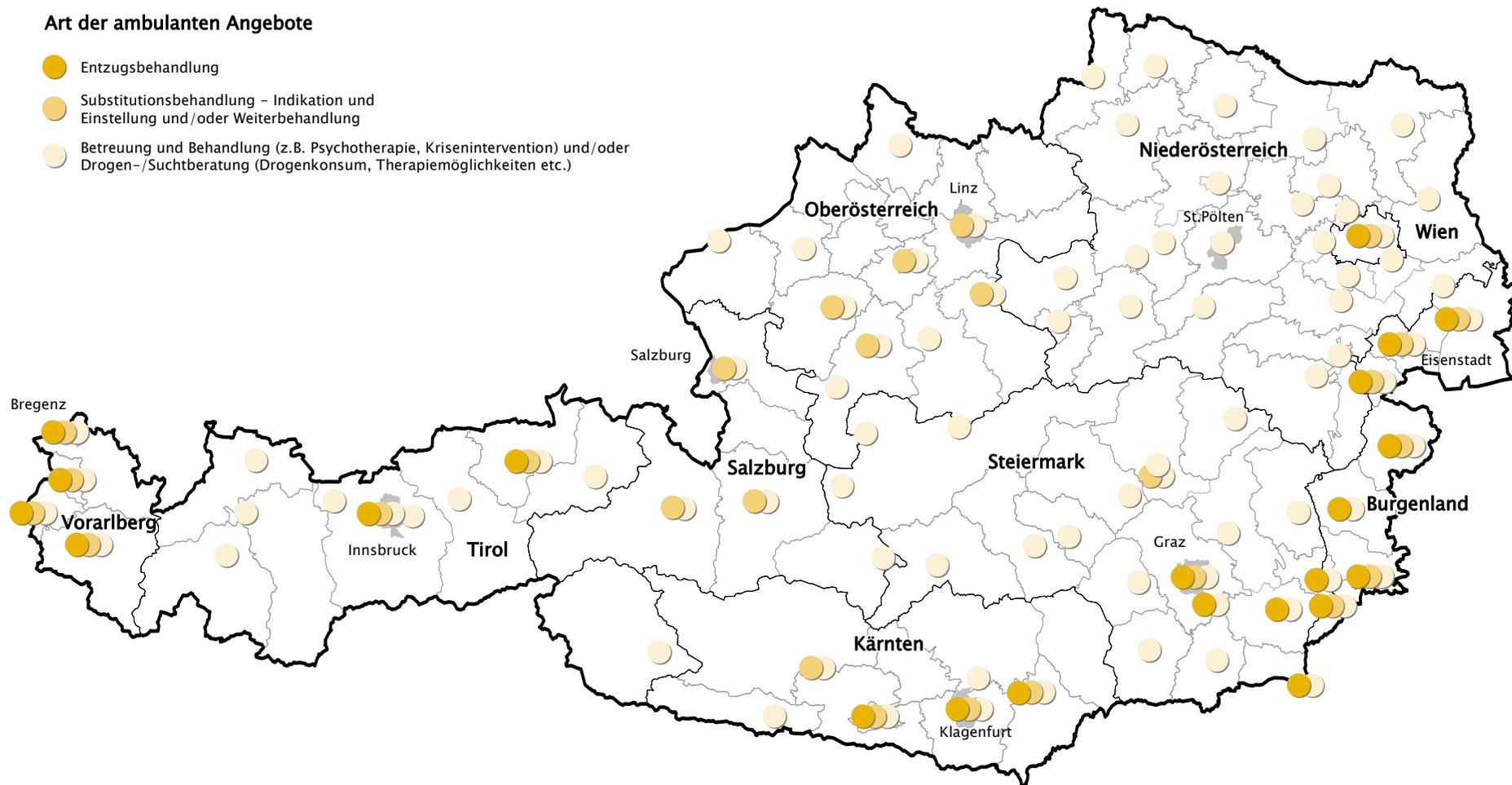
Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten stationären Einrichtungen in Österreich, 2016



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

Karte A5. 2:

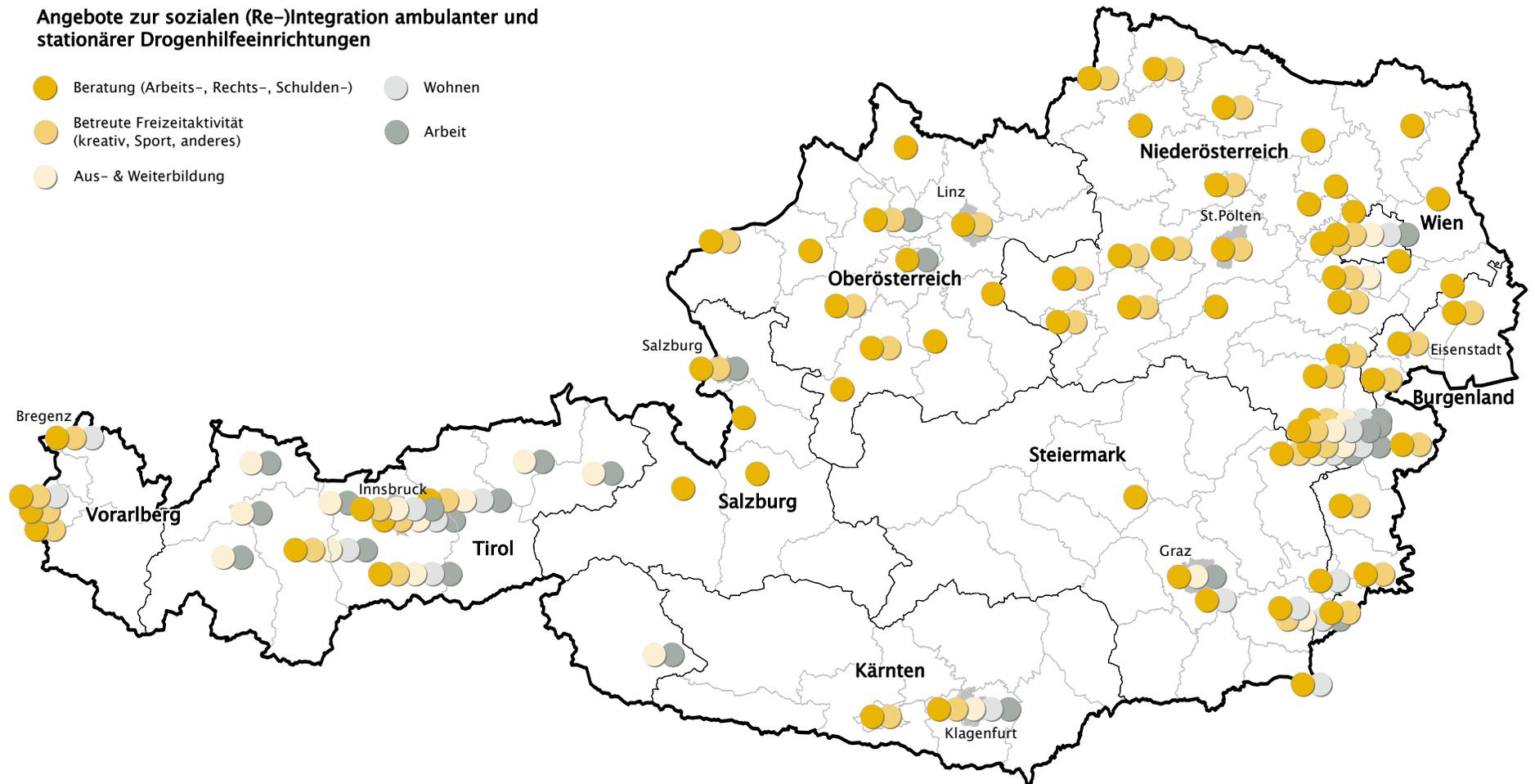
Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen in spezialisierten ambulanten Einrichtungen in Österreich, 2016



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

Karte A5. 3:

Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration in Österreich, 2016



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

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen ..	185
6.1	Zusammenfassung	185
6.2	Aktuelle Situation	186
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität.....	186
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	188
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	189
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	192
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	193
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	196
6.2.7	Qualitätssicherung	197
6.3	Trends.....	198
6.4	Neue Entwicklungen	202
6.5	Zusätzliche Information.....	205
6.6	Quellen und Methodik	207
6.7	Bibliographie	211
6.8	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	213
6.9	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	213
6.10	Anhang	214

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die neun Strategien der Bundesländer für deren 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 angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe – wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme – und sozialarbeiterische Betreuung oder fachärztliche Behandlung angeboten.

Ein Teil der derzeit verfügbaren Datenquellen zur Prävalenzschätzung von Hepatitis C (HCV) bei Personen mit intravenösem Drogenkonsum zeigt nach wie vor sehr hohe Werte (über 70 % sind HCV-Antikörper-positiv). Hepatitis C stellt bei intravenös (i.v.) Konsumierenden ein gravierendes Problem dar. Die Zahlen zu HIV bewegen sich weiterhin auf niedrigem Niveau (0 % bis 9 %). Die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei intravenös Konsumierenden beträgt zwischen fünf Prozent und 23 Prozent. Die Infektionsraten variieren je nach Datenquelle stark. Psychiatrische Komorbidität im Kontext von Drogenabhängigkeit steht in Österreich weiterhin im Blickpunkt. Es gibt dazu zwar keine Routinedaten, jedoch Daten und Berichte aus dem Behandlungsbereich.

Insgesamt wurden für das Jahr 2015 auf Basis der Obduktionsbefunde 126 tödliche Drogenüberdosierungen verzeichnet. Weitere 27 Todesfälle ohne Obduktion der/des Verstorbenen gehen höchstwahrscheinlich auf eine Überdosierung zurück (bloß äußere Befundung der Leiche anlässlich der Totenbeschau). In Summe wird daher für das Jahr 2015 von 153 Todesfällen aufgrund von Drogenüberdosierung ausgegangen (2014: 122 Fälle).

Trends

Die Anzahl an drogenbezogenen Todesfällen erhöhte sich im Vergleich zu den Jahren 2013 und 2014. Auch der Anteil der Drogentoten unter 25 Jahren (21 % aller Drogentoten) stieg gegenüber den beiden Vergleichsjahren geringfügig (2014: 19 %, 2013: 18 %), ist aber deutlich geringer als in den Jahren 2005 bis 2008 (rund 40 %) bzw. 2009 bis 2011 (26 bis 30 %). Dieser geringere Anteil dürfte in erster Linie auf eine rückläufige Anzahl von Einsteigerinnen und Einsteigern in den Opioid-Konsum zurückzuführen sein (vgl. Kapitel 3).

Der Anteil an Hepatitis-C-infizierten Personen an jenen mit intravenösem Drogenkonsum besteht seit Jahren auf hohem Niveau (2015 je nach Datenquelle bis zu 79 %). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre auf niedrigem Niveau (2015: 0 bis 9 %), auch die HBV-Prävalenz bei i.v. Konsumierenden ist seit Jahren annähernd gleich bleibend (2015: 5 bis 23 %).

Neue Entwicklungen

Neue Entwicklungen zeigen sich in der Behandlung von HCV-infizierten Drogenkonsumierenden: Die Behandlung wird sowohl in Kliniken in Wien, Graz und Innsbruck – 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. Für das Jahr 2015 gibt es erstmalig aus einer niedrigschweligen Einrichtung (*ambulatorium suchthilfe wien*) Daten zu Koinfektionen mit Syphilis (vgl. Abschnitt 6.2.3).

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Insgesamt wurden für das Jahr 2015 auf Basis von Obduktionsbefunden 126 tödliche Überdosierungen festgestellt (123 davon mit vorliegender toxikologischer Analyse). Weitere 27 Todesfälle – allerdings nicht obduzierter Personen – gehen höchstwahrscheinlich auf eine Suchtgiftüberdosierung zurück (Todesursache „Suchtgiftintoxikation“ auf dem Totenbeschauschein nach bloß äußerer Befundung der Leiche)⁹⁵. In Summe wird daher von 153 auf Überdosierung zurückzuführenden Todesfällen (= direkt drogenbezogene Todesfälle) im Jahr 2015 ausgegangen (vgl. Tabelle A6. 1:).

Der gruppierte Median⁹⁶ des Sterbealters betrug im Jahre 2015 32,9 Jahre und ist damit etwas niedriger als im Jahr davor (2014: 35 Jahre, 2013: 32 Jahre). Der Anteil der Frauen an den direkt

95

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).

96

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

drogenbezogenen Todesfällen liegt mit 25 Prozent geringfügig über dem langjährigen Durchschnitt (vgl. Tabelle A6. 4.). In neun Fällen ist von einem Suizid auszugehen (entsprechende Angaben im Obduktionsgutachten, z. B. Abschiedsbrief).

Die nachfolgenden Ergebnisse beziehen sich auf Fälle mit aussagekräftiger toxikologischer Analyse (123 Fälle). Bei fünf Prozent wurden ausschließlich Opiate festgestellt. 87 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, worin Opiate eine Rolle spielen (vgl. Abbildung 6.4). Polytoxikomane Konsummuster inklusive Opiat-Konsum mit sich 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).

Hinsichtlich einer Differenzierung zwischen Heroin, Morphin und Morphin in Retardform (z. B. das Substitutionsmittel Substitol®) ist Folgendes zu berücksichtigen: Es gibt keinen eindeutigen Marker, mit dem Morphin in Retardform im Körper identifiziert werden kann, daher fällt es in die Kategorie Morphin. Allerdings werden auch manche Fälle von Intoxikationen mit Heroin dieser Kategorie zugeordnet. Das hat folgenden Grund: Heroin wird im Körper ebenfalls zu Morphin abgebaut, im Harn wird jedoch der typische Marker von 6-MAM im Falle von Heroinkonsum festgestellt. In Österreich wird auf diesen Abbaustoff nicht einheitlich getestet bzw. unterscheidet sich die Testung bei gerichtsmedizinischen und sanitätspolizeilichen Leichenöffnungen. (Laut Auskunft einzelner gerichtsmedizinischer Institute ist eine Testung auf 6-MAM Standard, auch wenn das 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 auf den heroinspezifischen Marker durchgeführt und im Gutachten angeführt wurde. Mit 17 Todesfällen unter Beteiligung von Heroin handelt es sich daher um eine Mindestzahl Verstorbener. Alle anderen Fälle werden der Kategorie Morphin zugeordnet, wobei von den 79 Fällen mit Beteiligung von Morphin lediglich drei auf den alleinigen Konsum von Morphin (ohne weitere Suchtgifte, Alkohol oder Psychopharmaka) zurückzuführen sind.

Bei insgesamt 27 Personen wurde Kokain nachgewiesen, bei drei dieser Fälle war Kokain das einzige Suchtmittel.

Bei 14 Personen wurden Amphetamine (inkl. Ecstasy) nachgewiesen. Bei acht dieser Fälle lag eine Kombination mit Opiaten und teilweise anderen Suchtmitteln vor. Bei einem dieser Fälle wurde als einziges Suchtmittel PMMA nachgewiesen. Drei Personen verstarben an einer reinen Ecstasy-Intoxikation und eine Person an einer Ecstasy-Intoxikation in Kombination mit psychoaktiven Arzneimitteln. Bei einer weiteren Person wurde MDMA in letaler Konzentration nachgewiesen, jedoch in einer Mischintoxikation mit Morphin, Kokain und psychoaktiven Arzneimitteln. Insgesamt war Ecstasy bei sieben Todesfällen beteiligt und in fünf Fällen toxisch bis letal. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung (vgl. Kapitel 7) stehen. In drei Fällen wurde Methamphetamin gefunden, wobei es sich bei zwei dieser Fälle um Mischintoxikationen (mit Opiaten) handelt.

Bei keiner Person, die an einer Überdosierung starb, waren Neue Psychoaktive Substanzen (NPS) beteiligt. NPS wurden nur in einem Verdachtsfall nachgewiesen, dabei handelt es sich um eine Faulleiche, bei der die Todesursache nicht feststellbar war (diese wurde daher nicht in die Statistik einbezogen). NPS spielen im Rahmen tödlich verlaufender Intoxikationen also nach wie vor kaum eine Rolle.

Auf Stimulantien (z. B. NPS und MDMA) wird in Österreich nicht einheitlich getestet. In der Statistik können also nur jene Fälle ausgewiesen werden, bei denen es eine Testung gab, die auch im Gutachten angeführt wurde. Inwieweit die Testung zur Standardprozedur gehört und wie sich dies in den einzelnen Bundesländern unterscheidet, muss in einer künftigen Arbeitsgruppe mit Expertinnen und Experten diskutiert werden.

In einem Fall wurde MMC als einziges Suchtmittel (in Kombination mit Alkohol und psychoaktiven Arzneimitteln) festgestellt.

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Da es aktuell keine systematische routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen gibt, soll hier nur auf Einzelberichte im Zusammenhang mit NPS in Kapitel 3 verwiesen werden. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen neben den T-Diagnosen des ICD-10⁹⁷ vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrundeliegender Suchterkrankung in der Praxis auch F10- bis F19-Diagnosen vergeben werden, die auf psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen abstellen.

97

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

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

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

Tabelle 6.1:

Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich, 2015

Datenquelle	HBV-Rate	HCV–Ab-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg	5 % (4/85) ¹	56 % (48/85)	0 % (0/85)
ambulatorium suchthilfe wien	23 % (40/173) ²	79 % (163/206)	2 % (3/187)
Kontaktladen ³ , Graz	10 % (7/69) ⁴	72 % (50/69)	0 % (0/69)
DOKLI ⁵	– % (1/3)	38 % (15/39)	0 % (0/39)
Drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2015	nicht erfasst	12 % (15/123) ⁶ 27 % (15/56) ⁶	4 % (5/123) ⁶ 9 % (5/55) ⁶

¹ Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die laut Anamnese nicht gegen Hepatitis B geimpft waren.

² Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, die gesichert Kontakt mit Hepatitis B hatten.

³ Vormalig in den Berichten zur Drogensituation als *Caritas Marienambulanz* bezeichnet.

⁴ Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen sowohl HBVc– als auch HBVs–Antikörper nachgewiesen wurden. Ausgeschlossen wurden Personen mit einer alleinigen antiHBVs–Positivität, da diese auf eine HBV–Impfung zurückzuführen ist.

⁵ Die Angaben zu getesteten Personen in DOKLI erfolgen nur sporadisch und auf freiwilliger Basis, daher sind sie nicht als repräsentativ zu bezeichnen (siehe auch Abschnitt 6.6).

⁶ Nur in 55 bzw. 56 von 123 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

Im Jahr 2015 lag die HIV–Prävalenzrate in der Gruppe der Personen mit intravenösem (i.v.) Konsum zwischen 0 und 9 Prozent (vgl. Tabelle Tabelle 6.1).

Die Prävalenzrate für Hepatitis B streut in den verfügbaren Datenquellen im Berichtsjahr von 5 Prozent bis 23 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Legende von Tabelle 6.1).

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 Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

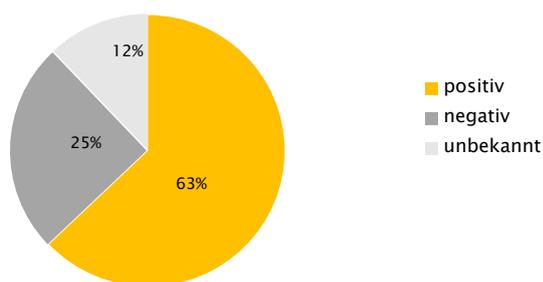
Die HCV–Ab–Prävalenz lag im Jahr 2015 bei 12 bis 79 Prozent. Bezüglich der HCV–RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV–Ab–Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. *Kontaktladen, Graz: 62 %; ambulatorium suchthilfe wien: 67 %; siehe ST9*).

Im Jahr 2015 wurden 22 Personen, die sich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten, in die österreichische HIV–Kohortenstudie aufgenommen. (vgl. auch Abbildung 6.6).

Eine im Jahr 2015 vom GÖG–Kompetenzzentrum Sucht durchgeführte kurze „Ad hoc“–Onlinebefragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte ergab, dass der Hepatitis–C–Infektionsstatus einem Großteil ihrer Substitutionspatientinnen und –patienten (88 %) bekannt ist. Die befragten Ärztinnen und Ärzte schätzen die HCV–Ab–Prävalenz bei den von ihnen betreuten Personen insgesamt auf 63 Prozent (vgl. Kapitel 5 und Abbildung 6.1).

Abbildung 6.1:

HCV–Status von Personen in Substitutionsbehandlung nach Einschätzung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, 2015



Quelle: Online–Befragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte 2015
Erhebung und Auswertung: GÖG

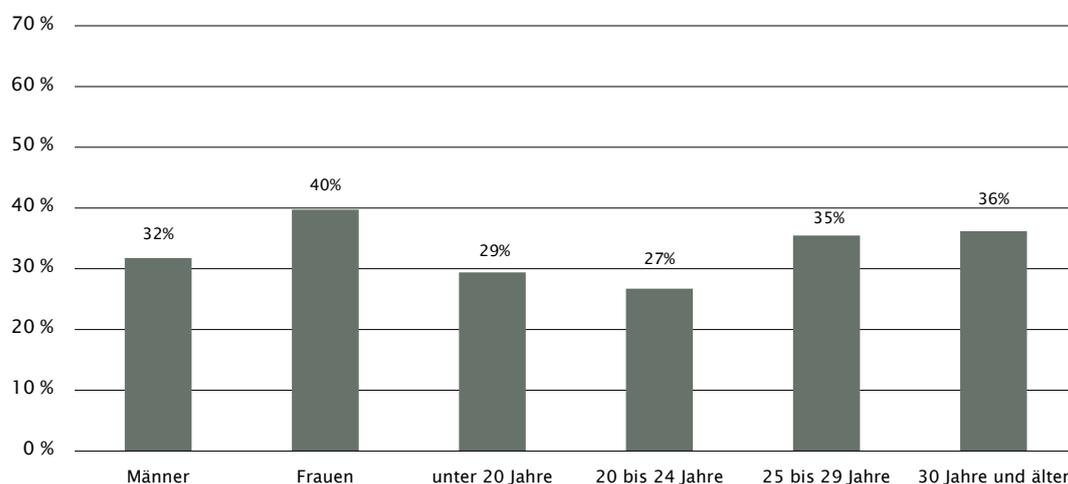
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI auch Daten zum „Needle Sharing“ (gemeinsamen Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien⁹⁸. Im ambulanten Bereich geben im Jahr 2015 34 Prozent der Personen mit intravenösem Drogenkonsum an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich 32 Prozent. Allerdings liegt das „Needle Sharing“ bei den meisten Personen länger als ein Jahr zurück (ambulanter Bereich: 78 %; stationärer Bereich: 54 %). 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 6.2 und Busch et al. 2016a).

98

In der Wiener DOKU–Neu wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 6.2:

Needle Sharing (jemals) bei Personen, die 2015 eine ambulante Betreuung begonnen haben und mindestens einmal i.v. Drogen konsumiert haben, nach Geschlecht und Alter



Quelle: DOKLI-Auswertung – Betreuungsjahr 2015, Darstellung: GÖG

Daten aus der *Action-Hepatitis-C-Datenbank* weisen 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 eher weit fortgeschrittener Erkrankung. Bei jüngeren und damit eher kürzlich erkrankten Personen nimmt der Ansteckungsweg über intravenösen Drogenkonsum eindeutig die Vorrangstellung ein. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fälle nicht bekannt ist oder nicht angegeben wird (Action Hepatitis C Datenbank, 2012).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen hinsichtlich Tuberkulose (TBC) und Syphilis vor. Von insgesamt 13 Angaben zum aktuellen TBC-Status im DOKLI-Datensatz wurde im Berichtsjahr keine Person aufgrund der anamnestischen Erhebung TBC-positiv diagnostiziert. Zwei Personen im DOKLI-Datensatz wurden im Berichtsjahr auf TBC getestet, jeweils mit negativem Ergebnis. Die ermittelte TBC-Impfrate basiert auf den Daten von 270 Personen. Drei Prozent der Befragten gaben an, gegen TBC geimpft zu sein (Busch et al. 2016b).

Bei vier Prozent (8/211) der im Jahr 2015 im *ambulatorium suchthilfe wien* auf Syphilis getesteten Personen lag ein positives TPHA⁹⁹-Testergebnis vor.¹⁰⁰

99

Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay

100

In allen acht Fällen, in denen ein positives TPHA-Testergebnis vorlag, war der VDRL-Test nicht reaktiv und der TP-IgM-AK

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 338 Personen vor, zum HBV-Impfstatus ebenfalls von 338 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2015 bei HAV und HBV jeweils bei 22 Prozent¹⁰¹. Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen.

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen anderen Krankheiten assoziiert, welche Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Von den Patientinnen und Patienten der Einrichtungen der Stiftung Maria Ebene¹⁰² leiden beispielsweise etwa die Hälfte zusätzlich an internistischen Krankheiten, ca. 40 Prozent an orthopädischen Leiden, 35 Prozent an psychiatrischen Erkrankungen und über 10 Prozent an Erkrankungen der Haut. Dazu kommen eine Reihe von sozialen Problemen, wie Arbeitslosigkeit, Partnerschaftskonflikte oder Vereinsamung. (Stiftung Maria Ebene 2015).

Psychiatrische Komorbidität von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen betreffen in erster Linie die Bereiche Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Bei den meisten in der Therapiestation *Carina* der Stiftung Maria Ebene behandelten Patientinnen und Patienten¹⁰³ werden neben einer Suchterkrankung noch weitere psychische Erkrankungen diagnostiziert. Auswertungen von routinemäßig erhobenen Daten über Diagnoselisten und das medizinische Dokumentationssystem MEDOS zeigen, dass zwischen 2009 und 2015 bei jeweils ca. 70 bis 80 Prozent der jährlich behandelten Patientinnen und Patienten Persönlichkeitsstörungen diagnostiziert wurden.¹⁰⁴ Unter einer Vielzahl verschiedener Persönlichkeitsstörungen wurde im Jahr 2015 am häufigsten die Diagnose *Kombinierte Persönlichkeitsstörung* vergeben (Carina / Stiftung Maria Ebene 2016).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *jedmayer* in Wien

ELISA-Test negativ. In vier Fällen konnte eine Syphilis Behandlung bestätigt werden. In den restlichen vier Fällen ist der Behandlungsstatus unbekannt.

101

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

102

In diesen werden sowohl Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängige als auch Spielsüchtige und Personen mit Essstörungen behandelt.

103

Die Therapiestation *Carina* ist auf Menschen mit Persönlichkeitsentwicklungsstörungen, die zur Ausbildung von Suchterkrankungen (Drogen-, Alkohol-, Medikamenten- und Mehrfachabhängigkeiten) geführt haben, sowie auf Menschen mit Ess- und Angststörungen spezialisiert.

104

In diesem Zeitraum wurden jährlich jeweils ca. 55 bis 70 verschiedene Patientinnen und Patienten behandelt.

angesprochen werden, zeigt, dass nach den beiden großen Bereichen „Finanzielles/Dokumente“ und „Wohnen/Schlafplatz“ als dritter großer Bereich die Gesundheit thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht (SHW 2016c). Bei *change* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild. Im Jahr 2015 wurden hier bei insgesamt 1.202 Beratungsgesprächen in 27 Prozent der Fälle die physische Gesundheit und in 26 Prozent der Fälle die psychische Gesundheit der Klientinnen und Klienten thematisiert (SHW 2016c).

Jährlich analysiert wird die körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen), basierend auf den Befunden der gerichtsmedizinischen Gutachten (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) zu direkt drogenbezogenen Todesfällen. Diese Untersuchungen zeigen im Jahr 2015 wie in den Vorjahren ausgeprägte körperliche Organschädigungen der Drogenkonsumierenden (Busch et al. 2016a). Bei den meisten indirekt drogenbezogenen Todesfällen¹⁰⁵ (62 Personen) erlagen die Opfer Krankheiten (42 Personen) wie z. B. Myokarditis oder Leberzirrhose, größtenteils bedingt durch eine Hepatitis-C-Infektion. Zwei Personen verstarben an Aids. Von weiteren 18 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.

6.2.5 Schadensminimierende Maßnahmen

Die im Jahr 2016 veröffentlichte österreichische Suchtpräventionsstrategie beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2016; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) enthalten Hinweise darauf, dass im Sinne einer Diversifikation der Angebote auch Schadensminimierung als ein zentraler Bestandteil gesehen wird. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellig ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung von Hochrisikokonsumierenden verstanden. Die im Jahr 2016 veröffentlichte niederösterreichische

105

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

Suchtstrategie empfiehlt die Errichtung von suchtspezifischen und multiprofessionellen Ambulanzen, die u. a. auch die Bereiche Krisenintervention und Schadensminimierung abdecken sollen (Fachstelle für Suchtprävention NÖ 2016, vgl. Kapitel 1).

Die Umsetzungsverantwortung von schadensminimierenden Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich auf Länderebene 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/-koordinatorinnen 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 (vgl. Karte 6.1). 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 der 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 (vgl. SQ 23/29). Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote (Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spitzentausch wird in wenigen Fällen auch 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 Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion zu höherschwelligen 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 19 Angebote in 14 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Einige Einrichtungen bieten nicht nur Spritzentausch an, sondern betreiben zusätzlich eine Spritzenabgabe über Automaten. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 97 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. SHW 2016a). Zusätzlich zum Spritzentausch gibt es in fünf Bundesländern (Oberösterreich, Salzburg, Steiermark, Vorarlberg und Tirol) die Möglichkeit, Spritzensets an insgesamt 21 Automaten in 17 Städten zu kaufen. Die Abgabe von sterilen Spritzen erfolgt in der Steiermark, Vorarlberg und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork) (vgl. ST 10).

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen in Drogeneinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2015 waren es fast 5.810.000 (vgl. Tab. A6. 6). Darüber hinaus wurden über Spritzenautomaten um die 128.000 Spritzensets abgegeben und im Rahmen des aufsuchenden Drogen-Streetworks über 16.000 Spritzen.¹⁰⁶ An den Automaten erfolgt die Abgabe zumeist in Form von Safer-Use-Kits, die je nach Einrichtung neben Spritze/n und Nadel/n unterschiedliches Zubehör beinhalten, das eine sterile Injektion bzw. andere sichere Konsumformen erleichtert. Dazu können beispielsweise Stericups oder Löffel, destilliertes Wasser und Mikrofilter gehören, ebenso Pflaster und Alkoholtupfer zur Wundversorgung. Kondome, Safer-Use-Informationen bzw. Informationen bezüglich Drogennotfällen sind in manchen Sets enthalten (vgl. SQ 23/29). 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.

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. 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. In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zehn niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Der **Behandlung von Hepatitis C** bei Drogenkonsumierenden kommt in Österreich zunehmend Bedeutung zu, vor allem die niederschweligen Einrichtungen in Wien und Graz versuchen, durch Hepatitis-Ambulanz und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig zu halten. Die Behandlungskosten mit modernen DAA¹⁰⁷ werden ab einer nachgewiesenen mittelgradigen Fibrose (F2) von den Krankenkassen übernommen. Aus epidemiologischer Sicht hingegen wäre eine möglichst gleichzeitige Behandlung aller Patientinnen und Patienten mit dem Ziel, die Weiterverbreitung von HCV über das Benutzen gemeinsamer Spritzutensilien beim intravenösen Drogenkonsum in dieser Patientengruppe zu verhindern, sinnvoll (vgl. Hauptverband 2016; Haltmayer bzw. Zangerle p. M.). Damit könnte eine Eliminierung von HCV in dieser Patientengruppe erreicht werden.

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 2016).

106

Die Zahlen beziehen sich auf Gesamtösterreich. Die Anzahl der vom Drogen-Streetwork in Vorarlberg abgegebenen Spritzen ist hier nicht inkludiert. Diese Zahl ist bei den von den Einrichtungen abgegebenen miteingerechnet.

107

Direct Acting Antiviral Agents

Konkrete Initiativen zur Prävention von Überdosierungen und 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 (vgl. SQ 23/29). Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Webseiten verfügbar.¹⁰⁸

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 (*MDA basecamp*) umgesetzt (vgl. SHW 2016b und Z6/Drogenarbeit 2016b). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse an das Österreichische Informations- und Frühwarnsystem zu besonderen Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3, 5 und 7).

Naloxon ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört zur Standardausrüstung von Notärzten bzw. Rettungswägen. Es wird jedoch nicht direkt an Drogenkonsumierende im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierungen abgegeben.

Drogenkonsumräume existieren in Österreich nicht. Das Thema wird auf fachlicher Ebene diskutiert.

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). In diesem Kontext wird der Umgang mit hochriskant konsumierenden Jugendlichen in Fachkreisen weiterhin thematisiert. 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. Diese Patientengruppe ist aufgrund des Krankheitsbildes sehr betreuungsintensiv, der Beziehungsaufbau ist durch den (zeitweisen) Verlust des Realitätsbezugs erschwert, Fakten werden fehlinterpretiert und die Einnahme von Medikamenten wird oftmals aus Angst vor Vergiftung verweigert (Verein Dialog 2016).

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).

108

z. B. <http://www.drogenarbeitz6.at/substanzen/erste-hilfe.html>; <http://www.doit.at/ueberdosis-notfaelle.html>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitstipps/uberdosierung-notfaelle/> (Zugriff jeweils am 14. 7. 2016)

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *jedmeyer* bietet „Bezugsbetreuungen“ an, die darauf abzielen, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Im Jahr 2015 nahmen 319 Personen eine Bezugsbetreuung in Anspruch, wobei 91 Betreuungen aus dem Jahr 2014 weitergeführt und 228 im Berichtsjahr neu begonnen wurden. Bei 113 der 228 neu begonnenen Betreuungen handelt es sich um Klientinnen/Klienten des Projekts *Ambulante Therapie*. Die *Ambulante Therapie*, die in Kooperation mit dem *ambulatorium suchthilfe wien* durchgeführt wird, ist eine Form der Bezugsbetreuung mit Richtwerten in Bezug auf Dauer (3 Monate) und Kontaktfrequenz (2 Kontakte/Woche plus Ad-hoc-Kontakte), mit Erstellung eines Maßnahmenplans sowie der Verwendung eines standardisierten Diagnose-Instruments („Multidimensionale Diagnostik“). 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 2015 wurde bei 110 Klientinnen/Klienten eine Abklärungsphase begonnen, in der geprüft wird, ob das Modul *Ambulante Therapie* für die betreffende Person geeignet ist. Insgesamt wurden 123 Therapiemodule begonnen (57 Erst- und 66 Verlängerungsmodule) (SDW 2016a und SHW 2016c).

Das Ärzteteam der niederschweligen Einrichtung *Kontaktladen* in Graz berichtet von insgesamt 645 Kontakten im Jahr 2015. Der Schwerpunkt lag auf einer allgemeinmedizinischen Behandlung, auf der Erläuterung mitgebrachter Befunde bzw. auf der Weitervermittlung zu (Fach-)Ärztinnen und -ärzten (Caritas Diözese Graz-Seckau 2016).

Die Einrichtungen des Sucht- und Drogenhilfenetzwerkes in Wien bemühen sich weiterhin, ihre Angebote an den Bedarf älterer Suchtkranker anzupassen. Ein Fokus liegt hier auch auf der suchtspezifischen Versorgung älterer Pflegebedürftiger zu Hause, die eine Kooperation zwischen Pflege und suchtmmedizinischer Betreuung voraussetzt. Geplant ist in diesem Zusammenhang die Überarbeitung der *Handlungsleitlinien für die stationäre bzw. die ambulante Pflege und Sucht* und die Zusammenführung dieser in ein gemeinsames Handbuch (SDW 2016a).

In Wien übernimmt der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT* die Beratung und Betreuung von suchtkranken Patientinnen und Patienten des Krankenanstaltenverbunds (KAV) und deren Vermittlung an spezialisierte extramurale Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2015 wurde *CONTACT* von 15 verschiedenen Krankenanstalten des KAV an insgesamt 146 Stationen gerufen. Im Rahmen des Projekts *Alkohol 2020* ist der Spitalsverbindungsdienst seit Oktober 2014 auch für alkoholkranke Menschen zuständig (SDW 2016a).

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 wurden jüngst Qualitätsstandards im Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN) erstellt (vgl. Kapitel 5), die u. a. die

Überwindung der unmittelbaren Notlage der Klientinnen/Klienten (somatisch/psychisch/sozial) als Wirkungsziel definieren (KLGR 1 *Überleben*). Für diese Klientengruppe sollen im SDHN Ad-hoc-Maßnahmen rund um die Uhr angeboten werden (SDW 2016b).

Die Verordnung von Benzodiazepinen bei Substitutionspatientinnen und -patienten wurde in der Steiermark im Rahmen einer Benzodiazepin-Richtlinie geregelt. Das Medikament wird nur mehr bei klarer psychiatrischer Indikation verschrieben. Die Patientinnen und Patienten verpflichten sich durch eine Vereinbarung zu regelmäßigen Harnproben und bekommen die Substanz anfänglich nur täglich direkt in der Apotheke (I.K.A. 2012, vgl. Kapitel 5).

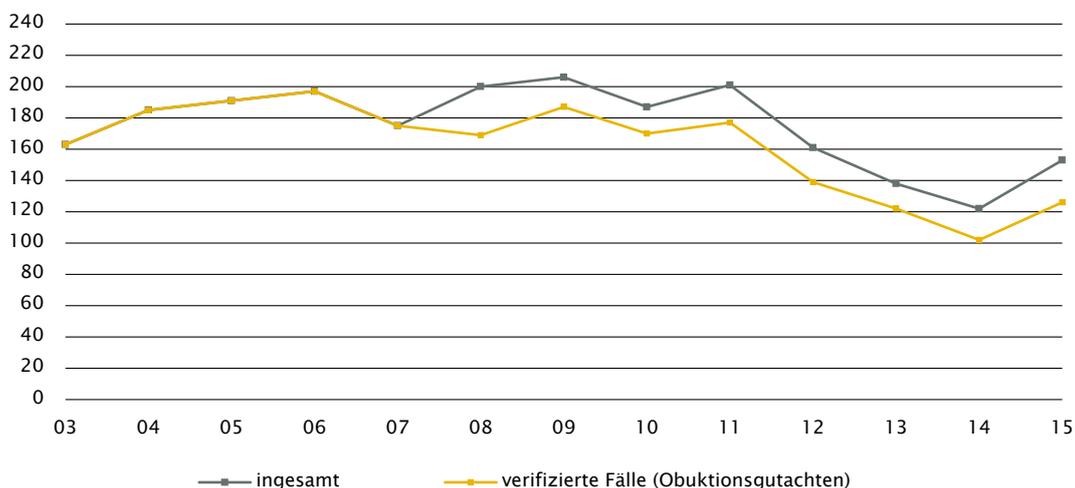
6.3 Trends

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 6.3) und stiegen im Jahr 2015 wieder an, liegen jedoch deutlich unter dem Wert des Jahres 2011. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6. 2: bis Tabelle A6. 3: im Anhang A sowie in Busch et al. 2016a und b.

Abbildung 6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2003–2015



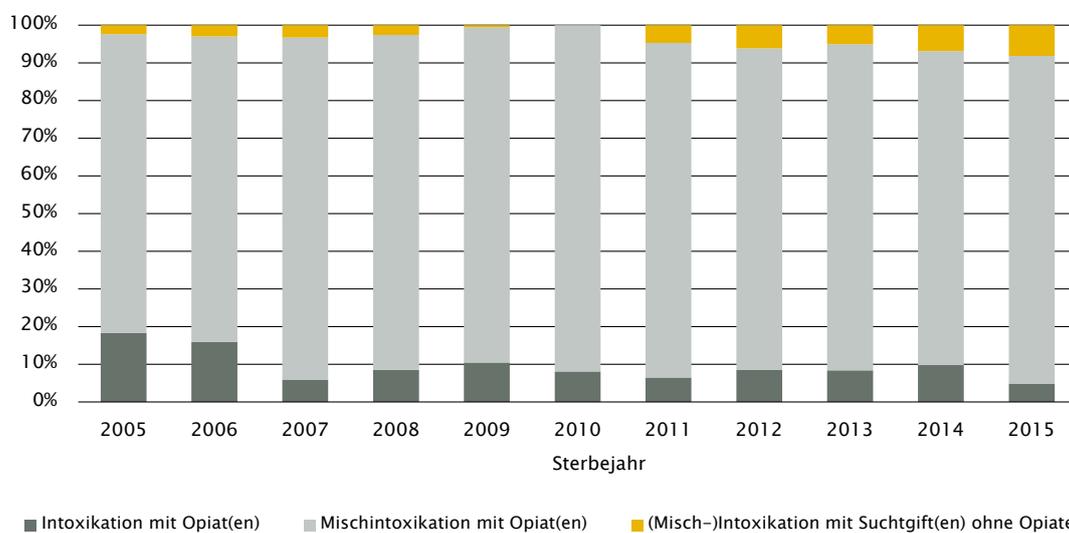
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Der Anteil der unter 25-Jährigen an den 153 Personen, die im Jahr 2015 einen direkt drogenbezogenen Tod gestorben sind, entspricht mit 21 Prozent etwa dem Anteil der letzten beiden Jahre

(geringfügig höher) und hat sich im Vergleich zum Jahr 2006 etwa halbiert (vgl. Kapitel 3, Busch et al. 2016a und Tabelle A6. 4:). Der Frauenanteil liegt etwas über dem langjährigen Schnitt (vgl. Tabelle A6. 4:).

In den letzten zehn Jahren lag der Anteil der Opiat-Intoxikationen stets über 90 Prozent (vgl. Abbildung 6.4 und Busch et al. 2016a), (Misch-)Intoxikationen mit Suchtgiften ohne Opiate spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 6.4:
Prozentanteil der direkt drogenbezogenen Todesfälle (mit Toxikologie) in Österreich nach Todesursache, 2005–2015



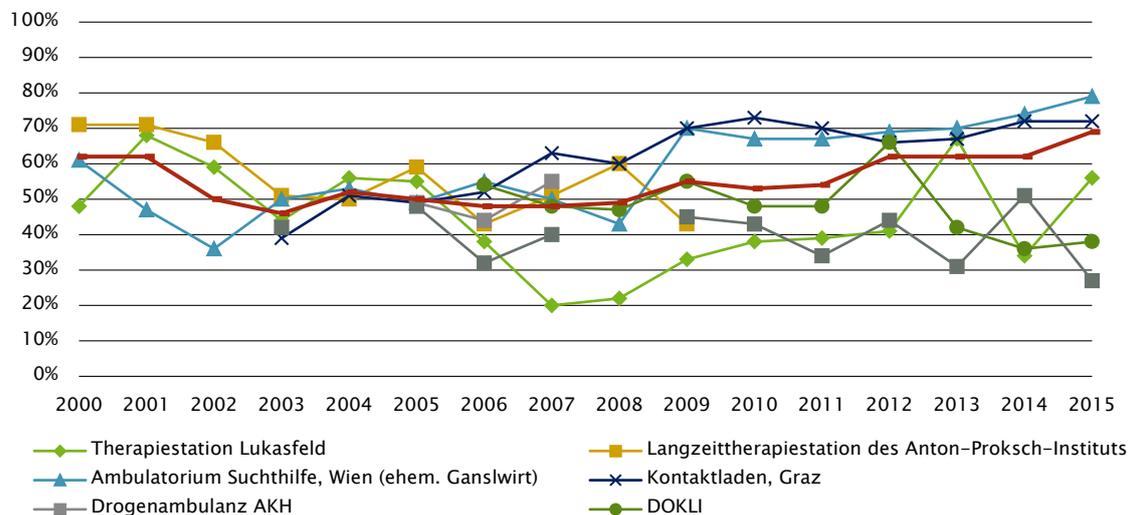
Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Wichtigste drogenbezogene Infektionskrankheiten bei intravenös Drogenkonsumierenden: HIV, HBV, HCV

Anfang der 1990er Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i.v. Konsum noch bei zirka 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau (2015: 0 % bis 9 %; vgl. Tabelle 6.1), wobei die höchsten Werte bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden wurden. Hier wurden auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. Jahre 2013 und 2014: 4 % bis 11 %; vgl. Weigl et al. 2014 bzw. Weigl et al. 2015).

Die HCV-Ab-Prävalenz hatte sich in den letzten Jahren bei über 50 Prozent eingependelt. Im Jahr 2014 lag sie je nach Datenquelle bei 20 bis 74 Prozent, im Jahr 2015 bei 12 bis 79 Prozent. Die Hepatitis-B-Prävalenz bewegt sich zwischen fünf und 23 Prozent. Generell sind die Trends nur schwer interpretierbar, da die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen stammen und stark streuen. Abbildung 6.5 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Abbildung 6.5:
HCV-Infektionsraten in Österreich, 2000–2015



*Grundgesamtheit 2015: 57 Gutachten mit Erwähnung von HCV

Quelle: ST 9 bzw. Schmutterer und Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

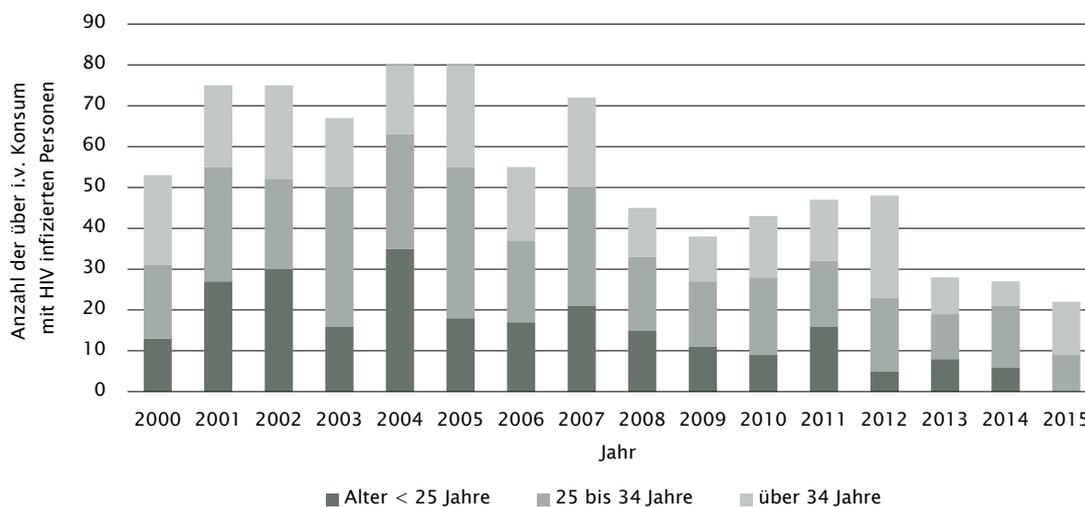
Prävalenzen von drogenbezogenen Infektionskrankheiten außerhalb des Routine-Monitorings

Abbildung 6.6 zeigt, dass die Anzahl der über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infizierten Personen, die in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) aufgenommen wurden, in den letzten zehn Jahren rückläufig war.

Die Zahl der im Rahmen des Spritzenaustauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets hat sich österreichweit in den letzten elf Jahren mehr als verdoppelt, nämlich von 2.417.187 abgegebenen Spritzen im Jahr 2005 auf 5.987.601 Spritzen im Jahr 2015 (vgl. GÖG/ÖBIG 2006 bzw. Tabelle A6. 6).

Abbildung 6.6:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr¹⁰⁹, 2000 – 2015



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

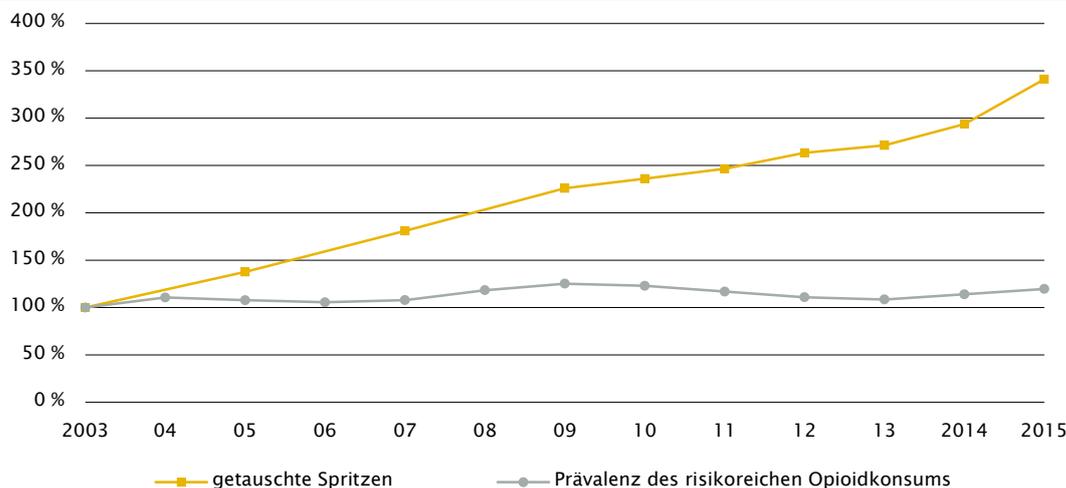
Während sich die Anzahl der getauschten Spritzen seit 2003 mehr als verdreifacht hat, hat sich die geschätzte Zahl der Personen mit risikoreichem Opioid-Konsum seit 2003 kaum verändert (vgl. Abbildung 6.7). Das bedeutet, dass aktuell wesentlich mehr Spritzen pro i.v. Konsument/in ausgegeben werden als 2003 (i.v. Konsum tritt meist im Rahmen des risikoreichen Opioid-Konsums auf), was als Indiz für eine verbesserte Reichweite interpretiert werden kann. Bei dieser Analyse ist aber zu berücksichtigen, dass es sich um eine österreichweite Darstellung handelt und regionale Unterschiede in der Versorgung mit sterilen Spritzen bestehen. Aufgrund der unzureichenden Datenlage hinsichtlich der nationalen HCV-Prävalenz kann kein Zusammenhang mit den HCV-Infektionsraten hergestellt werden.

109

Die Daten unterscheiden sich geringfügig von jenen, die in den Berichten zur Drogensituation der Vorjahre dargestellt wurden. Grund dafür ist eine Neuauswertung im Jahr 2016, bei der auch jene Patientinnen und Patienten gezählt wurden, bei denen ein Ansteckungsweg über i.v. Drogenkonsum nahe liegt (z.B. Methadon + HCV = i.v. Konsum; Opiatabhängigkeit + HCV = i.v. Konsum).

Abbildung 6.7:

Anzahl ausgegebener Spritzen und geschätzte Anzahl von Personen mit risikoreichem Opioid-Konsum (Index 2003 = 100 %), 2003–2015



Quellen: Busch et al. 2016a und b; Weigl et al. 2015, Darstellung: GÖG

6.4 Neue Entwicklungen

Bei Betrachtung der direkt drogenbezogenen Todesfälle zeigt sich auf sehr niedrigem Niveau ein Anstieg der Beteiligung von MDMA. Drei Personen verstarben im Jahr 2015 an einer reinen Ecstasy-Intoxikation, eine Person an einer Ecstasy-Intoxikation in Kombination mit psychoaktiven Arzneimitteln. Bei einer weiteren Person wurde MDMA in letaler Konzentration nachgewiesen, es handelte sich um eine Mischintoxikation mit Morphin, Kokain und psychoaktiven Arzneimitteln. Insgesamt war Ecstasy bei sieben Todesfällen beteiligt und in fünf Fällen toxisch bis letal. Diese Fälle dürften in Zusammenhang mit verstärkt im Umlauf befindlichen Ecstasy-Tabletten mit sehr hoher Dosierung (vgl. Kapitel 7) stehen (2014: zweimal Monointoxikation, einmal Mischintoxikation, 2013: viermal Mischintoxikation, 2012: einmal Monointoxikation, viermal Mischintoxikation), 2011: viermal Mischintoxikation).

Im Jahr 2015 war bei keiner Person, die an einer Überdosierung starb, NPS beteiligt. NPS wurde nur in einem Verdachtsfall nachgewiesen, bei dem es sich um eine Faulleiche handelte, bei der die Todesursache nicht feststellbar war (sie wurde daher nicht in die Statistik einbezogen). NPS spielen im Rahmen tödlich verlaufender Intoxikationen nach wie vor kaum eine Rolle.

In zwei Fällen wurde neben anderen Suchtgiften auch Methamphetamin gefunden (2012: 2 Fälle, 2013: 1 Fall, 2014: 4 Fälle). In einem weiteren Fall war Methamphetamin das einzige Suchtmittel (in Kombination mit Alkohol).

Die Therapie der chronischen Hepatitis C in einem hepatologischen Zentrum stellt gerade für Personen mit aufrechtem Drogenkonsum und grenzwertiger Compliance eine unüberwindbare Hürde dar. Die niederschwellige Einrichtung *Kontaktladen* (Graz) bietet deswegen ihren Klientinnen und Klienten ein kostenloses Shuttle-Service in das LKH Hörgas-Enzenbach an; das Shuttle-Service wurde im Jahr 2015 von insgesamt 35 Personen in Anspruch genommen (vgl. Caritas Diözese Graz-Seckau 2016).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem Verein Dialog und dem Wilheminspital der Stadt Wien, 4. Medizinische Abteilung, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA auszeichnet. Zielgruppe sind Patientinnen/Patienten mit aktuellem oder früherem i.v. Drogenkonsum, einer chronischen Hepatitis C und einer aufrechten Substitutionsbehandlung. Die hohe Compliance zur täglichen Einnahme des Substitutionsmittels garantiert dabei die Regelmäßigkeit, die für eine erfolgreiche Hepatitis-C-Therapie notwendig ist. Im Rahmen einer *directly observed therapy* nahmen bisher insgesamt zwölf Patientinnen und 47 Patienten (n = 59) das niederschwellige Therapieangebot in Anspruch. Hinsichtlich der Compliance zeigt sich, dass von bisher 3.662 geplanten Visiten zur Einnahme der antiviralen Therapie 3.660 Visiten von den Patientinnen/Patienten wahrgenommen wurden. Bei keiner/keinem der 31 Patientinnen/Patienten, die die Behandlung und die dreimonatige Nachbeobachtung absolviert haben, konnte HCV im Blut nachgewiesen werden, was den Behandlungserfolg bestätigt (Haltmayer, p. M.). Die Ergebnisse dieses Wiener Behandlungsprogramms wurden auf internationalen Kongressen präsentiert und in internationalen Fachjournalen publiziert (Haltmayer et al. 2015; Schütz et al. 2016).

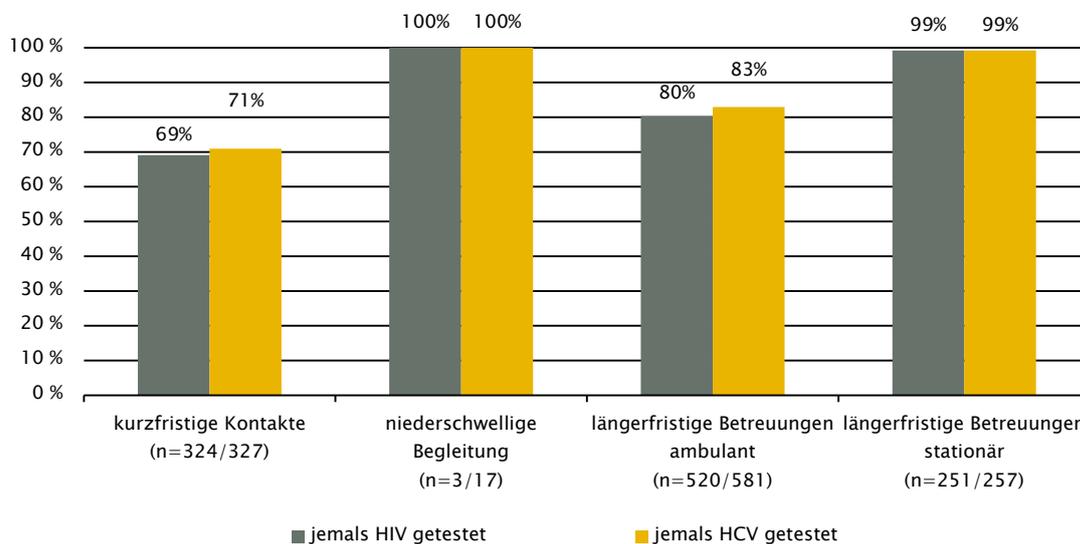
Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über vorangegangene Stuserhebung (HIV und HCV) bei i.v. Drogenkonsumierenden¹¹⁰. In Abbildung 6.8 wird die hohe Testhäufigkeit sowohl hinsichtlich HIV also auch HCV über die verschiedenen Betreuungsarten hinweg ersichtlich. Vor allem im stationären Betreuungssetting geben die meisten Personen an, sich innerhalb der letzten zwölf Monate dem letzten Test (HIV und HCV) unterzogen zu haben (Busch et al. 2016b).

110

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings werden weder Testergebnis noch Testzeitpunkt abgefragt.

Abbildung 6.8:

HIV- bzw. HCV-Testprävalenz von Personen, die im Jahr 2015 eine Betreuung begonnen haben und angeben, bereits intravenös Drogen konsumiert zu haben, nach Betreuungsart



Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung / Betreuungsjahr 2015, Darstellung: GÖG

Die nationale Statistik der Aids-Erkrankungsfälle hat durch die hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) an Bedeutung verloren, es werden nur noch wenige AIDS-Fälle gemeldet. Aufgrund fehlender epidemiologischer Relevanz und geplanter anonymisierter HIV-Meldepflicht wird sie vom BMGF nicht mehr veröffentlicht (Benka, p. M.).

Im Berichtszeitraum haben sich bei den Einrichtungen folgende Änderungen im Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben:

In Tirol wurde ein weiterer Spritzenautomat in einer zusätzlichen Stadt installiert. Im Oktober 2015 wurden die Anlaufstelle *Komfödros* und die Notschlafstelle *Mentvilla* zu einem neu errichteten Standort zusammengeführt. Ab Herbst 2016 ist in diesem Haus auch ein Gesundheitsraum geplant (Gratzel, p. M.).

Für die Region Bruck an der Mur / Steiermark wurde der Bedarf an Spitzentausch formuliert (Pillich et al. 2016). In Kooperation zwischen dem Grazer Spritzentausch und dem Beschäftigungsprojekt *Erfa* konnten im Berichtszeitraum 1.053 Spritzen im öffentlichen Raum gesammelt und sicher entsorgt werden (Caritas Diözese Graz-Seckau 2016).

Im Jahr 2015 ging die *Drug Checking* Pilotphase des *MDA basecamp* (Tirol) in ein reguläres Angebot der Drogenarbeit Z6 über. Im Jahr 2015 wurden insgesamt 124 Substanzproben zur Testung abgegeben, von denen 83 Proben zu einer Warnung führten (vgl. Kapitel 7 bzw. Z6 / Drogenarbeit 2016a). Die Warnungen werden regelmäßig auf der Homepage bzw. auf der Facebook-Seite der

Drogenarbeit Z6 veröffentlicht und von Klientinnen/Klienten wie auch nationalen und internationalen Systempartnern geteilt. Die Pilotphase wurde im Rahmen einer Masterarbeit evaluiert und die Ergebnisse in einem Endbericht veröffentlicht (vgl. Kathrein 2015 bzw. Z6/ Drogenarbeit 2016b). Gefragt nach den Konsequenzen der Analyseergebnisse, gaben von insgesamt 48 Personen fast 70 Prozent (33 von 48) an, dass sie bei einem Analyseergebnis, das eine unerwartete Substanz in der abgegebenen Probe aufdeckt, auf eine Einnahme verzichten. 31 Prozent (15 von 48) meinten, dass sie das Vertrauen in die Bezugsquelle verlieren und über zwölf Prozent (6 von 48) können sich vorstellen, ab diesem Moment alles testen zu lassen. Die Wiener Einrichtung *checkit!* hat im Berichtsjahr 1.041 Proben zur Analyse entgegengenommen. Bei 15 Prozent dieser Proben musste wegen gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe/Substanzkombinationen bzw. wegen einer gesundheitsgefährdend hohen Dosis eine Warnung ausgesprochen werden. Zusätzlich wurden 25 Prozent der Proben als hoch dosiert eingestuft (SHW 2016b).

Im Berichtsjahr wurde über die niederschwellige Einrichtung *Kontaktladen*, finanziert vom Land Steiermark, ein *KISS*-Pilotprojekt gestartet. An diesem standardisierten Selbstmanagementprogramm, das auf eine selbstbestimmte Konsumreduktion abzielt, nahmen fünf Personen teil. Aufgrund der positiven Resonanz ist für das Jahr 2016 eine weitere *KISS*-Gruppe geplant (Caritas Diözese Graz-Seckau 2016).

Psychiatrische Komobidität und Sucht wurden in Fachkreisen thematisiert. Zum einen befasste sich die Fachtagung 2015 der *ARGE Suchtvorbeugung* in Kooperation mit dem Forum Prävention (Südtirol) mit dem Thema *Trauma und Sucht*.¹¹¹ Zum anderen wurde von der Suchtmedizinischen Ambulanz Hochsteiermark und der Suchtberatung Obersteiermark eine allgemein- und sozialpsychiatrische Weiterbildung für Mitarbeiter/innen von Suchthilfe-Einrichtungen entwickelt und in Form einer Pilot-Schulung durchgeführt. Der inhaltliche Schwerpunkt lag auf den Grundlagen der Sozialpsychiatrie, auf Persönlichkeitsstörungen, Psychosen, affektiven Störungen im Suchtkontext wie auch auf ADHS, Alkohol bzw. Tabakkonsum und psychiatrischer Komorbidität, Spielsucht, Medikamentenabhängigkeit sowie Psychotherapie und Psychopharmakotherapie bei Suchterkrankungen (Ederer p. M.).

6.5 Zusätzliche Information

Im Juni 2016 veranstaltete die Suchthilfe Wien – vormals Verein Wiener Sozialprojekte – zum 25-jährigen Bestehen niederschwelliger Drogenhilfe in Wien ein Symposium zum Thema Schadens- und Risikominimierung. Beleuchtet wurden u. a. die geschichtliche Entwicklung der Angebote und die aktuellen Behandlungsangebote im Bereich der Schadenminimierung (SHW 2016a).

Im Jahr 2016 wurde ein Bericht über die aktuelle Datenlage zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich veröffentlicht. Dieser beinhaltet ein Kapitel zu Hepatitis C bei

111

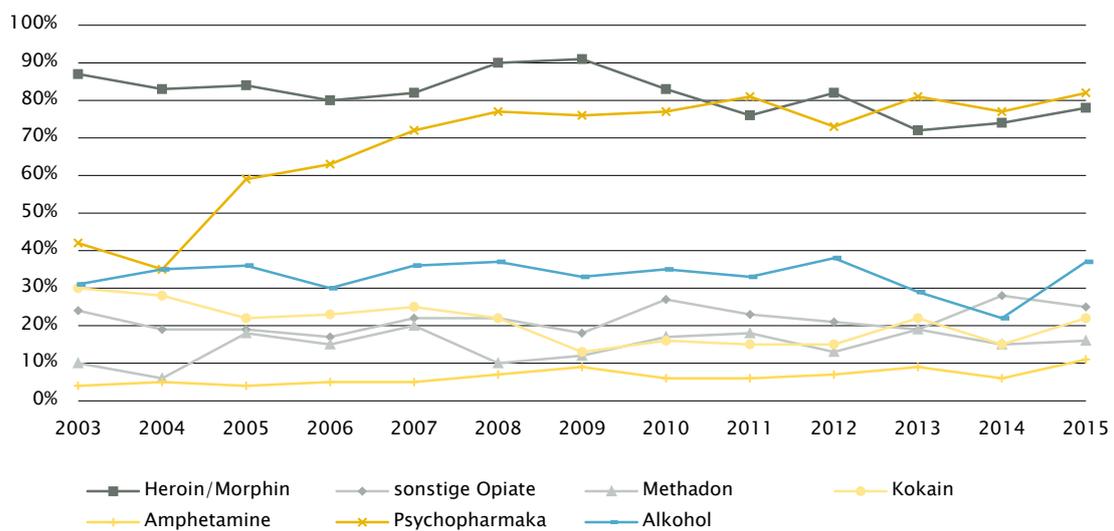
<https://www.suchtvorbeugung.net/tagung/2015/einladung.pdf> (14. 7.2016)

i.v. Drogen Konsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in einer Gesamtschau beschrieben werden (vgl. Abbildung 6.5, Schmutterer und Busch 2016).

Im Oktober 2015 wurde in Kooperation des Selbsthilfevereins *Starke Süchtige* und mit den niederschweligen Einrichtungen *do it yourself* bzw. *Ex & Hopp* die erste Vorarlberger Drogenselbsthilfe-Tagung veranstaltet, die unter dem Motto *Gemeinsam für eine Verbesserung der Behandlungs- und Betreuungsqualität* stand. In diesem Zusammenhang wurde auch das *Netzwerk Drogenselbsthilfe Vorarlberg* gegründet (Sturm, p. M.)

Der Anteil der verifizierten drogenbezogenen Todesfälle, bei denen Stimulanzien nachgewiesen wurden, ist über Jahre hinweg relativ stabil und beträgt im Jahr 2015 für Kokain 22 Prozent und für Amphetamine¹¹² 11 Prozent (vgl. Abbildung 6.9).

Abbildung 6.9:
Nachgewiesene Substanzen bei drogenbezogenen Todesfällen, 2003–2015



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

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

112

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

6.6 Quellen und Methodik

Quellen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu drogenbezogenen Todesfällen gesammelt. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes geregelt, dem entsprechend werden dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (BMGF) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt. Zur Klassifizierung der sogenannten „verifizierten Fälle“ werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen einschließlich chemisch-toxikologischer Analyse herangezogen. Bei 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 Drogentodesfall vermerkten Fälle für die Statistik herangezogen. Als direkt drogenbezogene Todesfälle gelten jene Personen, die an einer akuten Intoxikation („Überdosierung“) nach Konsum von Suchtgift (§ 2 Suchtmittelgesetz) versterben. In die jährliche Statistik ebenfalls einbezogen, jedoch gesondert ausgewiesen werden die tödlichen Überdosierungen nach Konsum von NPS.

Die Datenlage zu Infektionskrankheiten bei Personen mit i.v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nicht repräsentativ bezeichnet werden (vgl. ST9). Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die beiden wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus drei niederschweligen Drogenhilfe-Einrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* aus Vorarlberg und *Kontaktladen* aus 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 zu getesteten Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nicht repräsentativ zu bezeichnen. Dieser Bias besteht zwar bei den 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- als auch Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen tätigen 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 mit denen aus 2015 zu vergleichen.

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 wie die vermuteten Ansteckungswege oder die 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.).

2015 wurde vom GÖG-Kompetenzzentrum Sucht eine kurze „Ad hoc“ Onlinebefragung der in der Substitutionsbehandlung tätigen Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Die Themen waren berufliche und soziale Integration, Hepatitis C und intravenöser Drogenkonsum bei Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung. Der Link zur Befragung wurde von der Österreichischen Ärztekammer im Juni und im September 2015 an alle zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte ausgeschickt. 60 ausgefüllte Fragebögen konnten in die Auswertung einbezogen werden und beziehen sich auf 4.427 Patientinnen und Patienten (2.424 länger als 4 Jahre und 2.003 bis 4 Jahre in Behandlung). Einschränkend muss angemerkt werden, dass es sich bei den Angaben Großteils um Schätzungen durch die Ärztinnen und Ärzte handelt und teilweise Inkonsistenzen in den Daten bereinigt werden mussten (vgl. Kapitel 5).

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 zu einander in Bezug gestellt. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel zu Hepatitis C bei i.v. Drogen Konsumierenden, 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 und Busch 2016).

Bezüglich schadensminimierender Angebote bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext der Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Leider ist der Trend feststellbar, dass diese Datenquellen in den letzten Jahren zunehmend unergiebig werden. Mittels Standard Table 10 werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe gesammelt (vgl. Tab. A6. 6 und ST10).

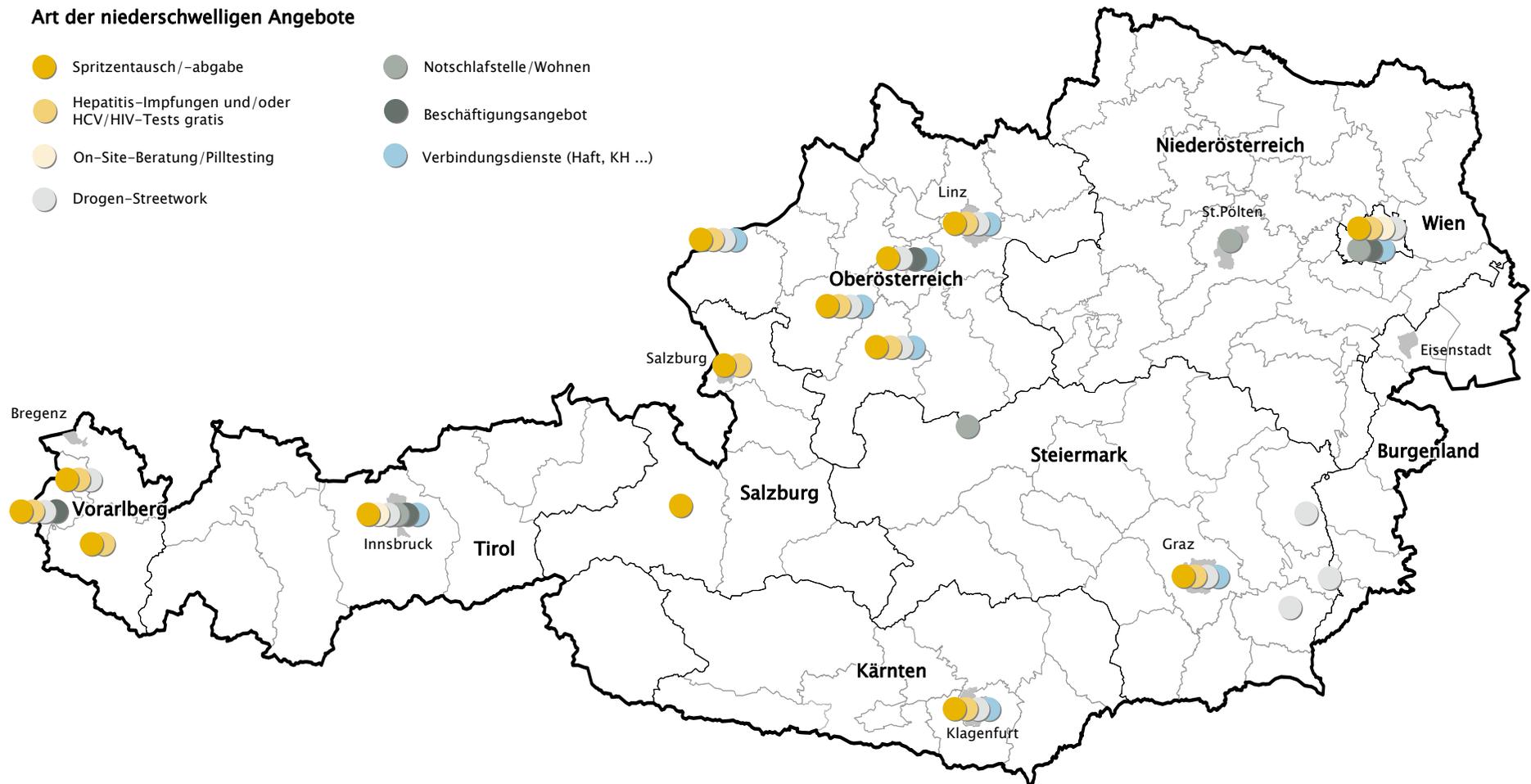
Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen heute aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS. Hier fließen mittlerweile die Daten von sieben 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. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 7. 2015 wurden insgesamt 8.541 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon

aus, dass etwa 70 Prozent 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 2015).

Karte 6.1:

Spezialisierte niederschwellige Einrichtungen zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich, 2016



Quelle: GÖG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinatoren der Länder; Darstellung: GÖG

6.7 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 (2015). HIV/AIDS in Austria – 28th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck.
- BMG (2016). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine koherente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016a). Epidemiologiebericht Sucht. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Wien.
- Busch, M., Anzenberger, J., Grabenhofer-Eggerth, A., Kellner, K., Kerschbaum, H., Klein, C., Schmutterer, I., Tanios, A. (2016b). Epidemiologiebericht Sucht. Illegale Drogen, Psychopharmaka und Tabak. Annex. Wien.
- Carina/Stiftung Maria Ebene (2016). Evaluationsbericht 2015. Stiftung Maria Ebene. Frastanz.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2016). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2015. Graz.
- Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016). NÖ Suchtstrategie 2016. Fachstelle für Suchtprävention NÖ. St. Pölten.
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2007). Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- GÖG/ÖBIG (2010). Bericht zur Drogensituation 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.
- Haltmayer, H., Schütz, A., Marchart, K., Ambrosch, S., Moser, S., Karpi, A., Gutic, E., Gschwantler, M. (2015). Therapie der chronischen Hepatitis C bei Patienten unter Opioid-Substitutions-therapie im niederschweligen Setting. Suchtmedizin, Jg. 17, Nr. 6, 2015. S. 267–273.

- Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2016). Erstattungskodex – EKO, Stand 1. Jänner 2016. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien.
- I.K.A. (2012). Interne Verschreibungsrichtlinie für Benzodiazepine. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. Graz.
- Kathrein, L.M. (2015). Drug Checking im MDA basecamp. Suchtprävention und Risikoreduktion im Bereich der Akzeptierenden Drogenarbeit. Masterarbeit am Institut für Erziehungswissenschaften, Leopold-Franzens-Universität Innsbruck. Innsbruck.
- Pillich, Ch., Poltensteiner, B., del Fabro, B., Lercher, J., Krispen, S., Walchhofer, Y. (2016). Tätigkeitsbericht Dislozierte Suchtmedizinische Ambulanz im LKH Hochsteiermark Standort Bruck an der Mur des LKH Graz Süd-West Standort Süd. Bruck an der Mur.
- Schmutterer, I., Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien.
- Schütz, A., Moser, S., Marchart, K., Haltmayer, H., Gschwantler, M. (2016). Direct Observed Therapy of Chronic Hepatitis C With Interferon-Free All-Oral Regimens at a Low-Threshold Drug Treatment Facility – a New Concept for Treatment of Patients With Borderline Compliance Receiving Opioid Substitution Therapy. American Journal of Gastroenterology 2016, 111: 905–905.
- SDW (2016a). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2016“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SDW (2106b). Qualitätsstandards im Sucht- und Drogenhilfenetzwerk. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien.
- SHW (2016a). „...und ich kann trotzdem zu euch kommen.“ 25 Jahre niederschwellige Drogenhilfe und Harm Reduction in der Suchthilfe. Eine Festschrift. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2016b). checkit! Tätigkeitsbericht 2015. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- SHW (2016c). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2015. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien.
- Stiftung Maria Ebene (2015). Jahresbericht 2014. Stiftung Maria Ebene. Frastanz.
- Verein Dialog (2016). Jahresbericht 2015. Verein Dialog. 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., Horvath, I., Schmutterer, I., Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH /Geschäftsbereich ÖBIG. Wien.

Z6/Drogenarbeit (2016a). Tätigkeitsbericht 2015. Innsbruck.

Z6/Drogenarbeit (2106b). MDA basecamp Pilotphase Drug Checking. Endbericht. Innsbruck.

6.8 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

6.9 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	LKH Hörgas-Enzenbach
Benka, Bernhard	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
Ederer, Klaus Peter	Suchtkoordination Steiermark
Gratzel, Wolfgang	Caritas Drogenarbeit Tirol
Haltmayer, Hans	Suchthilfe Wien gGmbH
Sturm, Elmar	Verein do it yourself
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.10 Anhang

Tabelle A6. 1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2006–2015

Todesursache	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Intoxikation mit Opiat(en)	27	9	13	18	13	11	11	10	10	6
Mischintoxikation mit Opiat(en)	137	138	136	153	148	151	111	103	85	107
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	5	5	4	1	0	8	8	6	7	10
Intoxikation unbekannter Art	28	23	16	15	9	7	9	3	0	3
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	197	175	169	187	170	177	139	122	102	126
Nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle ¹	-	-	32	19	17	24	22	16	20	27
Summe der drogenbezogenen Todesfälle			201	206	187	201	161	138	122	153

1: vgl. GÖG/ÖBIG 2010

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2006–2015 nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Burgenland	1,6	2,7	0,5	0,5	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6
Kärnten	1,9	1,1	1,9	1,6	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4
Niederösterreich	3,6	2,6	3,3	2,7	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9
Oberösterreich	1,5	1,3	3,0	3,0	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8
Salzburg	1,7	0,8	3,1	3,6	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6
Steiermark	1,5	2,0	2,6	1,2	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1
Tirol	3,4	2,3	3,8	3,1	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8
Vorarlberg	2,4	2,8	0,8	5,6	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9
Wien	8,3	7,8	6,6	7,7	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8
Österreich	3,5	3,1	3,6	3,7	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2006–2015 nach Bundesland

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Burgenland	3	5	1	1	6	4	2	1	2	3
Kärnten	7	4	7	6	6	4	7	7	5	9
Niederösterreich	38	27	35	29	31	29	23	19	9	21
Oberösterreich	14	12	28	28	12	14	19	14	6	8
Salzburg	6	3	11	13	18	6	10	4	4	2
Steiermark	12	16	21	10	11	16	7	6	11	9
Tirol	16	11	18	15	18	23	14	14	12	14
Vorarlberg	6	7	2	14	10	8	7	10	8	15
Wien	95	90	77	90	75	97	72	63	65	72
Unbekannt	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Österreich	197	175	201	206	187	201	161	138	122	153

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 4:

Anzahl der (verifizierten) direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich (nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil), 2006–2015

Alters- gruppe	2006		2007		2008 ¹		2009 ²		2010 ³		2011 ⁴		2012 ⁵		2013 ⁶		2014 ⁷		2015 ⁷	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
bis 19	40	20,3	24	13,7	22	13,0	18	9,6	12	7,1	23	13,0	10	7,2	6	4,9	9	7,4	4	2,6
20–24	51	25,9	46	26,3	45	26,6	39	20,9	36	21,2	33	18,6	23	16,5	18	14,8	14	11,5	28	18,3
25–29	34	17,3	23	13,1	37	21,9	35	18,7	41	24,1	31	17,5	31	22,3	34	27,9	22	18,0	21	13,7
30–34	19	9,7	35	20,0	21	12,4	28	15,0	17	10,0	29	16,4	25	18,0	31	25,4	15	12,3	34	22,2
35–39	15	7,6	22	12,6	16	9,5	22	11,8	17	10,0	13	7,3	15	10,8	11	9,0	14	11,5	19	12,4
40 und älter	38	19,3	25	14,3	28	16,6	45	24,1	47	27,6	48	27,1	35	25,2	22	18,0	48	39,3	47	30,7
Gesamt	197	100	175	100	169	100	187	100	170	100	177	100	139	100	122	100,0	122	100,0	153	100,0
Männlich	155	78,7	136	77,7	134	79,3	150	80,2	140	82,4	135	76,3	111	79,9	98	80,3	97	79,5	114	74,5
Weiblich	42	21,3	39	22,2	35	20,7	37	19,8	30	17,6	42	23,7	28	20,1	24	19,7	25	20,5	39	25,5

¹ Dazu kommen noch 32 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

² Dazu kommen noch 19 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

³ Dazu kommen noch 17 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

⁴ Dazu kommen noch 24 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

⁵ Dazu kommen noch 22 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

⁶ Dazu kommen noch 16 nicht obduzierte drogenbezogene Todesfälle.

⁷ Seit 2014 werden die nicht obduzierten drogenbezogene Todesfälle (20) in diese Statistik integriert.

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 5:

Entwicklung der festgestellten Substanzen (in Prozent) bei direkt drogenbezogenen Todesfällen (mit Toxikologie) in den Jahren 2006–2015

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Heroin/Morphin	80	82	90	91	83	76	82	72	75	78
Sonstige Opioidoide	17	22	22	18	27	23	21	19	24	25
Methadon	15	20	10	12	17	18	13	19	15	16
Kokain	23	25	22	13	16	15	15	22	17	22
Amphetamine ¹	5	5	7	9	6	6	7	9	8	11
Psychopharmaka	63	72	77	76	77	81	73	81	75	82
Alkohol	30	36	37	33	35	33	38	29	23	37

¹ Die Kategorie Amphetamine inkludiert Amphetamin, Methamphetamin, MDMA/MDA/MDE, Mephedron/3MMC und NPS, die der Kategorie Amphetamine zugehören (z. B. 4-Methylethylcathinon und andere Cathinone etc.).

Quelle: Statistik der drogenbezogenen Todesfälle; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6. 6:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2015

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	3	0	60.000
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	4	3	531.926
Salzburg	1	2	8.000 ¹
Steiermark	2 ²	3	796.010
Tirol	2	6	514.550
Vorarlberg	4	7	393.060
Wien	3 ²	0	3.650.373
Gesamt	19	21	5.953.919

¹ Schätzwert² inkludiert ein Streetwork-Angebot

Quelle: ST10 Syringe Availability 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	219
7.1	Zusammenfassung	219
7.2	Aktuelle Situation	220
7.2.1	Drogenmärkte.....	220
7.2.2	Straftaten wegen Drogendelikten	224
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	225
7.3	Trends.....	226
7.4	Quellen und Methodik	235
7.5	Bibliographie	235
7.6	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	236
7.7	Anhang	237

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Verbraucherland und durch seine Lage an der Balkanroute gleichzeitig auch Transitland für illegale Drogen. Zusätzlich dient der Flughafen Wien–Schwechat als internationale Drehscheibe für den Drogenschmuggel. In jüngerer Zeit treten vermehrt *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS) in Erscheinung. Insgesamt ist – besonders bei Drogenausgangsstoffen – eine steigende Bedeutung von virtuellen Drogenmärkten zu beobachten, was zunehmend das Verhalten von Händlern und Konsumierenden beeinflusst. Die Produktion von Drogen (Cannabis und synthetische Drogen) spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt 32.511 Anzeigen in Österreich bezogen sich im Jahr 2015 auf Suchtgifte, wobei der größte Teil davon Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften betraf (27.127). Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (30.298) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen¹¹³ (2.213) bei weitem.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots; dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Auch eine große Anzahl neuer synthetischer Substanzen wird jährlich beschlagnahmt. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe (seit 1. Mai 2016: Precursor Competence Center) haben Unternehmen, die Drogenausgangsstoffe herstellen oder damit handeln, Wahrnehmungen zu melden, die Abzweigung von Ware für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermuten lassen.

Zusätzlich ist Österreich in Projekte zur Bekämpfung der Drogenkriminalität auf EU-Ebene eingebunden.

Trends

Die Anzeigenentwicklung zeigt Anstiege bei einigen Substanzen wie etwa Ecstasy und weiterhin Cannabis. Bei Cannabis hat auch die Zahl der Beschlagnahmungen weiter stark zugenommen. Rückgänge sowohl der Anzeigen als auch der Anzahl der Beschlagnahmungen zeigen sich für

113

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“.

Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten, und für suchtgifthältige Medikamente. Während die Maximalpreise (Straßenverkaufs-niveau) – besonders jene von Amphetamin, Methamphetamin und Ecstasy – bis 2014 angestiegen sind, sind sie im Jahr 2015 für alle Substanzen gleich geblieben. Die durchschnittliche Reinheit (Straßenverkaufs-niveau) aller Substanzen, außer von Methamphetamin, hat weiter zugenommen.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist als Transit- und Verbraucherland zu bezeichnen. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind jedoch mit tatsächlichen Produktionsländern wie etwa Marokko nicht zu vergleichen. Die Größe der Anlagen variiert meist zwischen 10 und 100 Pflanzen. Professionelle Indoor-Anlagen mit bis zu 1.000 und mehr Stück sind die Ausnahme. Der Cannabisanbau in Österreich dient zumeist nur dem Eigengebrauch oder dem Handel im kleineren Umfang. Der Outdoor-Anbau spielt – vermutlich auch witterungsbedingt – in Österreich eine geringere Rolle (BMI 2015).

In Oberösterreich (6), Tirol (1) und Wien (3) wurden im Jahr 2015 insgesamt zehn Labors zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Synthesziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin, in einem Fall von Amphetamin war. Die erzeugten Suchtmittel dienten dem Eigenbedarf bzw. einem regional begrenzten Kreis von Abnehmerinnen/Abnehmern. Auffällig war die zunehmende Professionalität und Größe der Laborausstattung (BMI 2016).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Heroin wird vor allem auf der klassischen Balkan-Route über die Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien und Österreich nach Westeuropa geschmuggelt, wobei in Österreich der Heroinschmuggel in Kraftfahrzeugen dominiert. Der Kokain-Schwarzmarkt in Österreich wird über den internationalen Flughafen Wien-Schwechat aus Süd- und Mittelamerika versorgt. Der Kokain-Schmuggel erfolgt auch auf dem Landweg aus westeuropäischen Ländern und über Westbalkanstaaten. Cannabisprodukte werden sowohl für den Konsum als auch den Handel vorwiegend aus Tschechien, den Niederlanden, Südosteuropa und den klassischen Erzeugerländern wie Marokko und Albanien importiert. Aus Marokko wird vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Cannabiskraut wird vorwiegend auf der Balkan-Route geschmuggelt, zumeist über oder aus Mazedonien, Bosnien-Herzegowina, dem Kosovo, Serbien, Kroatien oder Slowenien, teilweise auch aus oder über Ungarn. Erzeugerland ist meistens Albanien. Amphetamin, Ecstasy und MDMA in Reinform werden hauptsächlich aus den Niederlanden via Deutschland, Amphetamin teilweise auch aus Polen via Tschechien oder Deutschland nach Österreich eingeführt.

Der Transport erfolgt zumeist per PKW. Durch zahlreiche Labors in der Slowakei und der Tschechischen Republik ist Methamphetamin leicht verfügbar. Der Transport aus Tschechien und der Slowakei nach Österreich erfolgt vorwiegend per PKW. *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 Drogenausgangsstoffe werden nicht über den Handel, sondern via Internet und in größeren Mengen in Asien bestellt (BMI 2015).

Laut BMI (2106) bewegen die günstigen Einkaufspreise von Heroin in der Schweiz Vorarlberger Konsumentinnen/Konsumenten vermehrt zu Einkaufsfahrten in die benachbarten Städte wie beispielsweise St. Gallen und Altstätten. Aus Wien hingegen werden Subutex und Substitol geholt, da hier die Tabletten am Schwarzmarkt günstiger erworben werden können (BMI 2016).

Drogengroßhandel und Handel mit Vorläuferstoffen

In nachfolgender Tabelle 7.1 werden die Preise diverser Drogen im Großhandel dargestellt. Dabei sind pro Droge die Preis-Untergrenze und -Obergrenze sowie der typische Preis angegeben.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich, 2015

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphe- tamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Preis	Untergrenze	1.800 €	2.500 €	18.000 €	40.000 €	1.500 €	25.000 €	1.000 €
	Obergrenze	5.500 €	8.000 €	40.000 €	60.000 €	22.000 €	60.000 €	8.000 €
	Typisch	4.000 €	4.000 €	25.000 €	50.000 €	7.000 €	40.000 €	6.000 €

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Auch für Österreich können weitere Informationen zu den Großhandelspreisen diverser Drogen sowie zu deren Erfassung und Verfügbarkeit einer im Jahr 2011 durchgeführten Pilotstudie der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht entnommen werden (EMCDDA 2011).

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 (vgl. dazu auch ST14 und ST16), wobei sich sowohl bei der Reinheit als auch beim Preis erhebliche Schwankungsbreiten zeigen.

Tabelle 7.2:

Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich, 2015

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth- amphetamin*	„Ecstasy“**
Reinheit	Untergrenze	0,21 %	0,05 %	0,11 %	0,38 %	0,05 %	0,04 %	0,23 mg
	Obergrenze	42,7 %	47,4 %	58,5 %	83,1 %	73,8 %	81,9 %	87,3 mg
	Median	9,7 %	14,5 %	12,1 %	30,5 %	10,3 %	57,7 %	43,1 mg
Preis	Untergrenze	5	6	25	50	10	25	6
	Obergrenze	12	15	100	150	60	130	30
	Typisch	8	8	60	100	40	90	9

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Die Daten des BMI (Cannabiskraut, Cannabisharz, Heroin) zu Preisen beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen.

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 Kontext des Projekts *checkit!* wurden im Jahr 2015 bei 12 Musikveranstaltungen der Party- und Clubszone in den Bundesländern Wien und Niederösterreich 1.041 Proben vermeintlich psychoaktiver Substanzen analysiert. Von allen analysierten Proben enthielten 26 Prozent den zu erwartenden Inhaltsstoff in der „erwartbaren“ Dosierung. Weitere 25 Prozent enthielten zwar den erwarteten Inhaltsstoff, allerdings musste wegen der hohen Dosierung gewarnt werden. Rund ein Drittel (34 %) der Proben enthielt unerwartete Inhaltsstoffe, vor 15 Prozent der Proben musste aufgrund gesundheitlich besonders bedenklicher Inhaltsstoffe gewarnt werden (SHW 2016 bzw. Kapitel 6).

Von den 285 als „Ecstasy“ gekauften Tabletten enthielten rund 83 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA¹¹⁴ (bzw. MDE/MDA) keine pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tabelle A7. 9:). Paramethoxyamphetamin (PMA)¹¹⁵ wurde bei den im Berichtsjahr als Ecstasy-Tabletten gekauften und untersuchten Proben nicht festgestellt. Fast ein Fünftel (18 %) der Proben zeigte ein gesundheitlich besonders bedenkliches Ergebnis. Bei den insgesamt 152 als MDMA in Pulver-, Kristall- oder Kapselform zur Analyse gebrachten Proben wurde in 86 Prozent der Fälle ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen (vgl. Tabelle A7. 10:). Bei knapp sieben Prozent der Proben wurden Substanzen aus der Gruppe der NPS nachgewiesen. Die 260 als „Speed“ gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten zu 34 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Die Kombination von Amphetamin und Koffein konnte bei 51 Prozent der Proben festgestellt werden; vgl. Tabelle A7. 11:). Die Anzahl der

114

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

115

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

„Speed“-Proben, in denen *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS) gefunden wurden, betrug 0,8 Prozent. Methamphetamin wurde bei 0,4 Prozent der als „Speed“ gekauften Proben detektiert. Acht Prozent der als „Speed“ gekauften Proben wurde als gesundheitlich besonders bedenklich eingestuft.

Von den 182 als **Kokain gekauften** und von *checkit!* analysierten Proben enthielten nur rund 13 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengung. Häufig wurden mehr als zwei unerwartete Inhaltstoffe in den Proben gefunden; darunter war meist das Arzneimittel Levamisol. Die bedenklichste mögliche Nebenwirkung von Levamisol ist eine Veränderung des Blutbildes und eine Verringerung der Abwehrkräfte, was in weiterer Folge zu lebensbedrohlichen Infektionen führen kann. 25 Prozent der als Kokain zur Analyse gebrachten Proben wurden als gesundheitlich besonders bedenklich eingestuft.

Erwartet oder unerwartet enthielten knapp sechs Prozent aller abgegebenen Proben *Neue Psychoaktive Substanzen* (NPS). Bei vier Prozent der Proben konnte NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert werden. Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug knapp zwei Prozent.

Die im März 2014 gestartete Drug-Checking-Pilotphase in Tirol wurde im Jahr 2015 in ein reguläres Angebot der Drogenarbeit Z6 übergeführt und wird in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck und *checkit!* in Wien angeboten. Im Berichtsjahr wurden insgesamt 124 Substanzproben beim *MDA basecamp* zur Testung abgegeben, davon musste vor 83 gewarnt werden, 54 Proben waren verunreinigt¹¹⁶ und 50 Proben mussten als hochdosiert eingestuft werden. 23 Proben waren sowohl verunreinigt als auch hochdosiert (vgl. Z6/Drogenarbeit 2016 bzw. Kapitel 6).

Vor drei Viertel der 20 als **Ecstasy** abgegebenen Tabletten musste aufgrund ihrer (extrem) hohen Dosierung (über 100 mg) gewarnt werden. Alle der 15 als **MDMA** abgegebenen Proben in Pulver- oder Kristallform enthielten MDMA; keine der Proben war verunreinigt. Die Reinheit betrug 78 Prozent und lag damit deutlich unter dem von *checkit!* in Wien festgestellten Wert (86 %). Ebenso beinhalteten alle 23 als **Speed** untersuchten Tabletten Amphetamin, allerdings waren fast alle Proben (20) verunreinigt – zumeist mit Koffein. Auch hier lag die Reinheit mit 30 Prozent unter dem in Wien detektierten Wert (34 %); keine der Proben war verunreinigt. Die Reinheit betrug 78 Prozent und lag damit deutlich unter dem von *checkit!* in Wien festgestellten Wert (86 %). Fast alle (24 von 25) der als **Kokain** abgegebenen Proben enthielten Kokain, allerdings waren 23 dieser Proben mit mindestens einer Substanz verunreinigt – am häufigsten mit Levamisol. Drei Viertel der Proben enthielten Kokain in hochdosierter Form (über 40 %). Die Hälfte der Kokain-Proben wies eine Dosierung von mehr als 71 Prozent auf. 11 Proben wurden als NPS bei *MDA basecamp* abgegeben, davon wurde in etwa 14 Prozent tatsächlich eine **NPS** detektiert.

116

Das bedeutet, dass zusätzlich zum deklarierten Wirkstoff **mindestens ein** die Wirkung beeinflussendes bzw. gesundheitsschädigendes Streckmittel in der Substanz analysiert wurde oder der deklarierte Wirkstoff nicht enthalten war.

Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) hat im Berichtszeitraum zehn Proben analysiert, die durch Polizei oder Zoll wegen Verdachts auf Verstoß gegen das *Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz* (NPSG) beschlagnahmt worden waren. Dabei wurden in Pulvern und Pflanzenmaterial u. a. die Substanzen MDMB-CHMICA, AB-FUBINACA, PB-22 und Noopept analysiert.

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2015 insgesamt 206 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 77 verschiedene Substanzen bzw. Substanzkombinationen identifiziert. Die am häufigsten gefundene Substanz war Methoxetamin in 15 Prozent aller Proben, gefolgt von PVP (Pyrrolidinovalerophenon; in 11 %) und MDMB-CHMICA (in 8 %). Alle anderen Substanzen waren in weniger als 5 Prozent der Fälle enthalten.

7.2.2 Straftaten wegen Drogendelikten

Straftaten wegen Drogendelikten

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug im Jahr 2015 32.907 (vgl. auch Tabelle A7. 1: und Tabelle A7. 2:). Insgesamt 32.511 Anzeigen bezogen sich auf Suchtgifte. Von den übrigen 396 betrafen die meisten psychotrope Stoffe (vgl. Tabelle A7. 2: und Tabelle A7. 3:). Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abbildung 7.2), so zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (30.298; unerlaubter Umgang mit Suchtgift gemäß § 27 SMG) die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei weitem überstieg (2.213; Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel gemäß § 28a SMG).

Unterscheidet man bei den Anzeigen nach involvierten Substanzen (vgl. Tabelle A7. 5: und Abbildung 7.3), dann fällt auf, dass Anzeigen wegen Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften mehr als vier Fünftel (27.127) der Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (3.287; 10 %), danach folgten Anzeigen wegen Amphetamin (6 %) und Heroin und Opiaten (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* liegt im Jahr 2015 bei 48 und spielt im Vergleich zu den anderen Substanzen eine geringe Rolle.

Den 32.907 Gesamtanzeigen stehen im Jahr 2015 insgesamt 817 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen zu den Festnahmen nach Art des Vergehens, nach Substanz etc. gibt.

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, wobei viele Delikte aber aus Angst davor, selbst angezeigt zu werden, nicht gemeldet werden.

Daten betreffend Alkohol und Drogen im Straßenverkehr können einer parlamentarischen Anfrage vom Oktober 2014 entnommen werden (BMVIT 2014). Die nachfolgende Tabelle 7.3 zeigt, wie viele Lenkerberechtigungen aufgrund einer Suchtgiftbeeinträchtigung bzw. aufgrund von Alkoholdelikten in den letzten Jahren in Österreich entzogen wurden. Dabei lag der Anteil der Lenkerberechtigungsentzüge wegen einer Suchtgiftbeeinträchtigung – gemessen an allen Lenkerberechtigungsentzügen wegen des Konsums psychoaktiver Substanzen – zwischen 2,6 Prozent im Jahr 2010 und 4,5 Prozent im 1. bis 3. Quartal 2014. Aktuelle Daten sind in diesem Zusammenhang nicht verfügbar. Aus anderer Quelle (Schubert p. M.) ist bekannt, dass die Anzahl der in den Jahren 2010 bis 2012 entzogenen Lenkerberechtigungen jeweils etwa 75.000 pro Jahr betrug. Dabei stellten Alkoholdelikte (über 30 Prozent) den weitaus häufigsten Grund für den Entzug der Lenkerberechtigung dar, gefolgt von Geschwindigkeitsdelikten und dem Fahren ohne Lenkerberechtigung (jeweils etwas über 10 %).

Tabelle 7.3:

Anzahl der Entzüge der Lenkerberechtigung aufgrund einer Suchtgiftbeeinträchtigung bzw. aufgrund von Alkoholdelikten in Österreich, 2010–2013 und 1. bis 3. Quartal 2014

Entzug der Lenkerberechtigung aufgrund	2010	2011	2012	2013	1. Jänner bis 30. September 2014
einer Suchtgiftbeeinträchtigung	573	683	871	805	640
von Alkoholdelikten	21.437	20.575	22.473	19.873	13.543
Gesamt	22.010	21.258	23.344	20.678	14.183

Quelle: BMVIT 2014; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

In Österreich werden Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots von den Sicherheitsbehörden gesetzt. Sie umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten. Bei der Zahl der Sicherstellungen für 2015 zeigte sich, dass Cannabis fast drei Viertel der Sicherstellungen (13.879) betraf, gefolgt von Kokain (1.190; 6 %), und Amphetamin (784; 4 %). Die Anzahl der Sicherstellungen der übrigen Substanzen lag jeweils (teilweise deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7. 7:). Im

Rahmen dieser Sicherstellungen wurden im Jahr 2015 beispielsweise ca. 1.100 kg Cannabisprodukte, ca. 10.000 Stück Ecstasy-Tabletten und über 7.000 Stück suchtgifthältige Medikamente beschlagnahmt (vgl. Tabelle A7. 8:).

Vom BMI/.BK wurden im Jahr 2015 insgesamt 47 verschiedene *Neue Psychoaktive Substanzen* festgestellt und das Ergebnis für das Monitoring an das Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Darunter waren 15 verschiedene Substanzen, die weder vom SMG noch vom NPSG erfasst waren und somit in Österreich keiner gesetzlichen Regelung unterlagen (BMI 2016).

Im Bundeskriminalamt besteht die Möglichkeit, die Abzweigung von bestimmten Chemikalien, die missbräuchlich für die Herstellung von Suchtmitteln (zum Beispiel für synthetische Drogen wie Ecstasy) verwendet werden, zu melden. Bei der im Bundeskriminalamt eingerichteten Meldestelle für Drogenausgangsstoffe (seit 1. Mai 2016: Precursor Competence Center) haben Unternehmen, die solche Stoffe herstellen oder damit handeln, Wahrnehmungen zu melden, die Abzweigungen für die unerlaubte Herstellung von Suchtmitteln vermuten lassen (BMI 2015, BMI 2016).

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 ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Letztlich liegen die genannten Aktivitäten aber auch im Aufgabenbereich jeder Polizeiinspektion (Mader, p. M.). Insgesamt ergeben sich daraus für Österreich zehn Einheiten der Strafverfolgung mit etwa 350 speziell ausgebildeten Beamten, was nicht ganz 1,5 Prozent des gesamten Polizeipersonals entspricht. Angesiedelt sind die fix dem Drogenbereich zugeordneten Beamten bei der Kriminalpolizei. Weitere themenbezogene Informationen können einer entsprechenden Publikation der EMCDDA entnommen werden (EMCDDA 2013).

7.3 Trends

Im folgenden Abschnitt finden sich Angaben zu langfristigen Entwicklungen von Beschlagnahmungen, Preis und Reinheit von illegalen Substanzen sowie von Anzeigen im Zusammenhang mit diesen Substanzen in Österreich. Kurzzeit-Trends werden nicht behandelt.

Langzeit-Trends

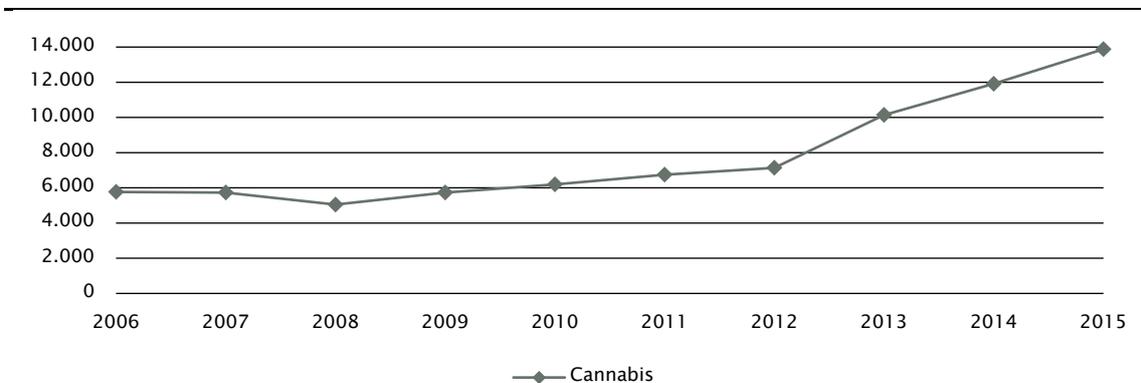
Bezüglich der im Folgenden beschriebenen Trends ist zu betonen, dass diese in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegeln (BMI 2016). Das zeigte sich etwa am Rückgang der **Beschlagnahmen** (und auch der Anzeigen) im Zusammenhang mit Cannabis im Jahr 2008. In diesem Jahr fand in Österreich die Fußball Europameisterschaft statt, wodurch sich eine veränderte Schwerpunktsetzung für sicherheitsbehördliche Maßnahmen ergab.

Abbildung 7.1 stellt die Entwicklung der Beschlagnahmen in den letzten zehn Jahren dar. Diese Zahlen waren im betrachteten Zeitraum für die meisten Substanzen stabil, in den letzten Jahren zeigen sich sogar geringfügige Rückgänge, z. B. für Methamphetamin, Mephedron, suchtgifthaltige Medikamente und Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten. Das gilt allerdings nicht für Cannabis, für das gerade während der letzten Jahre ein erheblicher Anstieg der Anzahl der Beschlagnahmen zu beobachten war (vgl. Tabelle A7. 7:).

Die **beschlagnahmten Mengen** von Cannabis blieben über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant (vgl. Tabelle A7. 8:). Betrachtet man diese Entwicklung gemeinsam mit dem oben angeführten Anstieg der Zahl der Beschlagnahmen, ist zu vermuten, dass die beschlagnahmten Mengen stark zurückgegangen sind. Die Mengen der übrigen sichergestellten Suchtmittel unterlagen im Laufe der Jahre großen Schwankungen (vgl. Tabelle A7. 8:). Anstiege der sichergestellten Mengen zeigten sich bei fast allen anderen Substanzgruppen und waren bei Kokain, Amphetamin, LSD, Ecstasy, psychotropen Substanzen und Drogenausgangsstoffen besonders hoch. Der bestehende Trend zum Schmuggel von Khat im Reisegepäck hielt am Flughafen Wien-Schwechat (NÖ) an; im Jahr 2015 konnten insgesamt 650 kg sichergestellt werden. Außer bei psychotropen Substanzen und Drogenausgangsstoffen – bei denen von Großsicherstellungen ausgegangen werden kann – ist dieser Anstieg auch an der Zahl der entsprechenden Anzeigen zu beobachten. Dabei ist aber zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmen mit großen Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), das Bild verzerren können.

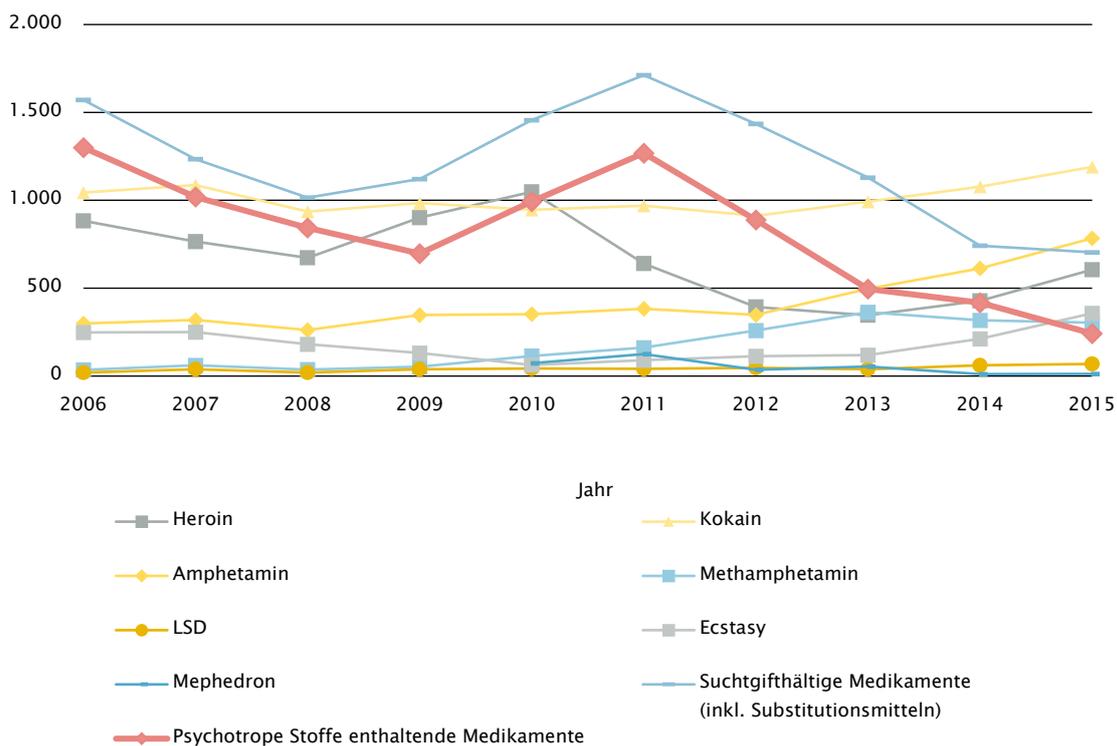
Abbildung 7.1:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthaltend, in Österreich, 2006–2015



Aufgrund der Größenordnung der Cannabis-Beschlagnahmen wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG



Entsprechend der Menge unterlag auch der Schwarzmarktwert der wichtigsten sichergestellten Substanzen über die Jahre erheblichen Schwankungen (vgl. Tabelle 7.4).

Tabelle 7.4:
Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro), 2006–2015

Substanz	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013	2014	2015
Cannabis	13.163.500	12.763.000	8.738.000	11.390.000	12.920.000	9.200.000	14.934.500	10.608.000	9.112.000
Heroin	2.401.000	9.953.500	8.320.000	18.960.000	6.720.000	3.888.000	4.800.000	3.360.000	4.176.000
Kokain	4.588.500	4.295.500	7.056.000	7.462.000	28.920.000	12.510.000	1.875.000	3.100.000	11.970.000
Ecstasy	308.545	661.675	453.345	58.470	72.750	457.800	34.608	45.009	91.341
Amphetamin	304.800	440.000	258.000	958.500	660.000	107.200	945.000	636.000	2.668.000
Methamphetamin	14.488	47.974	2.402	12.779	28.931	48.379	568.049	425.790	261.000

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Bei den **maximalen Beschaffungspreisen** (Straßenverkaufs-niveau) zeigen sich große Veränderungen erst in den letzten Jahren: So hat sich die Preis-Obergrenze etwa für braunes Heroin von 60 Euro im Jahr 2012 auf 100 Euro in den Jahren 2013 und 2014 erhöht. Ähnliche Steigerungen konnten bei Amphetamin beobachtet werden. Wesentlich stärker fielen die Erhöhungen der Maximalpreise für Methamphetamin und Ecstasy aus. Von 2014 auf 2015 sind die maximalen Beschaffungspreise wie auch die übrigen Preisangaben gleich geblieben (vgl. Tabelle 7.5). Durchschnittspreise stehen leider nicht für den gesamten Beobachtungszeitraum zur Verfügung.

Tabelle 7.5:
Maximaler Preis von Suchtgiften/Suchtmitteln (in Euro) im Straßenhandel in Österreich, 2006–2015

Suchtgift/Suchtmittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabisharz (1 Gramm)	8	10	10	10	9	9	8	12	15	15
Cannabiskraut (1 Gramm)	4	10	10	10	10	10	10	12	12	12
Heroin braun (1 Gramm)	70	85	80	100	60	60	60	100	100	100
Kokain (1 Gramm)	70	90	90	140	90	90	100	130	150	150
Amphetamin (1 Gramm)	25	25	20	15	20	20	30	60	60	60
Methamphetamin (1 Gramm)	20	25	20	15	20	20	30	120	130	130
Ecstasy (1 Tablette/Einheit)	10	10	10	10	10	10	10	12	30	30

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufs-niveau) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre nur unwesentlichen Schwankungen. Langfristig waren bei Kokain, Amphetamin und Methamphetamin Steigerungen beim Wirkstoffgehalt zu beobachten. Der entsprechende Wert ging für Letzteres im Jahr 2015 allerdings stark zurück (vgl. Tabelle 7.6). Die maximale Reinheit der untersuchten Substanzen stieg bei fast allen Substanzen (vgl. Tabelle 7.7).

Bei den im Rahmen des *checkit!*-Projekts als **Ecstasy** gekauften und analysierten Proben hat sich die Anzahl jener Tabletten, die MDMA in hoher Dosierung (über 100 mg) enthielten, von 2013 auf 2014 fast verdoppelt – von 26 auf 48 Prozent. Im Jahr 2015 blieb dieser Wert bei 48 Prozent, allerdings ist der Anteil der gesundheitsgefährdend hoch dosierten Tabletten (über 200 mg) weiter gestiegen: von 6 Prozent (2014) auf 14 Prozent (2015). Ab 200 mg spricht *checkit!* explizit eine

Warnung aus, ebenso bei gesundheitlich besonders bedenklichen Inhaltsstoffen bzw. Substanzkombinationen¹¹⁷. Insgesamt musste im Jahr 2015 daher in 18 Prozent der Fälle eine explizite Warnung („gesundheitlich besonders bedenkliches Ergebnis“) ausgesprochen werden (2014: 10 %). Wie bereits im Jahr 2014 wurde PMA¹¹⁸ bei den im Berichtsjahr als Ecstasy-Tabletten gekauften und untersuchten Proben nicht festgestellt (vgl. Tabelle A7. 9:).

Der Anteil der im Rahmen des *checkit!*-Projekts analysierten Proben, in denen **NPS** gefunden wurden, war in den letzten beiden Jahren deutlich geringer als in den Jahren zuvor. Während im Jahr 2011 noch 18 Prozent und im Jahr 2012 13 Prozent aller abgegebenen Proben – erwartet oder unerwartet – NPS enthielten, waren es 2013 11 Prozent und 2015 nur mehr 6 Prozent. Weiterhin abgenommen hat die Häufigkeit, mit der NPS als Beimengung in klassischen Freizeitdrogen identifiziert wurden (von 13,3 % im Jahr 2011 auf 4,0 % 2015). Die Anzahl der Proben, die als NPS erworben und zur Analyse gebracht wurden, betrug 2015 1,8 Prozent.

Tabelle 7.6:
Durchschnittliche Reinheit (mean) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2006–2015

Suchtgift/Suchtmittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabisharz (% THC)	5,7	10,0	10,9	9,8	12,2	9,1	11,0	9,8	12,0	15,2
Cannabiskraut (% THC)	7,2	6,7	7,2	5,9	7,5	7,0	9,7	9,6	8,9	9,8
Heroin braun (%)	6,16	9,1	11,3	12,9	12,9	5,8	6,4	7,6	11,9	13,7
Kokain (%)	32,3	32,6	32,1	27,6	27,3	27,5	28,1	26,1	31,6	33,4
Amphetamin (%)	19,2	12,8	9,1	7,3	7,8	7,9	8,4	9,5	10,6	18,5
Methamphetamin (%)	25,3	24,4	46,3	58,4	56,7	52,0	54,4	56,0	63,5	51,5
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	32,9	37,6	38,3	41,1	90,7	63,4	50,7	46,0	44,6	48,7

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

117

Ab Dosierungen von über 1,5 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Männern und 1,3 mg MDMA pro kg Körpergewicht bei Frauen treten die negativen Effekte von MDMA in den Vordergrund und die Wahrscheinlichkeit einer neurotoxischen Wirkung steigt.

118

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

Tabelle 7.7:

Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich, 2006–2015

Suchtgift/Suchtmittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabisharz (% THC)	19,3	49,0	47,4	33,0	55,0	51,2	57,7	30,7	38,0	47,4
Cannabiskraut (% THC)	22,2	42,0	49,7	39,0	21,1	21,7	39,2	43,5	57,5	42,7
Heroin braun (%)	39,0	57,0	71,0	52,8	50,0	42,6	30,9	55,1	57,2	58,5
Kokain (%)	93,0	98,0	96,0	95,9	93,50	83,5	87,3	74,8	84,9	83,1
Amphetamin (%)	97,0	60,0	66,0	42,6	27,3	28,5	56,9	59,8	66,4	73,8
Methamphetamin (%)	80,0	94,0	99,0	99,1	100,0	80,3	81,3	80,3	80,6	81,9
Ecstasy (mg der MDMA-base pro Einheit)	100,0	100,0	100,0	66,3	100,0	83,8	96,7	83,2	90,5	87,3

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

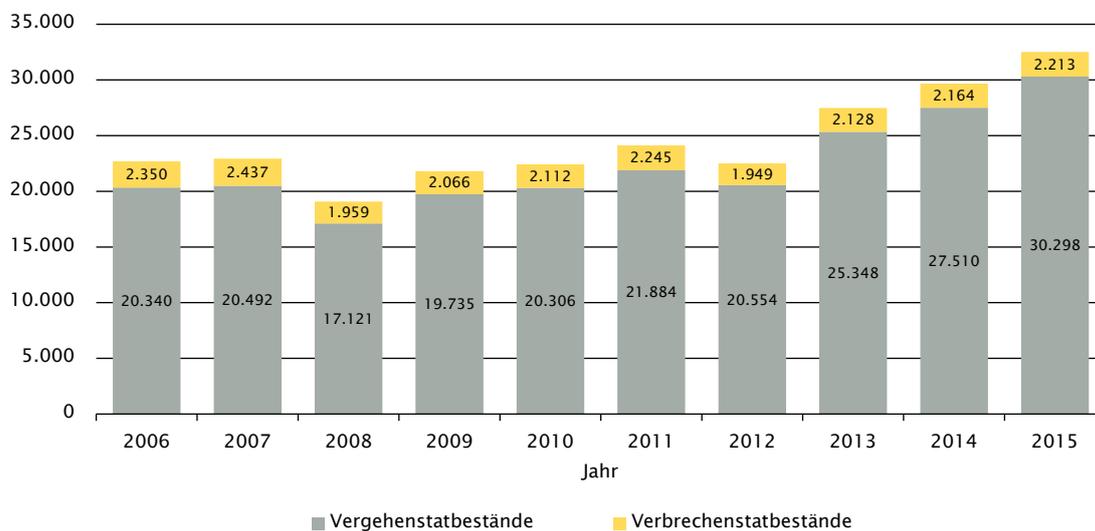
Bei den 124 im Rahmen von *MDA basecamp* in Tirol durchgeführten Drogenanalysen zeigten sich im Jahr 2015 bei MDMA, Speed und Kokain im Vergleich zum Jahr davor Anstiege der Reinheit und der Anzahl hochdosierter Proben (Z6/Drogenarbeit 2016).

Erklärungen zu Langzeit-Trends

Die nachfolgende Abbildung 7.2 stellt die langfristige Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Die Entwicklung verlief für die Jahre 2005 bis 2012 relativ beständig, mit einem Einbruch 2008, der mit der bereits erwähnten Verlagerung der sicherheitsbehördlichen Aktivitäten aufgrund der in Österreich ausgetragenen Fußball-Europameisterschaft begründet wird. Ab 2013 stiegen besonders die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen stark an – eine Entwicklung, die sich auch im Jahr 2015 fortsetzte.

Abbildung 7.2:

Entwicklung der Anzeigenzahl wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehen- und Verbrechenstatbeständen, 2006–2015



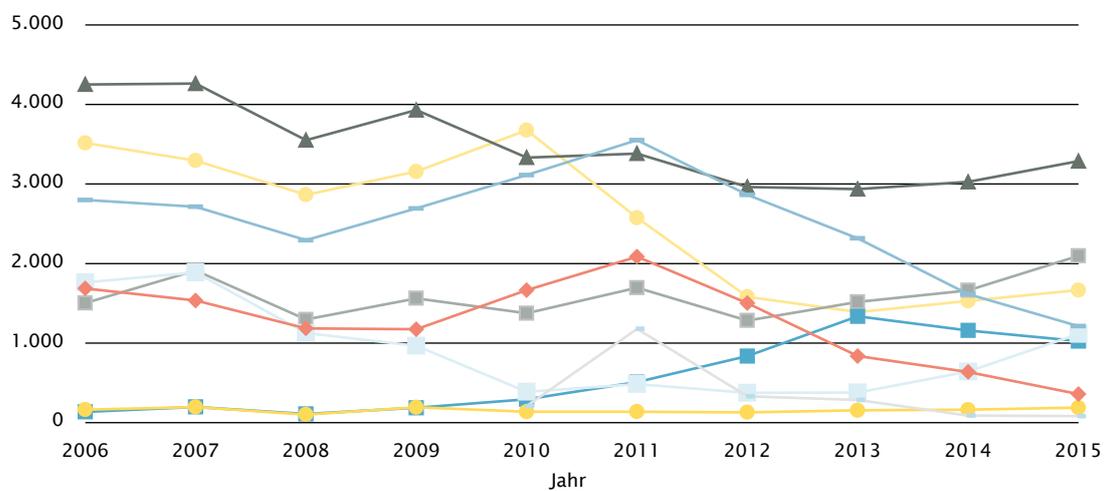
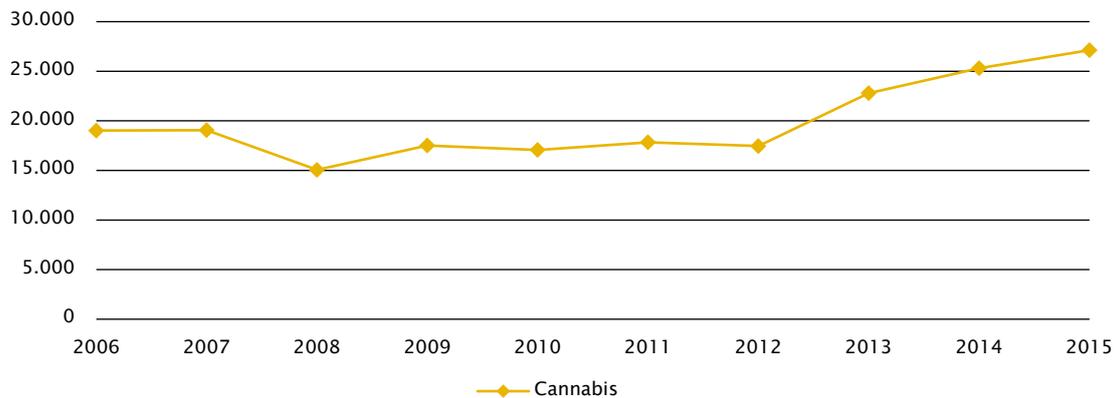
Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

In

Abbildung 7.3 wird die Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgiftes präsentiert. Während die Anzeigen für viele Suchtgifte im Laufe des Zeitraums 2005 bis 2013 eine kontinuierlich abnehmende Tendenz aufweisen, zeigt sich eine deutliche Steigerung für das Jahr 2014, die jedoch 2015 für die meisten Substanzen wieder abflacht. Für Cannabis war ein wesentlicher Anstieg schon im Jahr 2013 und auf hohem Niveau zu beobachten. Die markantesten Steigerungen im letzten Jahr zeigten sich bei Ecstasy (+74 %) und Amphetaminen (+26 %), während die Anstiege bei Cannabis, Heroin und Opiaten, Kokain und Crack jeweils etwa sieben bis neun Prozent betrug. Die Steigerung bei Ecstasy durchbrach im Jahr 2014 den seit Jahren rückläufigen Trend der Anzeigenzahl und setzte sich auch im Jahr 2015 fort. Weiterhin stark rückläufig verliefen die Anzeigenzahlen für Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten (-43 %) und für suchtgifthaltige Medikamente (-25 %; inkl. Substitutionsmittel). Damit ist die Summe der Anzeigen für suchtgifthaltige Medikamente im Jahr 2015 die niedrigste der letzten zehn Jahre, während die Zahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis weiterhin den höchsten Wert aufweist und mehr als vier Fünftel der Anzeigen betrifft (vgl. Tabelle A7. 5:). Die Entwicklung der Anzeigen auf Länderebene entspricht im Wesentlichen jener auf Bundesebene (vgl. Tabelle A7. 6:).

Abbildung 7.3:

Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz, nach Art des Suchtgiftes, 2006–2015



- Heroin und Opiate
- ▲— Kokain und Crack
- Amphetamin
- Methamphetamin
- LSD
- Ecstasy
- Mephedron
- Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)
- ◆— Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente

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 Schmuggel, Handel und Konsum von *Neuen Psychoaktiven Substanzen* gelegt. Die bei der Bekämpfung der Straßekriminalität gewonnenen Erkenntnisse bilden die Grundlage für Strukturermittlungen und deren Analyse. Basierend auf diesen Ansätzen wurden erfolgreich internationale Ermittlungen geführt und Phänomene wie etwa der illegale Drogenhandel im Darknet¹¹⁹ erkannt. Um den neuen Herausforderung des Drogenhandels im Darknet gerecht zu werden, übernahm Österreich 2015 den Vorsitz des von der EU geförderten Projekts „Joint investigation to combat drug trafficking via the virtual market (darknet) within and also into the EU“. Des Weiteren bestehen auf internationaler Ebene Kooperationen, beispielsweise mit Interpol, Europol und dem Netzwerk der Vereinten Nationen. Im Jahr 2015 hat sich Österreich jedoch nicht an einem gemeinsamen Ermittlungsteams (Joint Investigation Team) beteiligt (Stadler p. M.).

Seit dem letzten Bericht zur Drogensituation (Weigl et al. 2015) haben sich aufgrund von Gesetzesänderungen Veränderungen im Markt für illegale Drogen in Österreich ergeben (vgl. dazu auch Kapitel 2). Durch eine Strafrechtsreform war es seit Beginn des Jahres 2016 schwieriger, über Drogendealer Untersuchungshaft zu verhängen. Dadurch kam es – besonders in Wien – zu einer Zunahme des offenen Drogenhandels – vor allem im Bereich bestimmter U-Bahn-Stationen¹²⁰. Dieser Situation wurde mit einer Änderung des Suchtmittelgesetzes, die am 1. Juni 2016 in Kraft trat und nach der Drogenhandel im öffentlichen Raum ein eigener Tatbestand wurde, entgegengewirkt (vgl. dazu Kapitel 2).

Im Laufe des Jahres 2015 wurde die Suchtmittelstatistik des Bundesministeriums für Inneres (BMI) wesentlich erneuert: Während die Suchtmittelstatistik bisher unabhängig von der allgemeinen Kriminalstatistik geführt worden war, wurde sie 2015 in die Kriminalstatistik integriert. Damit soll eine automatische Qualitätskontrolle, eine Steigerung der Datenqualität und – durch die Erfassung zusätzlicher Parameter – eine Erweiterung der Informationen aus der Kriminalstatistik erreicht werden (BMI 2016).

119

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, 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 gewöhnlich von Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingeladen oder akzeptiert werden. Teilweise benötigt man dafür sogar entsprechende Privilegien.

120

<http://wien.orf.at/news/stories/2761601> (Zugriff am 8. 3. 2016)

7.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), das auch die Daten zu Anzeigen, Preisen und Reinheit bereitstellte (vgl. ST11, ST13, ST14, ST16). Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammten von *checkit!*¹²¹ (vgl. ST15), MDA basecamp¹²² und dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES)¹²³.

Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar (vgl. dazu auch Kapitel 2 sowie Kapitel 11 aus GÖG/ÖBIG 2011 und GÖG/ÖBIG 2008).

Studien

Es wurden keine Studien zitiert.

7.5 Bibliographie

BMI (2015). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2014. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

BMI (2016). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2015. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien.

BMVIT (2014). Schriftliche parlamentarische Anfrage an den Bundesminister für Verkehr, Innovation und Technologie betreffend Alkohol und Drogen im Straßenverkehr. Nr. 2864/J vom 23. Oktober 2014. Wien.

121

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.

122

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.

123

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.

EMCDDA (2011). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Pilot study on wholesale drug prices in Europe. 2011. Lisbon.

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.

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.

SHW (2016). *checkit!* Tätigkeitsbericht 2015. 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.

Z6/Drogenarbeit (2016). Tätigkeitsbericht 2015. Innsbruck.

7.6 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Mader, Christian	Bundesministerium für Inneres
Schubert, Wolfgang	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
Stadler, Gerhard	Bundesministerium für Inneres

7.7 Anhang

Tabelle A7. 1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz,
nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Anzeigen insgesamt, 2006–2015

Anzeigen**	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Anzeigen insgesamt	24.008	24.166	20.043	22.729	23.853	25.892	23.797	28.227	30.250	32.907
Ersttäter	15.808	16.053	13.634	14.893	19.409	21.828	19.683	22.979	24.660	17.570
Wiederholungstäter	7.636	7.569	5.990	7.258	3.681	3.247	3.107	3.688	3.717	13.235*

* Die massive Erhöhung 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, 2006–2015

Bundesland	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Burgenland	1.033	1.008	871	953	716	801	687	844	773	855
Kärnten	1.190	1.408	1.153	1.372	1.522	1.422	1.165	1.460	1.961	1.607
Niederösterreich	3.050	3.464	2.583	3.165	2.978	2.917	2.683	3.134	3.629	4.019
Oberösterreich	3.209	3.786	3.245	3.908	3.660	3.590	3.547	4.446	5.009	5.104
Salzburg	1.001	1.116	1.015	1.096	1.099	1.431	1.145	1.350	1.502	1.755
Steiermark	1.435	1.929	1.372	1.669	1.607	1.878	1.879	2.465	3.266	3.246
Tirol	2.607	2.454	1.982	2.555	2.692	3.095	2.570	3.929	3.502	3.917
Vorarlberg	1.240	1.153	976	1.027	1.143	1.092	1.392	1.251	1.385	1.304
Wien	7.925	6.611	5.883	6.056	7.001	7.903	7.435	8.597	8.647	10.704
Anzeigen gesamt	22.690	22.929	19.080	21.801	22.418	24.129	22.503	27.476	29.674	32.511

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, 2010–2015

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Burgenland	19	30	14	3	7	3
Kärnten	25	44	29	36	44	33
Niederösterreich	97	124	88	71	43	45
Oberösterreich	180	249	229	98	86	32
Salzburg	31	31	22	23	5	8
Steiermark	41	49	54	26	14	10
Tirol	99	80	75	58	52	51
Vorarlberg	39	61	25	20	28	9
Wien	904	1.095	758	406	287	187
Anzeigen insgesamt	1.435	1.763	1.294	741	566	378

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, 2012–2015

Bundesland	2012	2013	2014	2015
Burgenland	5	4	3	0
Kärnten	3	5	5	0
Niederösterreich	25	32	25	16
Oberösterreich	10	9	8	11
Salzburg	9	3	5	0
Steiermark	15	35	15	11
Tirol	12	19	40	6
Vorarlberg	2	6	7	2
Wien	12	15	5	2
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48

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/Sucht-
mittel, 2006–2015

Suchtgift/Suchtmittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabis	19.021	19.063	15.063	17.513	17.066	17.836	17.461	22.798	25.309	27.127
Heroin und Opiate	3.516	3.294	2.865	3.157	3.677	2.575	1.582	1.390	1.529	1.666
Kokain + Crack	4.252	4.263	3.551	3.930	3.332	3.383	2.963	2.936	3.026	3.287
Amphetamin	1.503	1.914	1.296	1.562	1.375	1.696	1.283	1.517	1.663	2.097
Methamphetamin	136	198	109	187	294	510	837	1.337	1.159	1.026
LSD	164	196	101	193	137	138	129	155	163	189
Ecstasy	1.763	1.889	1.127	966	388	485	375	378	642	1.115
Mephedron	-	-	-	-	209	1.179	331	285	89	82
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Sub- stitutionsmitteln)	2.800	2.714	2.294	2.693	3.113	3.552	2.864	2.317	1.616	1.213
Sonstige Suchtgifte *	355	323	263	363	185	160	143	164	260	232
Psychotrope Substanzen	14	20	13	16	37	58	35	59	62	46
Psychotrope Medikamente	1.687	1.535	1.185	1.174	1.666	2.086	1.502	837	637	359
Drogenausgangsstoffe	8	2	12	1	3	4	8	18	15	13

- Daten nicht verfügbar

Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen. Daher unterscheidet sich die Summe von der Gesamtanzahl 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/Sucht-
mittel und Bundesland, 2015

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	817	1.316	3.532	4.223	1.448	3.044	3.784	1.162	7.801	27.127
Heroin und Opiate	20	169	139	162	16	13	18	74	1.055	1.666
Kokain + Crack	39	212	208	282	200	112	336	211	1.687	3.287
Amphetamin	81	57	274	597	164	308	218	97	301	2.097
Methamphetamin	24	16	147	491	47	30	66	9	196	1.026
LSD	22	8	37	33	3	8	23	6	49	189
Ecstasy	52	111	137	197	98	187	105	54	174	1.115
Mephedron	6	5	4	0	2	55	1	0	9	82
Suchtgifthältige Medika- mente (inkl. Substituti- onsmitteln)	13	73	113	283	63	33	57	29	549	1.213
Sonstige Suchtgifte*	1	19	52	33	13	36	32	4	42	232
Psychotrope Substanzen	1	2	12	7	7	1	4	4	8	46
Psychotrope Stoffe ent- haltende Medikamente	3	32	39	26	8	9	49	5	188	359
Drogenausgangsstoffe	0	0	5	2	1	1	3	0	1	13

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

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

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 7:

Anzahl der Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2006–2015

Suchtgift/Suchtmittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabis	5.770	5.732	5.050	5.733	6.195	6.750	7.137	10.139	11.914	13.879
Heroin	883	765	673	901	1.048	640	393	346	428	605
Kokain	1.044	1.087	936	984	946	970	912	992	1.078	1.190
Amphetamin	299	319	262	347	352	383	348	496	613	784
Methamphetamin	35	61	37	53	114	162	259	363	317	304
LSD	20	39	20	39	43	41	47	39	61	69
Ecstasy	248	250	181	131	63	90	113	119	212	357
Mephedron					73	125	36	54	11	12
Suchtgifthältige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.571	1.234	1.015	1.121	1.456	1.712	1.435	1.129	742	704
Sonstige Suchtgifte*	84	92	58	79	72	67	65	88	120	127
Psychotrope Substanzen	2	10	1	2	13	23	22	30	26	18
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	1.300	1.019	843	697	993	1.268	888	495	417	242
Drogenausgangsstoffe	7	1	12	0	1	0	8	9	16	9
Substanzen nach NPSG**								424	220	256

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

** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 8:

Sicherstellungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge, 2006–2015

Suchtgift/Suchtmittel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Cannabis (kg)	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8
Heroin (kg)	34,3	117,0	104,0	189,6	96	64,9	222,1	80,2	56,2	69,5
Kokain (kg)	61,8	78,1	78,38	53,2	241	139	64,6	24,7	31,0	119,6
Amphetamin (kg)	38,2	17,5	12,9	63,9	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9	66,6
Methamphetamin (kg)	0,7	1,9	0,1	1,1	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7	2,9
LSD (Trips)	10.831,5	1.058	225,50	1.581	533,5	1.588	276	618	778	1.848
Ecstasy (Stk.)	30.855	66.167	45.335	5.847,5	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001	10.148
Mephedron (kg)	–	–	–	–	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0	0,2
Suchtgifthältige Medikamente (Stk.; inkl. Substitutionsmitteln)	12.253	10.376	7.180	8.233,5	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343
Sonstige Suchtgifte (kg)*	2,4	3,6	2,9	5,3	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1	3,6
Psychotrope Substanzen (kg)	0,03	0,20	0,00	0,01	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5	15,4
Psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente (Stk.)	44.416	26.289	24.675	36.624,5	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5	3.697
Drogenausgangsstoffe (kg)	9,85	0,17	22,16	0	1	0	2,8	149,7	135,1	2.223,2
Substanzen nach NPSG** (kg)								31,6	10,0	23,0

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

** NPSG: Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7. 9:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy (in Tablettenform) gekauften Proben, in Prozent, 2006–2015

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben									
	2006 (n = 134)	2007 (n = 117)	2008 (n = 146)	2009 (n = 105)	2010 (n = 76)	2011 (n = 135)	2012 (n = 145)	2013 (n = 108)	2014 (n = 193)	2015 (n = 285)
MDMA	74,6	60,7	61,6	15,2	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3	82,1
MDMA + MDE	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5	0,4
MDMA + MDA	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,7
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	1,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	5,2	0,9	0,7	1,0	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7	6,7
MDMA + Amphetamin	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4
MDMA + diverse Mischungen*	0,0	6,0	7,5	1,9	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7	2,1
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0	0,0
Amphetamin	4,5	0,0	0,7	1,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0
Methamphetamin	0,7	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	0,7	1,7	0,0	0,0	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0	1,1
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	1,5	16,2	17,8	52,4	47,4	19,3	–3	–3	–3	–3
diverse Mischungen*	9,0	14,5	10,3	25,7	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1	4,9
<i>Neue Psychoaktive Substanzen</i> ¹ / NPS ² + diverse Mi- schungen*	–	–	–	0,0	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5	1,8

* 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, 2007–2015

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Ecstasy bzw. MDMA in der Form Pulver, Kapsel oder Kristall gekauften Proben								
	2007 (n = 27)	2008 (n = 31)	2009 (n = 25)	2010 (n = 91)	2011 (n = 163)	2012 (n = 222)	2013 (n = 290)	2014 (n = 224)	2015 (n = 152)
MDMA	81,5	87,1	69,6	51,6	82,2	80,2	78,3	82,6	85,5
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,7
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	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
MDMA + Koffein	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	1,4	0,0	1,3
MDMA + Amphetamin	0,0	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7
MDMA + diverse Mischungen*	11,1	0,0	4,3	7,7	5,5	1,4	1,0	1,8	2,6
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,7
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Koffein	0,0	0,0	0,0	1,1	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	3,2	21,7	0,0	1,2	–3	–3	–3	–3
diverse Mischungen*	7,4	6,5	4,3	3,3	1,2	5,0	2,4	4,0	2,0
Neue Psychoaktive Substan- zen ¹ / NPS ² + diverse Mi- schungen*	–	–	8,7	35,2	8,0	9,9	16,2	8,0	6,6

* 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, 2006–2015

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als Speed gekauften Proben									
	2006 (n = 75)	2007 (n = 129)	2008 (n = 99)	2009 (n = 113)	2010 (n = 124)	2011 (n = 203)	2012 (n = 273)	2013 (n = 321)	2014 (n = 219)	2015 (n = 260)
Amphetamin	24,0	22,5	15,2	9,7	14,5	5,4	7,0	17,8	35,2	34,2
Amphetamin + Koffein	29,3	10,1	27,3	50,4	61,3	55,7	55,7	56,7	38,8	50,8
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	2,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	24,0	31,8	34,3	15,0	10,5	18,2	24,9	19,3	19,6	10,4
Methamphetamin	0,0	10,1	1,0	0,9	1,6	0,5	2,2	0,9	0,0	0,4
Koffein	1,3	1,6	3,0	8,8	1,6	7,9	0,4	0,6	0,0	0,0
MDMA	4,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,2
Diverse Mischungen*	17	23,3	14,1	14,2	7,3	5,4	5,5	2,5	2,7	2,3
Piperazin/Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	0,8	2,0	0,9	0,8	1,0	-3	-3	-3	-3
Neue Psychoaktive Substanzen ¹ / NPS ² +diverse Mischungen*	-	-	-	0,0	2,4	5,4	4,0	2,2	2,3	0,8

* 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.....	249
8.1	Zusammenfassung	249
8.2	Aktuelle Situation	250
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	250
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme.....	253
8.2.3	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft.....	254
8.2.4	Qualitätssicherung bei Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	257
8.3	Neue Entwicklungen.....	258
8.4	Quellen und Methodik	259
8.5	Bibliographie	260
8.6	Zitierte Bundesgesetze	262
8.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	262
8.8	Anhang	263

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und wurde mit 1. Juli 2015 umorganisiert: An die Stelle der bis dahin bestehenden Vollzugsdirektion trat eine eigene Sektion im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 27 Justizanstalten mit zwölf Außenstellen bieten Platz für fast 9.000 Häftlinge und sind fast zur Gänze belegt.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen 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. 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 2016 befanden sich etwa 9 Prozent (ca. 800 Personen) der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung. Nadel- und Spriztentauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung.

Neue Entwicklungen

Zur Verbesserung der Betreuung von Gefängnisinsassinnen/-insassen wurden vom Verein *Dialog* im Berichtszeitraum zwei Projekte gestartet. In der Justizanstalt (JA) Josefstadt wurden Häftlinge bei Aussicht auf „Therapie statt Strafe“ in Gesprächen auf eine mögliche spätere Betreuung durch *Dialog* vorbereitet. Aufgrund des geringen Rücklaufs wurde das Angebot nach der Probephase wieder eingestellt. Ein Projekt in der JA Simmering betrifft die psychotherapeutische Begleitung von Insassen. Es wurde gut angenommen, eine Ausweitung erscheint möglich.

Hauptziel einer mit 2016 in Kraft getretenen Änderung des Jugendgerichtsgesetzes ist das Anliegen, junge Menschen nur dann und nur so lange in Haft zu nehmen, wenn und wie dies wirklich unumgänglich ist. In die Erarbeitung dieser Gesetzesänderung flossen legislative Vorschläge des Runden Tisches, aber auch aus anderen Kreisen ein.

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. Dem Bundesministerium für Justiz (BMJ) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. Die Vollzugsdirektion war bis 30. Juni 2015 als nachgeordnete Dienstbehörde operativ tätig. Mit 1. Juli 2015 wurde sie im BMJ durch die Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) ersetzt. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die neue Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 2 StGB beinhaltet. Sie entspricht damit im Wesentlichen der Abteilung VD 2 der ehemaligen Vollzugsdirektion.

Die österreichischen Vollzugseinrichtungen bestehen aus 27 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit zwölf Außenstellen und der Wiener Jugendgerichtshilfe¹²⁴. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.527 Personen. Diese setzen sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht waren (Untergebrachte), zusammen (vgl. dazu Tabelle A8. 1:). 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. Alter und Geschlecht der möglichen 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).

124

Die Aufgaben, mit denen die Organe der Wiener Jugendgerichtshilfe von den Gerichten und der Staatsanwaltschaft betraut werden können, sind im § 48 Jugendgerichtsgesetz normiert. Diese Aufgaben lassen sich im Wesentlichen in sechs Bereiche zusammenfassen: Verfassen von Jugenderhebungen für das Strafverfahren, Krisenintervention, Erstellen von Haftentscheidungshilfen, Mitwirkung am Tatausgleich oder Vermittlung gemeinnütziger Leistungen, Verteidigung in bezirksgerichtlichen Fällen, Betreuung von Untersuchungshäftlingen und Strafgefangenen (BMJ 2015b).

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 2012

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	163	Männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, ab 2015: zusätzlich 15 Haftplätze für Frauen
Justizanstalt Klagenfurt (K)	311	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ)	122	Männliche Jugendliche und junge Erwachsene
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	136 + 29	Untergebrachte (geistig abnorme unzurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ)	423	Männliche Insassen; Freiheitsstrafen über 18 Monaten bis max. 6 Jahre
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	267	Männer und Frauen; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Krems (NÖ)	177	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Schwarzau (NÖ)	193	Frauen und weibliche Jugendliche, geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen; Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	Männliche Strafgefangene; Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	229	Männliche Erwachsene und Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Stein (NÖ)	794	Erwachsene Männer und Untergebrachte; Hochsicherheitsgefängnis
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	211	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Garsten (OÖ)	392	Männliche Strafgefangene, geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher und Untersuchungshäftlinge
Justizanstalt Linz (OÖ)	351	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Suben (OÖ)	278	Männliche Strafgefangene; Strafzeit ab 18 Monaten
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen, Jugendliche, Untergebrachte; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Salzburg (S)	206	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Graz-Jakomini (St)	513	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 8.1

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Graz-Karlau (St)	522	Erwachsene Männer; Freiheitsstrafen über 18 Monate, sehr hoher Sicherheitsstandard
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Innsbruck (T)	473	Männliche, weibliche und jugendliche Insassen; Untersuchungshaft und Strafhaft
Justizanstalt Feldkirch (V)	160	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten
Justizanstalt Wien-Favoriten (W)	113	Männer und Frauen; Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen → Behandlung von Suchtmittel- und Alkoholabhängigen
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W)	921	Männer, Frauen, Jugendliche; Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W)	142	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurechnungsfähigen Rechtsbrechern
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	452	Männer; Strafhaft von 18 Monaten bis etwa 5 Jahre

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über die Belegung der österreichischen Justizanstalten an fünf ausgewählten Stichtagen. 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 und lag für das Jahr 2015 bei 1,5 Prozent. Der für das Jahr 2014 zwischenzeitlich beobachtete Rückgang dieses Werts auf etwa ein Prozent wurde als eine der Auswirkungen des im Sommer 2013 eingesetzten und fortgeführten interdisziplinären Runden Tisches „Untersuchungshaft für Jugendliche – Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung“ gesehen (BMJ 2015b).

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2008, 2009, 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember; für das Jahr 2016 zum Stichtag 1. April

Insassinnen und Insassen	2008	2009	2010	...	2014	...	2016
Männer	7.766	8.186	8.251	...	8.363	...	8.344
Frauen	482	522	562	...	541	...	523
Gesamt	8.248	8.708	8.813	...	8.904	...	8.867
davon Jugendliche	184	172	193	...	88	...	133
davon Personen in Untersuchungshaft	1.785	1.994	1.909	...	1.807	...	1.729

Untersuchungshaft findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

Quelle: Moser-Riebinger, 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) entnommen werden. Zusätzlich listet der Sicherheitsbericht des Justizministeriums (BMJ 2016) derartige Daten aus dem so genannten „Sozialarbeitermodul“ der integrierten Vollzugsverwaltung (IVV) auf. Der Anteil fehlender Einträge an diesen Daten ist allerdings – trotz deutlicher Verbesserung in den letzten Jahren – noch immer relativ hoch und verhindert in vielen Bereichen aussagekräftige Auswertungen für alle inhaftierten Personen. Daher werden die Auswertungen, wo nötig, auf ausgewählte Subgruppen bzw. Anstalten, in denen die Sozialarbeiter/innen die IVV besser nützen, eingeschränkt.

Die für das Jahr 2015 zur Verfügung stehenden Daten zur Wohnsituation zeigen, dass die meisten Insassinnen/Insassen vor der Haft in Miete/Untermiete wohnten bzw. „Mitbewohner/innen“ (72 %) waren, 14 Prozent waren „unterstandslos“. Der Anteil derer, die in einer öffentlichen Einrichtung (bzw. in Bundesbetreuung) wohnten, also kein eigenes Zuhause hatten, betrug sieben Prozent; Eigentum am Wohnobjekt gaben ebenfalls etwa sieben Prozent an. Im Vergleich zu männlichen Insassen berichteten mehr Frauen, in einem Mietverhältnis zu leben, während mehr Männer angaben, „Mitbewohner“ zu sein.

Zur Bildungssituation liegen Daten nur von etwa der Hälfte der Insassinnen und Insassen mit österreichischer Staatsbürgerschaft vor. Rund zwei Drittel davon nennen als höchsten Schulabschluss einen Pflichtschulabschluss (36 % Hauptschulabschluss, 18 % Polytechnikum, 5 % Volksschule, 6 % Sonderschule). Ein Viertel (25 %) hat eine Berufsschule absolviert und neun Prozent haben Matura oder einen höheren Abschluss. Im Vergleich dazu lag im Jahr 2012 der Anteil der Personen mit Matura und/oder Hochschulabschluss als höchstem Bildungsniveau österreichweit bei rund 30 Prozent, jener mit Pflichtschulabschluss bei rund 19 Prozent. Beschränkt man die Auswertung der Variable „Bildung“ bei Österreichern/Österreicherinnen auf die drei Anstalten, in denen für mehr als vier Fünftel der Insassinnen und Insassen die höchste abgeschlossene Bildung eingetragen ist (Wien–Favoriten (W), Feldkirch (V) und Sonnberg (NÖ)) liegt der Anteil der Pflichtschulabsolventinnen/–absolventen ebenfalls bei fast zwei Dritteln.

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Ergebnisse aus der PRIDE–Studie (Weltzien et al. o. J.), die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt, werden weiter unten berichtet.

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug werden im Schwerpunktkapitel „Drogenbezogene Strategien und Gesundheitsversorgung in Haftanstalten“ (Kap. 11) des Berichts zur Drogensituation aus dem Jahr 2011 (GÖG/ÖBIG 2011) referiert. Dort finden sich Schätzungen zum Konsum von Drogen während der Haft z. B. von Spirig et al. (2010), welche davon ausgehen, dass 20 bis 30 Prozent der Inhaftierten intravenös Drogen konsumieren. Berücksichtigt man zusätzlich den Konsum anderer Drogen (z. B. Cannabis, psychoaktive Medikamente), kann von einem regelmäßigen Drogenkonsum von bis zu 50 Prozent der Inhaftierten ausgegangen werden. Dieser Anteil erhöht sich weiter, wenn man gelegentlichen Konsum in die Schätzung mit

einbezieht. Zusätzlich finden sich diesbezügliche Angaben im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis im Jahr 2001“ (ÖBIG 2001).

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 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; BMG 2015). Schriftliche Strategien im Zusammenhang mit drogenbezogener Gesundheitspolitik in Haft existieren nicht. Es liegen jedoch Leitlinien vor, die meist für gesundheitsrelevante Aufgabenbereiche im Gefängnisbereich erarbeitet bzw. aus anderen Fachbereichen übernommen wurden (vgl. Abschnitt 8.2.4).

Struktur der Interventionen

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 mit Mitteln der öffentlichen Hand über das Bundesministerium für Justiz (BMJ), die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016).

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen und Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter – z. B. der Verein Dialog (vgl. GÖG/ÖBIG 2011) – tätig.

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

1998b, 1998c), was nach Angaben einer aktuellen europäischen Studie, die sich mit der Prävention von Infektionskrankheiten in Haft beschäftigt (Weltzien et al. o. J.; vgl. Abschnitt 8.4), nur in etwa der Hälfte der österreichischen Justizanstalten der Fall ist. Damit werden national (meist in Form von Erlässen) bzw. international vorgegebene Richtlinien nicht in allen Justizanstalten Österreichs umgesetzt. Während antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) in allen 27 Justizanstalten angeboten wird, sind Tests auf Infektionskrankheiten in zwei Dritteln der Anstalten verfügbar. Zusätzlich melden weniger als die Hälfte der JA die Verfügbarkeit von Informationen zur Postexpositionsprophylaxe. Systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Insassin/Insassen, Spritzenaustauschprogramme und vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. In der Studie wurde angeregt, mehr Bewusstsein für schadensminimierende Maßnahmen zu entwickeln und in Form von Ausbildungen zu fördern. Des Weiteren zeigte die Studie, dass innerhalb der Gefängnisse nur eine geringe Zahl von Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) tätig war und im Vergleich zu anderen Ländern nur wenige NGO im Rahmen der Schadensminimierung aktiv sind. Das könnte mit ein Grund für das fehlende Netzwerk zwischen Haft und NGO darstellen. Die Studie hält jedoch fest, dass die im Folgenden angeführten Leitlinien (BMJ 2015a) u. a. dazu beitragen werden, das Bewusstsein des Gefängnispersonals dahingehend zu heben, Sucht als Krankheit anzusehen und zwischen den unterschiedlichen Formen von Drogentests (vollzuglich vs. therapeutisch) zu unterscheiden.

Um den Gesundheitszustand zukünftiger Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den neuen Leitlinien (BMJ 2015a) folgend werden bei dieser Untersuchung zukünftig auch suchtspezifisch/diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei im Zusammenhang mit der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist nicht mehr länger der behandelnden Ärztin bzw. dem behandelnden Arzt überlassen, sondern ist in allen Justizanstalten Inhalt einer Standardfrage, die gemäß einer Checkliste zu stellen ist (vgl. BMJ 2015a). 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 vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im IVV-Ordnungsstrafmodul der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin bzw. des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt verständigt werden. Durch die österreichweite Kooperation von Suchthilfeeinrichtungen und Justizanstalten soll das Übergangsmanagement in standardisierten Abläufen vereinfacht und professionalisiert werden (BMJ 2015a).

Die Anzahl der Personen, die sich während der Haft einer anderen drogenbezogenen Behandlung als der Substitutionsbehandlung unterziehen und keine Substitutionsbehandlung erhalten, ist

nicht bekannt. Somit ist auch unklar, in welchem Verhältnis diesbezüglich angebotene Maßnahmen und tatsächlicher 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.

Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der Verein *Dialog* seit 1999 in den beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ)¹²⁵ für Insassinnen und Insassen tätig. Der Verein *Dialog* betreute dort im Jahr 2015 insgesamt 1.738 Klientinnen und Klienten (2014: 1.980) und bietet auch frauen- und männerspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2016). In der Steiermark dient der von *Kontaktladen* und *Streetwork* im Drogenbereich angebotene Besuchsdienst zu Klientinnen und Klienten in Haft (2015: 134 Haftbesuche in der Einzelfallhilfe) der psychosozialen Ansprache und der Planung für die Zeit nach der Haft (Caritas Diözese Graz-Seckau 2016).

Ausmaß der Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015a). Zum Stichtag 1. 4. 2016 erhielten insgesamt 836 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was 9,4 Prozent der Insassinnen und Insassen entsprach (vgl. Tabelle A8. 2). Die höchsten Werte zeigten sich mit fast 40 Prozent der Insassinnen/Insassen in Substitutionsbehandlung in der Justizanstalt Wien-Favoriten, die allerdings eine Sonderanstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher/innen ist. Danach folgten die JA Wien-Simmering und Wien-Josefstadt (jeweils etwa 16 % in Substitutionsbehandlung) und Krems-Stein (etwa 13 % in Substitutionsbehandlung). Die niedrigsten Anteile der Personen in Substitutionsbehandlung wiesen die JA Göllersdorf (etwa 2 % in Substitutionsbehandlung) sowie die JA Korneuburg bzw. die JA St. Pölten (jeweils etwa 3,5 % in Substitutionsbehandlung) auf. Keine Substitutionsbehandlung fand in der JA Wien-Mittersteig (Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen, zurechnungsfähigen Rechtsbrechern) und in der JA für Jugendliche in Gerasdorf statt (Mika, p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind Methadon (38 % der Substitutionsbehandlungen), Substitol (19 %), L-Polamidon (15 %) und Suboxone (Subutex) sowie Bupensan (jeweils etwa 11 %; Mika, p. M.; vgl. Tabelle A8. 1). Damit wird im Gefängnis Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb (vgl. Kapitel 5).

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.

125

Insgesamt gibt es in Österreich 18 Polizeianhaltezentren (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 Verwaltungsstrahftlingen und werden stärker frequentiert als JA, wobei die durchschnittlichen Anhaltezeiten relativ kurz bleiben (Hofinger, Pilgram o. J.; Verein Dialog 2015).

8.2.4 Qualitätssicherung bei 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 bilden einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung. 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 adäquate Beratung, Betreuung und Behandlung zu erhalten – es gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip¹²⁶. 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. Bei der weiterführenden Behandlung nach Rückfällen¹²⁷ suchtkranker Personen, 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 entwickelt¹²⁸ (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).

126

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

127

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

128

Die genannten Paragraphen behandeln die Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen bzw. die mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des BMJ 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 Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Richtlinien und Empfehlungen für die post-expositionelle 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). Seit 2013 werden verpflichtende Screening-Untersuchungen auf HIV bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Bei den Untersuchungshäftlingen werden alle Personen, die einer Risikogruppe angehören, getestet (Winterleitner p. M.).

8.3 Neue Entwicklungen

Seit dem letzten Bericht zur Drogensituation (Weigl et al. 2015) fanden in Österreich im Vollzugsbereich im Rahmen der Arbeit des Vereins *Dialog* neue Entwicklungen statt. Neben der Tätigkeit im PAZ hat *Dialog* in der JA Josefstadt von Frühjahr bis Herbst 2015 ein neues Projekt umgesetzt. Dabei wurden Insassinnen/Insassen, die Aussicht auf „Therapie statt Strafe“¹²⁹ hatten, möglichst frühzeitig identifiziert und es wurden ihnen der Verein *Dialog* und seine Angebote vorgestellt. Zu diesem Zweck waren zwei Sozialarbeiter alle zwei Wochen abwechselnd in der Besucherzone der JA Josefstadt anwesend. Dort fanden zwar zahlreiche Gespräche statt, ein nennenswerter Rücklauf in den Verein *Dialog* konnte aber nicht festgestellt werden. Deshalb wurde das Projekt nach einer sechsmonatigen Probephase wieder eingestellt (Verein *Dialog* 2016).

Positivere Erfahrungen machte der Verein *Dialog* in der JA Simmering mit einem neuen Projekt, das die psychotherapeutische Begleitung von Insassen beinhaltet. Diese Begleitung findet entweder vor Ort oder – bei Freigang – in einer Einrichtung des Vereins *Dialog* statt. Das Projekt ist gut

129

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).

angelaufen und wurde gut angenommen. In ersten Rückmeldungen äußert sich auch der psychologische Dienst der JA zufrieden mit dem Angebot, das unter Umständen sogar ausgebaut werden könnte (Verein Dialog 2016).

Große Teile der legislativen Vorschläge des genannten Runden Tisches, aber auch Vorschläge aus Reformkreisen und aus Lehre und Praxis greift die Änderung des Jugendgerichtsgesetzes (JGG-ÄndG) auf, die mit Beginn 2016 in Kraft trat (BGBl I Nr. 2015/154) und sich als (weitgehende) Umsetzung der entsprechenden Punkte des Regierungsprogramms versteht. Hauptziel ist das – von breiten Teilen der Öffentlichkeit unterstützte – Anliegen, junge Menschen nur dann und nur so lange in Haft zu nehmen, wenn und wie dies wirklich unumgänglich ist (BMJ 2016).

Weitere Änderungen, die sich im Bereich der rechtlichen Rahmenbedingungen ergeben haben, können Kapitel 2 entnommen werden.

8.4 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen der Vollzugsdirektion (BMJ). Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Bundesministeriums für Justiz (BMJ) 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“ 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 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 innerhalb von zehn Untergruppen (z. B. Substitutionsbehandlung, Spriztentausch, 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.

Die in Abschnitt 8.2.2 referierten Daten beziehen sich auf das von Eisenbach–Stangl und Spirig (2010) durchgeführte Forschungsprojekt *Senior Drug Dependents and Care Structures*, das aus Mitteln der EU gefördert wurde. Ziel des Projekts war, das Wissen über die Lebenssituation von älteren drogenabhängigen Frauen und Männern zu verbessern und Grundlagen für deren Versorgung im Alter auszuarbeiten. Das Projekt wurde zwischen 2008 und 2010 in vier Ländern durchgeführt (Deutschland, Österreich, Polen und Schottland). Beim österreichischen Projekt kooperierten das *Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung* und das *Schweizer Haus Hadersdorf*. Das Projekt besteht aus fünf lose verbundenen Teilstudien, wobei für den vorliegenden Bericht die zweite Teilstudie relevant ist. Im Rahmen dieser Teilstudie fanden qualitative Interviews statt, u. a. mit 19 älteren Suchtkranken (definiert als Opioidkonsumentinnen und -konsumenten von 35 Jahren und älter) in der JA Wien–Favoriten und im Schweizer Haus Hadersdorf (stationäre Behandlungseinrichtung in Wien).

8.5 Bibliographie

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). Strafvollzug in Österreich. Bundesministerium für Justiz. Wien.

- BMJ (2013b). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema "Hepatitis, HIV/Aids in Haft". BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013.
- BMJ (2013c). Untersuchungshaft für Jugendliche. Vermeidung, Verkürzung, Vollziehung. Abschlussbericht des runden Tisches. Oktober 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 (2016). 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.
- Caritas Diözese Graz-Seckau (2016). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2015. Graz.
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze (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)
- Eisenbach-Stangl, I.; Spirig, H. (2010). Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. 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.
- 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.
- ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien.

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

Spirig, H.; Gegenhuber, B.; Malfent, D. (2010): Rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen der Versorgung älterer Drogenabhängiger in Österreich. In: Eisenbach–Stangl, I.; Spirig, H. (2010): Auch Drogenabhängige werden älter ... Zur Lebenssituation einer Randgruppe. Euro-päisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, Schweizer Haus Hadersdorf. Wien.

Verein Dialog (2015). Jahresbericht 2014. Verein Dialog. Wien.

Verein Dialog (2016). Jahresbericht 2015. Verein Dialog. Wien.

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

BGBI. 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

BGBI 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)

8.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mika, Claudia	Bundesministerium für Justiz
Moser–Riebniger, Andrea	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Bundesministerium für Justiz

8.8 Anhang

Tabelle A8. 1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2016

Haftart	Männlich				Weiblich				Gesamtstand	
	Erwachsene	Heranwachsende	Jugendliche	Insgesamt	Erwachsene	Heranwachsende	Jugendliche	Insgesamt	Summe	Anteil
Strafhaft	5.449	209	49	5.707	324	9	6	339	6.046	68,19 %
Untersuchungshaft	1.444	134	59	1.637	87	2	3	92	1.729	19,50 %
Untergebracht	704	22	1	727	67	4	1	72	799	9,01 %
Sonstige Haft*	241	21	11	273	17	0	3	20	293	3,30 %
Summe	7.838	386	120	8.344	495	15	13	523	8.867	100,00 %

* 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: Mika, p. M. Darstellung: GÖG

Tabelle A8. 2:

Substitution in den Justizanstalten zum 1. April 2016

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	davon substituiert mit									
		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	16	14	0	1	0	0	1	0	0	0	0
Garsten	31	7	15	3	0	0	4	0	1	1	0
Gerasdorf	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Göllersdorf	3	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Graz Jakomini	36	8	8	14	0	0	2	0	2	0	2
Graz Karlau	55	11	0	13	5	0	3	7	0	0	16
Hirtenberg	48	11	6	13	0	0	0	17	0	1	0
Innsbruck	52	12	4	8	0	0	24	0	3	1	0
Klagenfurt	34	9	19	0	0	0	1	5	0	0	0
Korneuburg	9	3	0	4	0	0	0	0	1	1	0
Krems	14	4	1	3	0	0	0	2	0	0	4
Leoben	15	2	3	5	2	0	0	2	0	0	1
Linz	26	4	7	12	0	0	2	1	0	0	0
Ried	8	5	0	0	0	0	0	3	0	0	0
Salzburg	20	1	4	5	0	0	0	3	7	0	0
Schwarzau	24	7	11	3	0	0	3	0	0	0	0
Sonnberg	22	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0
St. Pölten	9	2	0	4	0	0	1	2	0	0	0
Stein	104	44	19	11	0	0	28	0	0	2	0
Suben	20	10	2	3	0	0	2	3	0	0	0
Wels	12	6	4	1	0	0	0	1	0	0	0
Wien-Favoriten	43	21	18	2	0	0	0	2	0	0	0
Wien-Josefstadt	143	107	0	11	0	0	0	24	0	0	1
Wien-Mittersteig (keine Subst.)	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Wien-Simmering	72	5	1	31	0	0	12	15	0	0	8
Wr. Neustadt	13	3	1	6	0	0	2	1	0	0	0
Gesamtsumme	836	321	124	155	7	0	88	88	14	6	33
(lt. Meldung der JA)											
Verteilung in Prozent	9,4	38,4	14,8	18,5	0,8	0,0	10,5	10,5	1,7	0,7	3,9

Quelle: Mika, p. M. Darstellung: GÖG

