

Bericht zur Drogensituation 2020

Ergebnisbericht

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

Bericht zur Drogensituation 2020

Ergebnisbericht

Autorinnen/Autoren:

Ilonka Horvath
Judith Anzenberger
Martin Busch
Sylvia Gaiswinkler
Irene Schmutterer
Tanja Schwarz

Unter Mitarbeit von:

Alexander Grabenhofer-Eggerth

Fachliche Begleitung durch das BMSGPK:

Raphael Bayer

Projektassistenz:

Monika Löbau

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

Wien, im Oktober 2020

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

Zitiervorschlag: Horvath, Ilonka; Anzenberger, Judith; Busch, Martin; Gaiswinkler, Sylvia; Schmutterer, Irene; Schwarz, Tanja (2020): Bericht zur Drogensituation 2020. Gesundheit Österreich, Wien

ZI: P4/11/4231

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

Der Umwelt zuliebe:

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

Kurzfassung

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

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Sowohl die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* als auch die Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer verfolgen einen ganzheitlichen Ansatz und differenzieren zwischen der Anerkennung von Sucht als Erkrankung und dem Drogenhandel. Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den Bundesländern bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. In der Steiermark wurde im Berichtsjahr ein Bedarfs- und Entwicklungsplan zur Versorgung suchtkranker Menschen beschlossen, der auf eine gleichwertige und qualitätsgesicherte Versorgung der Betroffenen abzielt. Weiters wurde in Kärnten die *Kärntner Suchthilfestrategie 2020–2030* fertiggestellt.

Rechtliche Rahmenbedingungen

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

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

Zur Aufrechterhaltung der Opioid-Substitutionsbehandlung unter gleichzeitiger Einhaltung der COVID-19-bezogenen Ausgangs- und Kontakteinschränkungen wurde im März 2020 im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzes u. a. das SMG – und in weiterer Folge die SV – zeitlich befristet geändert. Die Änderungen bezogen sich auf den Entfall der amtsärztlichen Vidierungspflicht in bestimmten Fällen und eine erleichterte Handhabung der Substitutionsdauererschreibung. Des Weiteren wurde

durch eine Änderung des Gesundheitstelematikgesetzes die gesetzliche Möglichkeit geschaffen, Verschreibungen suchtmittelhaltiger Arzneimittel den Apotheken per E-Mail oder Fax zu übermitteln.

Im Rahmen einer Novelle der Suchtgiftverordnung wurde die Opioid-Substitutionstherapie durch eine subkutane Verabreichungsmöglichkeit mittels Depot-Injektionslösung erweitert.

Drogenkonsum

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) beziehen sich in Österreich am häufigsten auf Cannabis (Prävalenz etwa 30–40 Prozent bei jungen Erwachsenen). Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von maximal vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie maximal zwei Prozent für Opioide und *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS). Generell beschränkt sich der Konsum illegaler Substanzen aber meist auf eine kurze Lebensphase. Ergebnisse von Abwasseranalysen in Innsbruck, Daten aus der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale, aus dem Drug-Checking und aus dem niederschweligen Bereich und die Entwicklung der polizeilichen Anzeigen können als Anzeichen für einen (regional) steigenden Kokainkonsum interpretiert werden.

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der risikoreiche Drogenkonsum. Hier spielt in Österreich der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten die zentrale Rolle. Aktuelle Schätzungen zufolge konsumieren zwischen 31.000 und 37.000 Personen risikoreich Opioide, meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 9.300 bis 14.800 geschätzt. Daten aus dem Drogenmonitoring deuten darauf hin, dass weniger junge Personen in einen risikoreichen Opioidkonsum einsteigen als in früheren Jahren. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums hin zu anderen Substanzen. Insgesamt zeigt sich eine Alterung der Population mit risikoreichem Opioidkonsum, die auf den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit wie auch auf die Effizienz der Versorgungsangebote für diese Zielgruppe zurückgeführt werden kann.

Erste – nichtrepräsentative – Daten hinsichtlich der rezenten Entwicklung des Konsums psychoaktiver Substanzen zeigen ein sehr differenziertes und facettenreiches Bild unterschiedlicher Reaktionen als Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen. Diese Reaktionen reichen von häufigerem Konsum über eine Reduktion des Konsums bis zum Konsumstopp, wobei der häufigere Konsum überwiegt.

Suchtprävention

Entsprechend dem substanzen- bzw. verhaltensweisenübergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpreventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Präventive Maßnahmen sind in Österreich zum Großteil auf lokaler oder regionaler Ebene implementiert, wobei die auf Länderebene ange-

siedelten Fachstellen für Suchtprävention eine zentrale Rolle einnehmen. Ausgebaut wurden Maßnahmen der selektiven Prävention, inklusive jener im Partysetting und im Bereich der Jugendarbeit. Schulungen von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren stehen weiterhin im Vordergrund der Präventionsbemühungen. Digitale Medien spielen eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention – einerseits als Problemfeld, andererseits in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen.

Maßnahmen der Suchtprävention waren in Österreich ab März 2020 stark von den Auswirkungen COVID-19-bedingter Regelungen geprägt. So durften während des Lockdowns keine Veranstaltungen mehr abgehalten werden, davon war auch die überwiegende Anzahl von Suchtpräventionsangeboten betroffen. Viele Einzelveranstaltungen (Workshops, Fortbildungen, Schulungen, etc.) mussten abgesagt werden, die vor allem in Schulen nicht mehr nachgeholt werden konnten. Alternativ dazu wurden jedoch zahlreiche Onlineangebote (u. a. Webinare) entwickelt, die, durch COVID-19 verstärkt, die Landschaft der Suchtprävention in Zukunft bedeutend mitprägen werden.

Suchtbehandlung

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2019 geschätzt etwa 25.730 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Den weitaus größten Anteil von ihnen (etwa 21.100 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.800 Personen). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 75 und 81 Prozent. Im Bereich der Suchtbehandlung ist besonders die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate¹ bei Personen mit Opioidproblematik hervorzuheben.

1

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

Bedingt durch die im Rahmen der COVID-19-Pandemie gesetzten Maßnahmen dürfte es im April 2020 zu einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme von Einrichtungen der Drogenhilfe und von Beratungs- und Behandlungsangeboten gekommen sein, da die Angebote vorübergehend reduziert bzw. verändert (Umstellung auf Telefon- oder Videokontakte) werden mussten. Bei Klientinnen und Klienten, bei denen zusätzlich zum Thema Sucht noch eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung vorliegt, scheint es in dieser Zeit zu einem Anstieg der Inanspruchnahme gekommen zu sein.

Bezüglich der Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) dürfte es aufgrund rascher rechtlicher Adaptierungen des Suchtmittelrechts zu einer guten Aufrechterhaltung bereits begonnener Behandlungen gekommen sein. Es scheint jedoch, dass vorübergehend weniger Opioid-Substitutionsbehandlungen begonnen wurden.

Gesundheitliche Konsequenzen und Schadensminderung

Österreichweit variieren die Infektionsraten von HIV und Hepatitis sowohl innerhalb als auch zwischen den verfügbaren Datenquellen stark. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2019 je nach Datenquelle bis zu 87 % Betroffene bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2019: 0–1 %).

In niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe werden neben dem Spritzentausch auch weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe angeboten und die Behandlungsmöglichkeiten HCV-infizierter Drogenkonsumierender weiter vorangetrieben. In Wien besteht seit November 2019 für Klientinnen und Klienten österreichweit erstmals die Möglichkeit, kostenlos und anonym in zwei Apotheken Spritzen zu tauschen. Zur Reduktion drogenbezogener Todesfälle werden neben Österreichs erstem Take-home-Naloxon-Projekt in der Steiermark seit Oktober 2019 auch in Wien Schulungen für kompetentes Handeln bei Opiatüberdosierungen abgehalten und Naloxon-Kits zur Reduktion drogenbezogener Todesfälle ausgehändigt.

In der ersten Phase der Beschränkungen im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden im April 2020 leichte bis starke Rückgänge bei der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung gemeldet. Es zeigte sich, dass vor allem Angebote des aufsuchenden Streetworking, des Drug-Checking und Angebote in niederschweligen Einrichtungen mit direktem Kontakt eingestellt bzw. stark reduziert wurden. In einer Ad-hoc-Umfrage in den Bundesländern wurden als Folgen der Ausgangsbeschränkungen für Drogenkonsumierende vor allem soziale Auswirkungen wie Isolation, die Notwendigkeit von Essensspenden und psychische Krisen (v. a. bei jenen mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen) beschrieben. Aufgrund der COVID-19-Pandemie war es nicht allen Institutionen möglich, die Verdachtsfälle für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle 2019 zeitgerecht für eine Aufbereitung im Drogenbericht 2020 zu übermitteln.

Drogenmärkte und Drogendelikte

Im Jahr 2019 bezogen sich insgesamt 43.329 Anzeigen wegen Verstoßes gegen das SMG auf Suchtgifte, der größte Teil davon (30.905) betraf Cannabis bzw. Cannabis in Kombination mit anderen Suchtgiften. Weitere 633 Anzeigen galten psychotropen Stoffen. Die Zahl der Anzeigen betreffend den unerlaubten Umgang mit Suchtgift gemäß § 27 SMG (39.290) überstieg jene bezüglich des Suchtgifthandels bzw. der Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 bzw. § 28a SMG (in Summe 3.404) bei weitem. Die im Vergleich zum Vorjahr gestiegene Zahl der Anzeigen gemäß SMG gründet auf österreichweit gesetzten Schwerpunktkontrollen der Exekutive, die auch verstärkte Kontrollen des Onlinehandels und Postversands inkludieren. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Die Covid-19-bezogenen Ausgangsbeschränkungen zwischen März und April 2020 führten zu einem temporären Rückgang der Sicherstellungen. Beobachtet wurde zudem eine verstärkte Einschränkung des Drogenhandels im Internet/Darknet auf den nationalen Versand.

Drogen und Haft

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen zur Verfügung. Mit 1. Oktober 2019 befanden sich rund zehn Prozent (876 Personen) der Justizanstalt-Insassinnen und -Insassen in Substitutionsbehandlung. Bei Haftantritt wird der Tbc-, HBV-, HCV- und HIV-Status der Insassinnen/Insassen erhoben, HCV-positive Insassinnen/Insassen werden mit den neuen, direkt antiviral wirkenden Medikamenten (DAA) behandelt bzw. routinemäßig gegen HAV/HBV geimpft. Nadel- und Spritzenaustauschprogramme sowie systematische Impfungen gegen Hepatitis B für alle seronegativen Personen sind im österreichischen Strafvollzug nicht implementiert. Im Rahmen der Arbeitsgruppe *Versicherung nach Haft* wurde in Wien ein Prozess zum nahtlosen Versicherungsschutz nach der Haft für die Klientel in Substitutionsbehandlung erarbeitet, welcher nun schrittweise in den Bundesländern umgesetzt wird.

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

Inhalt

Kurzfassung	III
Tabellen und Abbildungen	XII
Abkürzungen.....	XVIII
Einleitung	1
Politische und administrative Rahmenbedingungen	3
1 Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1 Zusammenfassung.....	5
1.2 Aktuelle Situation.....	6
1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3 Koordination der Drogenpolitik	10
1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3 Neue Entwicklungen.....	14
1.4 Quellen und Methodik.....	15
1.5 Bibliografie	16
1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze	18
1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	18
Rechtliche Rahmenbedingungen	19
2 Rechtliche Rahmenbedingungen	21
2.1 Zusammenfassung.....	21
2.2 Aktuelle Situation.....	22
2.2.1 Rechtliche Regelungen	22
2.2.2 Umsetzung	32
2.3 Trends.....	35
2.4 Neue Entwicklungen.....	40
2.5 Quellen und Methodik.....	41
2.6 Bibliografie	42
2.7 Zitierte Bundesgesetze.....	43
2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	45
2.9 Anhang.....	46
Drogenkonsum.....	49
3 Drogenkonsum.....	54
3.1 Zusammenfassung.....	54
3.2 Cannabis	56
3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	56
3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	58
3.2.3 Neue Entwicklungen	59
3.3 Stimulanzien.....	62
3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	62
3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	64
3.4 Heroin und andere Opioide	67
3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	67
3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	71

3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	72
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	72
3.6	Quellen und Studien.....	73
3.6.1	Quellen	73
3.6.2	Studien	75
3.7	Bibliografie und Anhang.....	78
3.7.1	Bibliografie	78
3.7.2	Anhang.....	83
Suchtprävention		92
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.....	104
4.2.2.3	Selektive Suchtprävention	106
4.2.2.4	Indizierte Suchtprävention	109
4.2.3	Qualitätssicherung	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	117
4.6	Bibliografie	117
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	118
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	119
4.9	Anhang.....	119
Drogenbezogene Behandlung		121
5	Drogenbezogene Behandlung	123
5.1	Zusammenfassung.....	123
5.2	Aktuelle Situation.....	125
5.2.1	Strategien und Koordination	125
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	128
5.2.3	Schlüsseldaten	129
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	135
5.2.5	Qualitätssicherung	143
5.3	Trends.....	145
5.4	Neue Entwicklungen.....	148
5.5	Quellen und Methodik.....	150
5.6	Bibliografie	151
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	153
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	153
5.9	Anhang.....	154
Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen		161
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	163
6.1	Zusammenfassung.....	163

6.2	Aktuelle Situation.....	164
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	164
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	165
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	166
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	170
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen.....	171
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	176
6.2.7	Qualitätssicherung	178
6.3	Neue Entwicklungen.....	178
6.4	Zusätzliche Information	181
6.5	Quellen und Methodik.....	182
6.6	Bibliografie	185
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	187
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	187
6.9	Anhang.....	187
	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	191
7	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	193
7.1	Zusammenfassung.....	193
7.2	Aktuelle Situation.....	194
7.2.1	Drogenmärkte.....	194
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	198
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	200
7.3	Trends.....	201
7.4	Neue Entwicklungen.....	207
7.5	Quellen und Methodik.....	208
7.6	Bibliografie	209
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	209
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	209
7.9	Anhang.....	210
	Haft	219
8	Haft.....	221
8.1	Zusammenfassung.....	221
8.2	Aktuelle Situation.....	222
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	222
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	225
8.2.3	Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	225
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	228
8.3	Trends.....	230
8.4	Neue Entwicklungen.....	230
8.5	Quellen und Methodik.....	232
8.6	Bibliografie	232
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	235
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	235
8.9	Anhang.....	236

Tabellen und Abbildungen

Tabellen:

Tabelle 1.1:	Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer.....	8
Tabelle 1.2:	Suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer	9
Tabelle 1.3:	Ausgaben des BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2010 bis 2019	13
Tabelle 2.1:	Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG	26
Tabelle 2.2:	Alternativen zur Bestrafung laut SMG	28
Tabelle 2.3:	Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2019.....	33
Tabelle 2.4:	Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2011-2019*	34
Tabelle 2.5:	Sämtliche Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm) 2012-2019.....	34
Tabelle 3.1:	Gründe für eine Änderung des Substanzkonsums psychoaktiver Substanzen zur Zeit von Covid-19 (N = 218)	60
Tabelle 3.2:	Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG nach Bundesland 2019	65
Tabelle 4.1:	Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen	105
Tabelle 4.2:	Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	108
Tabelle 4.3:	Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen.....	111
Tabelle 5.1:	Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)	129
Tabelle 5.2:	Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2019 (Schätzung)	131
Tabelle 5.3:	Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2019 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern.....	141
Tabelle 6.1:	Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2019	167
Tabelle 7.1:	Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2019	196

Tabelle 7.2:	Preise (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2019	196
Tabelle 7.3:	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro) 2019	196
Tabelle 7.4:	Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2014–2019	199
Tabelle 7.5:	Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2010–2019	203
Tabelle 7.6:	Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2010–2019	203
Tabelle 7.7:	Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl 2015–2019	207
Tabelle 8.1:	Justizanstalten in Österreich, Stand 13. Mai 2020	223
Tabelle 8.2:	Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 bis 2020 zum Stichtag 1. April	225
Tabelle A2.1:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2010–2019	46
Tabelle A2.2:	Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2019	46
Tabelle A2.3:	Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2019	47
Tabelle A2.4:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2010–2019	47
Tabelle A3.1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich, 2005–2019	83
Tabelle A3.2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2005 bis 2019	86
Tabelle A3.3:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Hauptdiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	89
Tabelle A3.4:	Ausgewählte drogenspezifische Spitalsentlassungsdiagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) nach ICD-10 in Österreich (absolut)	90

Tabelle A5.1:	Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart	154
Tabelle A5.2:	Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart	155
Tabelle A5.3:	Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent).....	156
Tabelle A5.4:	Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart	157
Tabelle A5.5:	Ab 25-Jährige, die im Jahr 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)	158
Tabelle A5.6:	Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart	159
Tabelle A6.1:	Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2010–2019	187
Tabelle A6.2:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2010–2019 nach Bundesland (pro 100.000 15- bis 64-Jährige).....	188
Tabelle A6.3:	Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2010–2019 nach Bundesland (absolut)	188
Tabelle A6.4:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2019	189
Tabelle A7.1:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungs-täterinnen/-tätern 2010–2019	210
Tabelle A7.2:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Bundesland 2010–2019	210
Tabelle A7.3:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2010–2019.....	211
Tabelle A7.4:	Verteilung der Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz nach Bundesland 2012–2019	211
Tabelle A7.5:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2010–2019.....	212

Tabelle A7.6:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2019.....	213
Tabelle A7.7:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2010–2019	214
Tabelle A7.8:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2010–2019.....	215
Tabelle A7.9:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Ecstasy“ (in Tablettenform) gekauften Proben in Prozent 2010–2019	216
Tabelle A7.10:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als MDMA (in Pulver-, Kapsel- oder Kristallform) gekauften Proben in Prozent 2010–2019.....	217
Tabelle A7.11:	Inhaltsstoffe der von checkit! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Speed“ (Amphetamin) gekauften Proben 2010–2019	218
Tabelle A8.1:	Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2020	237
Tabelle A8.2:	Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2019.....	238
Abbildungen:		
Abbildung 1.1:	Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich	12
Abbildung 2.1:	Anzahl der Verurteilungen nach §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2010–2019.....	36
Abbildung 2.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2010–2019	37
Abbildung 2.3:	Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2010–2019*.....	38
Abbildung 2.4:	Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2019	39
Abbildung 3.1:	Cannabiskonsum (Lebenszeitprävalenz, Drei-Jahres-Prävalenz, Jahresprävalenz, Monatsprävalenz) aus dem Wiener Suchtmittel-Monitoring und drei österreichischen Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch (Zeitreihe)	56

Abbildung 3.2:	Cannabiskonsum: Lebenszeiterfahrung Jugendlicher nach Geschlecht in ESPAD und HBSC (Zeitreihe)	57
Abbildung 3.3:	Stimulanzien: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2019	62
Abbildung 3.4:	Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Drei-Jahres-Prävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz).....	63
Abbildung 3.5:	Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)	64
Abbildung 3.6:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen für Österreich, Wien und Österreich ohne Wien – Zeitverlauf	68
Abbildung 3.7:	Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf	69
Abbildung 3.8:	Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle), Zeitreihe 2000–2019 – bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)	70
Abbildung 3.9:	checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2019	72
Abbildung 5.1:	Konsummuster von Personen, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung).....	130
Abbildung 5.2:	Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2019.....	131
Abbildung 5.3:	Anteil der Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	132
Abbildung 5.4:	Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2019).....	134
Abbildung 5.5:	Personen, die sich 2019 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung	135
Abbildung 5.6:	Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/-innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2019)	141
Abbildung 5.7:	Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2019.....	142
Abbildung 5.8:	Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2019	143

Abbildung 5.9:	Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioide und Cannabis (hierarchische Definition) 2010–2019	146
Abbildung 5.10:	Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2009–2019	147
Abbildung 5.11:	Opioiddabhängige Personen nach Integration in Substitutionsbehandlung 1999–2019	148
Abbildung 6.1:	Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2009–2018	165
Abbildung 6.2:	HCV-Ab-Infektionsraten in Österreich 2000–2019	167
Abbildung 6.3:	AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie 2000–2019	169
Abbildung 6.4:	Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2019 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 514)*	170
Abbildung 6.5:	Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien 2015–2019	173
Abbildung 7.1:	Beinhaltete NPS in den Analyseergebnissen von checkit! (gesamt, unerwartet und erwartet) 2010–2019	198
Abbildung 7.2:	Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich 2010–2019	202
Abbildung 7.3:	Anteil der bei checkit! analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2011–2019	204
Abbildung 7.4:	Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen 2010–2019	205
Abbildung 7.5:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgiftes 2010–2019	206

Abkürzungen

2C-B	4-Brom-2,5-dimethoxyphenylethylamin, synthetisch hergestelltes Halluzinogen
4F-MDMB-BINACA	hochpotentes synthetisches Cannabinoid
5F-MDMB-PICA	hochpotentes synthetisches Cannabinoid
ADB-Fubinaca	N-(1-Amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4-fluorobenzyl)-1H-indazole-3-carboxamide; synthetisches Cannabinoid
Abs	Absatz
AG	Arbeitsgruppe
AGES	Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit
AHS	allgemeinbildende höhere Schule
AIDS	acquired immune deficiency syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AHIVCOS	Austrian HIV Cohort Study
AMB-FUBINACA	hochpotentes synthetisches Cannabinoid (auch FUB-AMB oder MMB-FUBINACA)
AMS	Arbeitsmarktservice
ÄndG	Änderungsgesetz
ANS-Ost	Angehörige. Netzwerk. Sucht. Ostösterreich
anti HBC	Hepatitis-B-Virus-core-Antikörper (gesamt)
anit HBs	Hepatitis-B-Virus-surface-Antikörper (Oberflächenmerkmale)
ART	antiretrovirale Therapie
ARV	antiretroviral
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ASDW	Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien
ATHIS	Austrian Health Interview Survey (Österreichische Gesundheitsbefragung)
B	Burgenland
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BADOK	Basisdokumentation
b.a.s.	betrifft Abhängigkeit und Sucht
BASG	Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen
BAST	Bundesarbeitsgemeinschaft Straßensozialarbeit Österreich
BFI	Berufsförderungsinstitut
BGBI	Bundesgesetzblatt
BGKK	Burgenländische Gebietskrankenkasse
BMASGK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (seit Januar 2018)
BMBWF	Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung
BMDW	Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort
BMEIA	Bundesministerium für Europa, Integration und Äußeres
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit (bis Juli 2016)
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Juli 2016 – Dezember 2017)
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt

BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMK	Bundesministerium für Klimaschutz, Umwelt, Energie, Mobilität, Innovation und Technologie
BMKÖS	Bundesministerium für Kunst, Kultur, öffentlichen Dienst und Sport
BMLRT	Bundesministerium für Landwirtschaft, Regionen und Tourismus
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (seit Januar 2020)
BMUK	Bundesministerium für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMVRDJ	Bundesministerium für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz
bPK	bereichsspezifisches Personenkennzeichen
bspw.	beispielsweise
BZP	1-Benzylpiperazin
bzw.	beziehungsweise
CBD	Cannabidiol
CND	Commission on Narcotic Drugs
COFOG	Classification of Functions of Government
COVID-19	durch das Coronavirus SARS-CoV-2 verursachte Infektionskrankheit
CRC	Capture-Recapture(-Verfahren)
DAA	direct acting antivirals
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DG	Directorate-General (Generaldirektion)
d. h.	das heißt
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DOT	directly observed therapy
DVSV	Dachverband der Sozialversicherungsträger
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (dt. EBDD)
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (engl. EMCDDA)
ECTS	Europäisches System zur Anrechnung, Übertragung und Akkumulierung von Studienleistungen (engl. European Credit Transfer and Accumulation System)
EG	Europäische Gemeinschaft
EKO	Erstattungskodex
EPIG	Entwicklungs- und Planungsinstitut für Gesundheit
EPPIC	Exchanging Prevention Practices on Polydrug Use in Criminal Justice Systems
EPR	Europäische Strafvollzugsgrundsätze
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
et al.	et alii (dt. und andere)
EU	Europäische Union
EWS	Early Warning System
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich

FH	Fachhochschule
FSG	Führerscheingesetz
FUB-AMB	hochpotentes synthetisches Cannabinoid (auch AMB-FUBINACA oder MMB-FUBINACA)
gem.	gemäß
GFPR	Gesundheitsförderung und Prävention
gGmbH	gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GHB	Gammahydroxybuttersäure
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSpG	Glücksspielgesetz
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBsAg	Hepatitis-B-Virus-surface-Antigen (Hepatitis-B-Virus-Oberflächenantigen)
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-PCR	HCV Polymerase Chain Reaction
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis-C-Virus
Hg./Hrsg.	Herausgeber
HiAP	Health in All Policies
HIV	human immunodeficiency virus
HS	Hauptschule
ID	Identification/Identifikation
idgF	in der gültigen Fassung
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
I.K.A.	Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle
inkl.	inklusive
i. S.	im Sinne
i. v.	intravenös
IVV	integrierte Vollzugsverwaltung
J.	Jahre
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
JUKUS	Verein zur Förderung von Jugend, Kultur und Sport
K	Kärnten
Kap.	Kapitel
kg	Kilogramm
KPSD	Koordinator/-in für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen
KUKO	Kurzkontakt
LBamb	längerfristige Betreuung ambulant
LBstat	längerfristige Betreuung stationär
LDS	low dead space (Spritzen)
LISA	Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte

LKH	Landeskrankenhaus
LSD	Lysergsäurediethylamid
m	männlich
MA	Magistratsabteilung
männl.	männlich
max.	maximal
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylendioxy-N-Methylamphetamin
mg	Milligramm
min.	mindestens
MMB-FUBINACA	hochpotentes synthetisches Cannabinoid (auch FUB-AMB oder AMB-FUBINACA)
MMC	Methylmethcathinon
MSM	men who have sex with men / Männer, die mit Männern Sex haben
NIS	niederschwellige Begleitung
NMS	Neue Mittelschule
NPS	Neue psychoaktive Substanzen
NPSG	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz
NPSV	Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung
Nr.	Nummer
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
o. J.	ohne Jahr
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
ORF	Österreichischer Rundfunk
Ö	Österreich
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
ÖGK	Österreichische Gesundheitskassa
ÖGKJP	Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
ÖGPP	Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik
OST	opioid substitution treatment/therapy, Opioid-Substitutionsbehandlung/ Opioiderhaltungstherapie
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
piB	Prävention in Betrieben
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin
PMMA	Para-Metoxymethamphetamin
PSD	Psychosozialer Dienst

PV	Psychotropenverordnung
QR-Code	Quick Response Code, zweidimensionaler Strichcode
rd.	rund
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
RSG	Regionaler Strukturplan Gesundheit
S	Salzburg
SAG	Suchtvorbeugung als Gemeinschaftsaufgabe
SB	Suchtbeauftragte(r)
SCORE	Sewage analysis CORE group – Europe
SCHILF	schulinterne Fortbildung
SDB	Beauftragte(r) für Sucht- und Drogenfragen
SDHN	Sucht- und Drogenhilfenetzwerk
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH
SGG	Suchtgiftgesetz
SHW	Suchthilfe Wien gemeinnützige GmbH
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMA	Suchtmedizinischen Ambulanz
SMG	Suchtmittelgesetz
ST	standard table
StGB	Strafgesetzbuch
St	Steiermark
Stk.	Stück
StPO	Strafprozessordnung
StVG	Strafvollzugsgesetz
StVO	Straßenverkehrsordnung
SV	Suchtgiftverordnung
SVR-Rate	Sustained Virological Response-Rate
T	Tirol
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
TDI	treatment demand indicator
TEDI	Trans European Drugs Information
THC	Tetrahydrocannabinol
TNRSG	Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucherschutzgesetz
TPHA	Treponema-pallidum-Hämagglutinations-Assay
u. a.	unter anderem
u. Ä.	und Ähnliche
UE	Unterrichtseinheit(en)
UK	United Kingdom
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
V	Vorarlberg
v. a.	vor allem
VE	Verwaltungseinheit
vgl.	vergleiche

VIZ	Vergiftungsinformationszentrale
vs.	versus/gegenübergestellt
w	weiblich
W	Wien
WAVM	Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin
WbVO	Weiterbildungsverordnung orale Substitution
weibl.	weiblich
WHO	World Health Organization
XTC	Ecstasy, synthetische Droge; siehe MDMA
z. B.	zum Beispiel

Einleitung

Der an der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 25. Mal den Bericht zur Drogensituation vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD bzw. EMCDDA) und des BMSGPK verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten nationalen wie auch europäischen Daten- und Informationsnetzes. Er kooperiert eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- und Länderebene, mit Fachleuten und den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

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

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

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

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

2

zu finden unter http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019_en (Zugriff am 16. 7. 2020)

Politische und administrative Rahmenbedingungen

Inhalt

1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	4
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	10
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3	Neue Entwicklungen.....	14
1.4	Quellen und Methodik.....	15
1.5	Bibliografie	16
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	18
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	18

1 Politische und administrative Rahmenbedingungen

1.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

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

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

3

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

1.2 Aktuelle Situation

1.2.1 Sucht- und Drogenstrategien

Den zentralen Rahmen für die österreichische **Bundesdrogenpolitik** bilden das Suchtmittelgesetz (SMG, BGBl I 1997/112) und das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG, BGBl I 2011/146) mit den entsprechenden Durchführungsverordnungen (vgl. Kapitel 2) sowie die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie*⁴ (BMG 2015). Damit sind im Wesentlichen die Prinzipien der österreichischen Drogenpolitik festgelegt. Ein wesentliches Prinzip ist das Hinwirken auf eine möglichst suchtfreie Gesellschaft. Sucht ist als Erkrankung anerkannt, zwischen Abhängigkeit und Drogenhandel wird unterschieden. Das österreichweit angewandte Prinzip *Therapie statt Strafe* wird von der EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EBDD) als „most noticeable element“ der österreichischen Drogenpolitik bezeichnet (EMCDDA 2014). Es wurde im Jahr 1971 erstmals in das damalige Suchtgiftgesetz aufgenommen und seither ausgeweitet.

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

Aufgrund der föderalen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs kommt den **Bundesländern** bei der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Sucht-/Drogenstrategien, in denen die sucht-/drogenpolitischen Zielsetzungen und Maßnahmenbereiche festgelegt sind (vgl. Tabelle 1.1). Generell orientieren sich alle Strategien an einem ausgewogenen Ansatz zwischen gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen zur Reduktion von Angebot und Nachfrage. Prävention nimmt überall einen zentralen Stellenwert ein (vgl. ÖBIG 2001). Die suchtspezifische und die psychosoziale bzw. psychiatrische Versorgung im Sinne einer integrierten Versorgung wird in den Bundesländern zunehmend gemeinsam gedacht und bspw. in regionalen Strukturplänen integriert dargestellt (u. a. RSG

4

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Pr%C3%A4vention-und-Therapie/%C3%96sterreichische-Suchtpr%C3%A4ventionsstrategie.html> (Zugriff: 3. 7. 2020)

2020 Kärnten⁵, RSG 2025 Steiermark⁶). Das *Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025* umfasst auch den Bereich der Suchterkrankungen (Land Vorarlberg 2014). In Wien wurde 2018 ein Koordinator für Psychiatrie, Sucht- und Drogenfragen bestellt, der in dieser Funktion auch für die Planung, Steuerung und Koordination der psychosozialen und psychiatrischen Versorgung in Wien verantwortlich ist (SDW 2020).

Der Bundes-Zielsteuerungsvertrag⁷ *Zielsteuerung-Gesundheit 2017–2021* enthält erstmals einen Hinweis auf das Thema Sucht. So sollen beim bedarfsgerechten Ausbau der psychosozialen Gesundheitsversorgung entsprechend dem Gesundheitsziel 9 (Psychosoziale Gesundheit in allen Bevölkerungsgruppen fördern) Suchterkrankungen mitberücksichtigt werden, und eine Vereinfachung der Finanzierung der Suchthilfe wird angestrebt. Abgesehen davon wird auf die Umsetzung der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* verwiesen.

5

https://www.gesundheitsfonds.at/images/downloads/RSG_K%C3%A4rnten_-_L-ZK_Beschluss_18_06_2015.pdf und
https://www.gesundheitsfonds.at/images/Psychosoziale_Versorgung_K%C3%A4rnten_nach_RSG_Gesundheit_2020_final_LZK.pdf (Zugriff 3. 7. 2020)

6

http://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Documents/RSG-St_2025_V%201.2._12022019.pdf (Zugriff 16. 7. 2020)

7

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

Tabelle 1.1:
Sucht-/Drogenstrategien des Bundes und der österreichischen Bundesländer

VE	(erstmalig erstellt) aktualisiert im Jahr	Titel	(federführend) erarbeitet von	Fokus auf Drogen / auf Sucht	Kernbereiche/Struktur
national	2015	Österreichische Suchtpräventionsstrategie	BMGF	illegale Drogen, NPS, psychotrope Medikamente, Tabak, Alkohol, Glücksspiel, andere Verhaltenssüchte, Doping/Neuro-Enhancement	Suchtprävention, Suchthilfe, Sicherheit
B	2002	Burgenländisches Suchtkonzept	Amt der Burgenländischen Landesregierung	illegale Substanzen, Alkohol	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
K	(1995) 2020	Kärntner Suchthilfestrategie 2020-2030	Amt der Kärntner Landesregierung / EPIG	illegale Substanzen, legale Substanzen, Verhaltenssüchte, Präventivmaßnahmen	Suchtprävention, hochriskant konsumierende Jugendliche, Gesundheitswesen/Regelversorgung, Qualitätsentwicklung an den Schnittstellen, Anpassung der Versorgungsangebote, Alter, Drogentodesfälle, datenbasierte Steuerung/ Koordination der Suchthilfe
NÖ	(2000) 2016	NÖ Suchtstrategie 2016	Fachstelle für Suchtprävention NÖ	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten	Grundlagen, Ziele, Maßnahmen (nach Suchtformen, Interventionsfeldern wie Beratung, Behandlung und Schadensminimierung sowie spezifischen Zielgruppen)
OÖ	2002	Oberösterreichisches Sucht- und Drogenkonzept	Expertengruppe im Auftrag des Suchtbeirats	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Süchte, psychoaktive Substanzen	Prävention, gesundheitsbezogene Maßnahmen, soziale Maßnahmen, Sicherheit
S	(1999) 2016	Suchthilfe im Land Salzburg, Rahmenplan 2016 bis 2020	Arbeitsgruppe mit Fachleuten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich	illegale Substanzen, legale Substanzen, Medikamente, Glücksspiel u. a., Verhaltenssüchte	Suchtprävention; integrierte Suchthilfe mit den Handlungsfeldern niederschwellige Anbindung, Beratung, Therapie und Rehabilitation sowie Nachbetreuung; integrierte Versorgung in den Regionen
St	(2000) 2012	Die neue steirische Suchtpolitik	Amt der Steiermärkischen Landesregierung	illegale Substanzen, legale Substanzen, psychoaktive Medikamente, substanzungebundene Süchte und Verhaltensweisen, Produkte zur Optimierung der Leistungsbereitschaft und Leistungsfähigkeit	Suchtprävention, Suchthilfe, Steuerung
T	(1993) 2012	Tiroler Suchtkonzept 2012	Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundene Suchtformen	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Nachsorge; strukturelle Neuorientierung der Suchthilfe; Kooperation mit nationaler Ebene; Forschung und Weiterbildung
V	(1980) 2002	Vorarlberger Drogenkonzept 2002	Suchtkoordination und Drogenbeauftragte(r)	illegale Substanzen	Prävention, therapeutischer Bereich, Substitution, Rehabilitation, Bildungsoffensive
W	(1999) 2013	Wiener Sucht- und Drogenstrategie 2013	Sucht- und Drogenkoordination Wien	illegale Substanzen, legale Substanzen, substanzungebundenes Suchtverhalten	Suchtprävention; Beratung, Behandlung und Betreuung; arbeitsmarktpolitische Maßnahmen und soziale (Re-)Integration; öffentlicher Raum und Sicherheit

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

Quellen: SDW 2013, Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2011), Amt der Tiroler Landesregierung / Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH (2012), Amt der Burgenländischen Landesregierung (2002), Land Salzburg (2016), EPIG (2020), Amt der Vorarlberger Landesregierung (2002), Fachstelle für Suchtprävention NÖ (2016), Suchtbeirat des Landes OÖ (2002), BMG (2015)

Überdies ist die nationale *Sicherheitsdoktrin 2017–2020* des Bundesministeriums für Inneres (BMI 2017) zu erwähnen, die sich zwar nicht explizit auf die Reduktion der Drogenverfügbarkeit bezieht, jedoch auf die Kriminalitätsbekämpfung im Allgemeinen (Handlungsfeld 3) referenziert (BMI/.BK 2017).

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

Neben der umfassenden *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* gibt es auf nationaler Ebene keine weiteren spezifisch auf einzelne Suchtformen bezogenen Strategien. Im Gegensatz dazu haben einzelne Bundesländer Strategien zu den Themen Alkohol, Tabak oder Glücksspiel entwickelt (siehe Tabelle 1.2). Die Rahmenbedingungen im Bereich legale Suchtmittel werden im Wesentlichen durch die Gesetzgebung (z. B. das nationale Tabak- und Nichtraucherinnen- bzw. Nichtraucher-schutzgesetz [TNRSG], länderspezifische Jugendschutzgesetze) definiert.

Tabelle 1.2:
Suchtspezifische Strategien der österreichischen Bundesländer

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

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

Relevant für den Suchtbereich sind auch **Strategien auf Bundes- oder Landesebene**, die keinen spezifischen Fokus auf Sucht oder Drogen haben, sondern sich allgemein auf Themen aus dem Gesundheits- oder Sozialbereich beziehen. Aus der Fülle dieser Strategien sind die *Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie* (BMG 2011) sowie die *Gesundheitsziele Österreich* (BMGF 2017) bzw. der *Zielsteuerungsprozess Gesundheit*⁸, die *Gesundheitsförderungsstrategie* (BMG 2014) und der *Aktionsplan Frauengesundheit* (BMASGK 2018) – alle auf Bundesebene – zu erwähnen. Weitere,

8

Mehr Informationen unter [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\).html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit).html) (Zugriff am 10. 9. 2020)

v. a. für den Bereich Behandlung relevante Dokumente sind z. B. die *Struktur- und Psychiatriepläne*, die es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene gibt (vgl. Abschnitt 1.3). Generell ist festzustellen, dass das Thema Sucht zunehmend einem ganzheitlichen Ansatz folgt und in Richtung einer integrativen Versorgung gedacht wird.

1.2.2 Evaluation von Drogenstrategien

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

1.2.3 Koordination der Drogenpolitik

Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die *Bundesdrogenkoordination*, das als Gremium zur Zusammenarbeit mit den Ländern dienende *Bundesdrogenforum* (vgl. Abbildung 2.1) sowie der *Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung* (vgl. auch Kapitel 5). Diese Gremien setzen sich ausschließlich mit illegalen Substanzen und damit einhergehenden Problemstellungen auseinander, wie sie in SMG oder NPSG erfasst sind. Hauptverantwortlich für die Koordination der Bundesdrogenpolitik – also für die Abstimmung auf Bundesebene und mit den Bundesländern – ist das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). In der *Bundesdrogenkoordination* permanent vertreten sind zudem das Innen- und das Justizministerium, weitere Ministerien können auf Ad-hoc-Basis hinzugezogen werden. Das BMSGPK hat den Vorsitz im Bundesdrogenforum inne, in dem neben anderen Bundesministerien und den Bundesländern auch der Städte- und Gemeindebund, die Gesundheit Österreich GmbH, die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* sowie auf Einladung weitere Fachleute und Wissenschaftler/-innen vertreten sind.

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

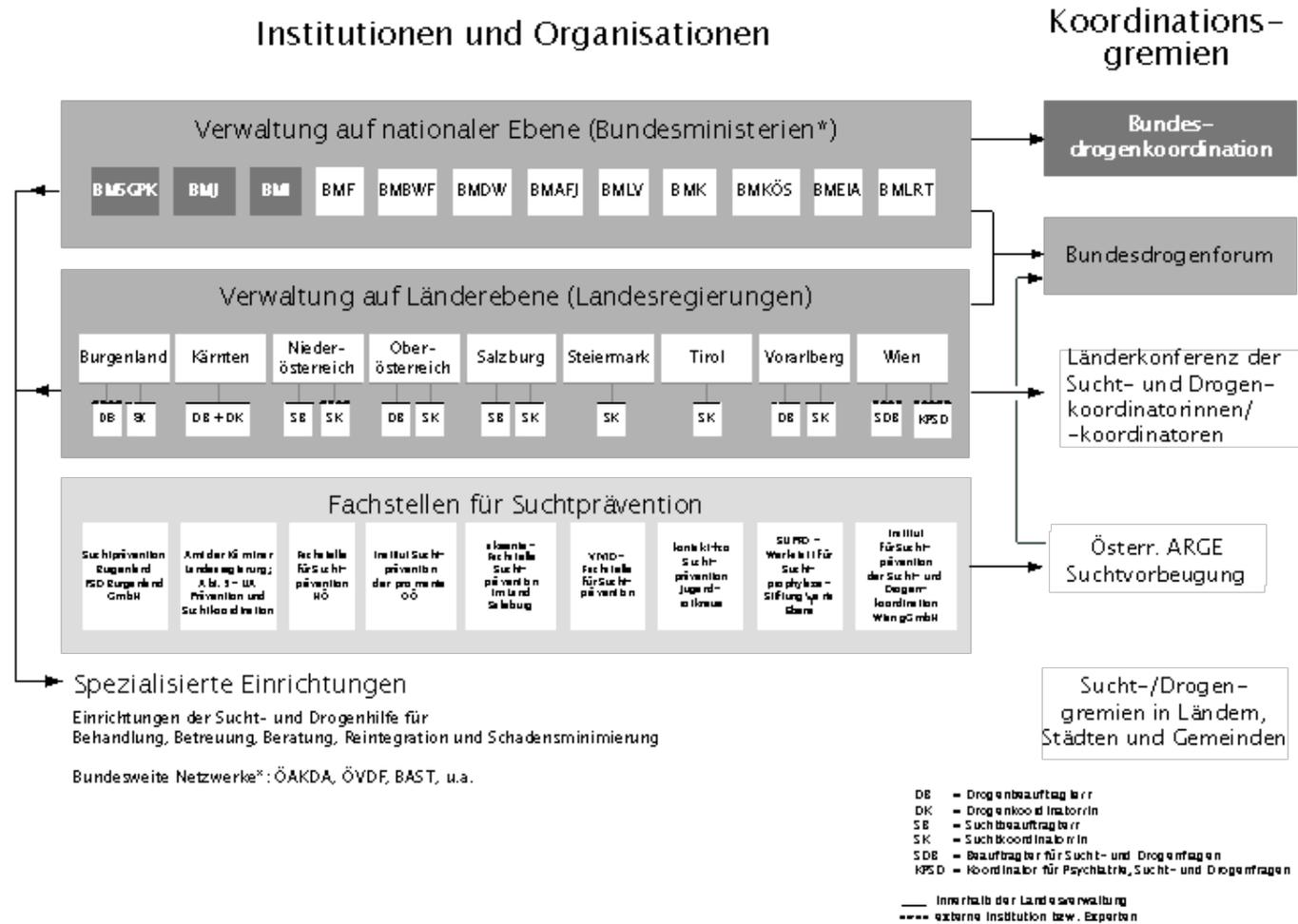
Von allen Bundesländern werden Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren nominiert. Diese sind auf Landesebene für die Planung, Koordination und Vernetzung von Maßnahmen der

Sucht-/Drogenpolitik bzw. Sucht-/Drogenhilfe sowie für die fachliche Beratung der Landesregierung, das Verfassen von Stellungnahmen zu Gesetzesentwürfen etc. und fachbezogene Öffentlichkeitsarbeit zuständig. Sie sind auch die direkten Ansprechpersonen in Bundesangelegenheiten und daher im *Bundesdrogenforum* vertreten.

Ein Gremium zur Vernetzung der Bundesländer untereinander ist die Länderkonferenz der Sucht-/Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren, in der gemeinsame Positionen und Stellungnahmen erarbeitet werden. In den meisten Bundesländern werden auch sogenannte Sucht- bzw. Drogenbeauftragte bestimmt bzw. beratende Gremien oder Sucht- bzw. Psychiatriebeiräte eingerichtet.

In allen Bundesländern gibt es eine Sachverständigenkommission zum Thema Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen (vgl. Kapitel 5). Zusätzliche Vernetzungsgremien auf Landesebene binden die relevanten Behörden und Einrichtungen der Suchthilfe entweder einzeln oder gemeinsam ein, darüber hinaus existieren z. B. Suchtmittelbeiräte auf Gemeinde- oder Bezirksebene. Jedes Bundesland hat eine Fachstelle für Suchtprävention, diese Fachstellen sind in der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* miteinander vernetzt (vgl. Kapitel 4).

Abbildung 1.1:
Organisatorische Struktur der Drogenpolitik in Österreich



*siehe Abkürzungsverzeichnis

Quelle und Darstellung: GÖG

Nicht nur in Bezug auf strategische Vorgaben, sondern auch hinsichtlich Koordination und Abstimmung sind sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene weitere Prozesse relevant. Dazu gehören seit 2013 das partnerschaftliche Zielsteuerungssystem Gesundheit von Bund, Ländern und Sozialversicherung bzw. das Monitoring, das die Umsetzung der Gesundheitsziele bzw. der Gesundheitsförderungsstrategie begleitet⁹. Der *Vorarlberger Landespsychiatriebeirat* beispielsweise hat die Funktion einer Koordinations- und Informationsstelle aller Systempartner der psychosozialen Versorgung inne und besteht aus Mitgliedern des Koordinationsausschusses sowie der ständigen Arbeitsgruppen. Eine dieser Arbeitsgruppen beschäftigt sich mit dem Thema *Sucht-krankenversorgung und Suchthilfe*. Im Herbst 2019 übernahm diese Arbeitsgruppe zudem die Funktion des Drogenbeauftragten (vgl. Amt der Vorarlberger Landesregierung 2014). In Tirol hat der *Beirat für psychosoziale Versorgung in Tirol* die Aufgabe der Beratung der Tiroler Landesregierung und des Tiroler Gesundheitsfonds in allen Fragen der intra- und extramuralen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung. Diese umfasst die Bereiche Psychiatrie, Psychotherapie und das Thema Sucht im Sinne einer integrierten Versorgung Betroffener und ihrer Angehörigen (Grüner, p. M.; siehe auch Abschnitt 1.3).

1.2.4 Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern (aus den Bereichen Gesundheit, Soziales und Bildung), den Sozialversicherungen und dem Bund (Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* durch Justizressort bzw. Förderung für §-15-SMG-Einrichtungen durch das Gesundheitsressort) getragen (vgl. Kapitel 2 und 5). Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt, zudem sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet (vgl. GÖG/ÖBIG 2007). Daher können für Österreich keine systematischen Angaben über öffentliche suchtspezifische Ausgaben getätigt werden. Auf Bundesebene sind lediglich die Ausgaben des BMJ für gesundheitsbezogene Maßnahmen (Therapie), insbesondere im Rahmen der Diversion nach §§ 35 und 37 sowie aufgrund eines Strafaufschubs nach § 39 SMG, bekannt. Für diese Maßnahmen besteht laut § 41 SMG (vgl. Kapitel 2) eine subsidiäre Kostentragungspflicht des Bundes. Tabelle 1.3 zeigt die Entwicklung dieser Ausgaben in den letzten Jahren.

Tabelle 1.3:

Ausgaben des BMJ für Suchtbehandlung nach §§ 35, 37 und 39 SMG, 2010 bis 2019

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aufwand in Millionen Euro	8,54	8,77	8,46	7,71	7,71	8,44	8,41	8,10	8,04	8,11

Quelle: BMJ 2020, Darstellung: GÖG

9

mehr Information unter <http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at> (Zugriff am 3. 7. 2020)

Eine Erhebung der Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention (GFPR-Ausgaben) der öffentlichen Hand wurde für das Datenjahr 2016 durchgeführt (BMASGK 2019). Die Ausgaben zur Prävention von Suchterkrankungen werden für das Jahr 2016 in Summe mit 7.250.562 Euro beziffert und überwiegend von den Bundesländern getragen (6,2 Mio. Euro¹⁰), die Ausgaben der Sozialversicherung (rund 480.000 Euro), der Gemeinden (rund 380.000 Euro) und des Bundes (rund 160.000 Euro) sind vergleichsweise gering. Die Länder finanzieren mit ihren Ausgaben vorrangig die Fachstellen für Suchtprävention, Suchtberatungsstellen und Projekte der Suchtprävention in Kindergärten, im schulischen Bereich und in der außerschulischen Jugendarbeit (vgl. Horvath et al. 2019).

Der Bund förderte zudem Einrichtungen/Beratungsstellen für die Behandlung und Betreuung von Personen mit Suchtgiftmissbrauch nach § 16 SMG.

1.3 Neue Entwicklungen

In Tirol tagte der *Beirat für psychosoziale Versorgung* im Jahr 2019 dreimal. In den vier Arbeitsgruppen (AG-Sucht, AG seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, AG gesellschaftliche Teilhabe, AG integrierte Versorgung inkl. Case- und Caremanagement) wurden im Berichtszeitraum sieben Expertisepapiere bzw. Projekte ausgearbeitet und den politischen Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Oktober 2019 zur Priorisierung vorgelegt (Grüner, p. M.).

In der Steiermark wurde der Bedarfs- und Entwicklungsplan zur Versorgung suchtkranker Menschen (BEP-Sucht-Stmk)¹¹ mit Juni 2019 beschlossen. Er zielt darauf ab, eine qualitätsgesicherte, am Bedarf der Betroffenen ausgerichtete Versorgung in allen sechs Versorgungsregionen gleichwertig sicherzustellen. In einem nächsten Schritt soll eine einheitliche Datengrundlage (BADOK/BADOS) auf Basis einer einheitlichen Dokumentation der Suchthilfeeinrichtungen sowie der Psychosozialen Dienste geschaffen werden. Zudem wurde ein einheitliches Fördermonitoring mit Ziel- und Quellbezug erstellt. Das dafür entwickelte Fördertemplate ist eine verbindliche Vorgabe für die Förderverträge und wird rückwirkend seit 1. Januar 2019 von allen Fördernehmern befüllt. Erhoben werden dabei einrichtungsbezogenen Daten und anonymisierte Klientendaten. In Kombination mit den DOKLI-Daten, den Daten aus der eSuchtmitteldatenbank, sowie jenen aus dem Krankenanstaltenbereich bilden sie eine solide Basis zur Beschreibung des Status quo und zur Ableitung des Entwicklungsbedarfs im Suchtbereich (Cichy, p. M.). Diese Entwicklungen greifen die Empfehlungen des Steiermärkischen Landesrechnungshofs (LRH Steiermark 2020) hinsichtlich Förderanträgen und -controlling und einer regional ausgeglichenen Versorgung der Abhängigkeitserkrankungen auf.

10

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

11

<https://epig.at/sites/default/files/2020-06/zur%20Pra%CC%88sentation.pdf> (Zugriff: 3. 7. 2020)

In der Steiermark wurde zudem mit Januar 2020 eine neue Geschäftsordnung für die Arbeitsgruppe SAG (Sucht als Gemeinschaftsaufgabe) beschlossen und die Liste der daran beteiligten Institutionen aktualisiert (Cichy, p. M.).

In Kärnten wurde 2019 die *Kärntner Suchthilfestrategie 2020–2030* fertiggestellt. Sie orientiert sich an der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* und basiert auf einer umfassenden Bestandsaufnahme aller Suchthilfeeinrichtungen im Bereich der illegalen und legalen Substanzen und inkludiert Verhaltenssüchte und Präventivmaßnahmen. Es wurden darin acht bis 2030 schrittweise umzusetzende Handlungsfelder definiert: Suchtprävention, Zielgruppe hochriskant konsumierende Jugendliche, Gesundheitswesen/Regelversorgung, Qualitätssicherung an den Schnittstellen, Anpassung der Versorgungsangebote, Sucht und Alter, Drogentodesfälle sowie datenbasierte Steuerung und Koordination der Suchthilfe. Die Beschlussfassung zur Umsetzung wird im Jahr 2020 erfolgen (Drobesch-Binter, p. M.).

In Salzburg kam es zu Verzögerungen bei der Umsetzung der regionalen Adaptierung des Wiener Modells *Alkohol. Leben können*. Die Steuerungsgruppe des Rahmenplans Suchthilfe 2016–2020 beschloss daher im November 2019, den Umsetzungsstand des Rahmenplans zu erheben und eine Verlängerung von dessen Laufzeit um weitere fünf Jahre vorzuschlagen (Schabus-Eder, p. M.).

1.4 Quellen und Methodik

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

Die **Gesundheitsförderungs- und Präventionsausgaben 2016** wurden mittels eines (standardisierten) Erhebungsbogens von Bund inkl. FGÖ (Vollerhebung), Bundesländern (Teilerhebung als Annäherung an die Vollerhebung 2012), Gemeinden und Gesunden Städten (Stichprobenerhebung mit Hochrechnung) und Sozialversicherung (Vollerhebung) erfasst. Erstmals wurden auch die Ausgaben der Gesundheitsförderungsfonds erhoben und je zur Hälfte den Bundesländern und der Sozialversicherung zugeschlagen. Die Ausgaben wurden nach den Interventionsebenen Gesundheitsförderung, Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie für Capacity-Building erhoben. Dabei wurden die Ausgaben für Gesundheitsförderung nach den Lebenswelten (Settings) gruppiert, die Maßnahmen der Prävention wurden verschiedenen Themenfeldern zugeordnet. Hauptabgrenzungskriterium für die Berücksichtigung von Ausgaben ist der primär präventive bzw. gesundheitsfördernde Zweck einer Maßnahme. Maßnahmen, die Gesundheitsförderung bzw. Prävention als einen von mehreren Zwecken verfolgen („HiAP-Maßnahmen“), wurden für das Datenjahr 2016 nicht erhoben (BMASGK 2019).

1.5 Bibliografie

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

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

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

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

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

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

BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Langfassung. Herausgegeben 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

BMI (2017). Mehr Freiheit. Mehr Sicherheit. Die Sicherheitsdoktrin des BMI für Österreich 2017–2020. Bundesministerium für Inneres. Wien

BMI/BK (2017). Lagebericht. Kriminalprävention 2017. Bundeskriminalamt. Wien

BMJ (2020). Sicherheitsbericht 2019. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Verfassung, Reformen, Deregulierung und Justiz. BMJ. Wien

BMVIT (2016). Österreichisches Verkehrssicherheitsprogramm 2011–2020. 2. Auflage 2016. Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Wien

EMCDDA (2014). Drug policy profile: Austria. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union, Luxembourg

EPIC (2020). Suchthilfestrategie Kärnten 2020–2030. Handlungsfelder. EPIC GmbH. Graz

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

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

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien

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

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

LRH Steiermark (2020). Prüfbericht Suchterkrankungen (Planung und Steuerung der Versorgung von Abhängigkeitserkrankungen) vom 19. Juni 2020. Landtag Steiermark – Landesrechnungshof. Graz

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

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

SDW (2020). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2020. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien

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

1.6 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

1.7 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg

Rechtliche Rahmenbedingungen

Inhalt

2	Rechtliche Rahmenbedingungen	21
2.1	Zusammenfassung.....	21
2.2	Aktuelle Situation.....	22
2.2.1	Rechtliche Regelungen	22
2.2.2	Umsetzung	32
2.3	Trends.....	35
2.4	Neue Entwicklungen.....	40
2.5	Quellen und Methodik.....	41
2.6	Bibliografie	42
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	43
2.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	45
2.9	Anhang.....	46

2 Rechtliche Rahmenbedingungen

2.1 Zusammenfassung

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das Suchtmittelgesetz (SMG). Es differenziert nach Menge und Substanzklassen¹². Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Mittels Verordnungen werden Grenzmengen festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind. Dabei kann zwischen Vergehens- und Verbrechenstatbeständen unterschieden werden¹³. Während das Strafausmaß bei Vergehenstatbeständen bis zu ein Jahr Haft (oder eine Geldstrafe) bzw. in schwerwiegenden Fällen bis zu drei Jahre Haft betragen kann, sind bei Verbrechenstatbeständen mehr als drei Jahre bzw. ist in schwerwiegenden Fällen bis zu lebenslange Haft vorgesehen. Sonderbestimmungen bestehen hinsichtlich Cannabis und halluzinogener Pilze. Das SMG sieht auch eine breite Palette von Alternativen zur Bestrafung vor. Die Behandlung Suchtkranker setzt grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken.

Neben dem SMG stellt auch die Suchtgiftverordnung (SV) eine wichtige Rechtsquelle dar, in der u. a. die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel und die Substitutionsbehandlung von Personen mit Opioidabhängigkeit geregelt werden. Die mit 1. Januar 2018 in Kraft getretene Novelle zur Suchtgiftverordnung (SV) ist ein wesentlicher Teil eines Gesamtpaketes zum rechtlichen Rahmen der Opioid-Substitutionsbehandlung. Ein großer Stellenwert kommt dabei einer auf breiter Expertenebene erarbeiteten Behandlungsleitlinie zu, auf die in Hinblick auf Behandlungssicherheit und Qualitätssicherung der Behandlung referenziert wird (ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP und ÖGPP 2017). Gleichzeitig verweist die novellierte Suchtgiftverordnung mit der Formulierung „nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung“ (§ 23a Abs 1 SV) auf die therapeutische Verantwortung der behandelnden Ärzteschaft.

12

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

13

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“.

In Österreich stehen über 15 Prozent aller gerichtlichen Verurteilungen in Zusammenhang mit dem SMG, wobei die Mehrzahl dieser Verurteilungen Vergehen betrifft. Von den gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung (Diversionsangebote¹⁴ nach § 35 und § 37 SMG) kommt der vorläufige Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft gemäß § 35 SMG wesentlich häufiger zur Anwendung als die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG). Am seltensten wird der Strafvollzug aufgeschoben (§ 39 SMG).

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

2.2 Aktuelle Situation

2.2.1 Rechtliche Regelungen

Den Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das **Suchtmittelgesetz** (SMG, BGBl I 1997/112). Dieses differenziert nach Menge und Klassifizierung (Suchtmittel, Suchtgifte¹⁵ und psychotrope Stoffe¹⁶, Drogenausgangsstoffe¹⁷). Die Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind in Verordnungen aufgelistet. Mittels solcher werden auch Grenzmengen¹⁸ festgelegt, ab deren Überschreitung strengere Strafen angedroht sind.

14

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

15

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

16

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

17

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

18

Darunter wird die Untergrenze jener Menge Reinsubstanz eines Wirkstoffs verstanden, die geeignet ist, in großem Ausmaß

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

Ein Charakteristikum der österreichischen Drogengesetzgebung ist der ausgewogene Ansatz aus gesundheitspolitischen und angebotsseitigen Maßnahmen (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 gesundheitsbezogener Maßnahmen – zeigt. Der Konsum von Suchtmitteln steht nicht unter Strafe, nach Rechtsprechung wird er aber regelmäßig durch andere Tathandlungen (insb. Besitz) kriminalisiert. Unter Strafe stehen z. B. Erwerb, Besitz und Erzeugen von Suchtmitteln. Die Gesundheitsbehörden haben die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass sich Personen mit risikoreichem Drogenkonsum einer zweckmäßigen, den Umständen entsprechenden und zumutbaren sowie nicht offenbar aussichtslosen gesundheitsbezogenen Maßnahme¹⁹ unterziehen. Eine Behandlung setzt aber grundsätzlich Freiwilligkeit voraus, wobei das Ablehnen der Behandlung Konsequenzen im Strafverfahren nach sich zieht. Die suchtkranke Person hat im Prinzip freie Wahl bezüglich der therapeutischen Einrichtung, wobei eine Kostenübernahme durch die Justiz nur in einer nach § 15 SMG anerkannten Einrichtung (vgl. Kapitel 5) erfolgt. Das SMG regelt auch, dass die Kosten nach Maßgabe der Bestimmungen aus § 41 SMG vom Bund zu tragen sind, damit die Behandlung nicht an einer etwaigen Mittellosigkeit der/des Betroffenen scheitert.

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

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

SMG bzw. SV enthalten u. a. Regelungen betreffend die Herstellung suchtmittelhaltiger Arzneimittel und den Anbau von Pflanzen der Gattung Cannabis für die Herstellung von Arzneimitteln und damit verbundene wissenschaftliche Zwecke (§ 6a SMG) sowie die ärztliche Behandlung mit sowie die Verschreibung von suchtmittelhaltigen Arzneimitteln (§ 8 SMG). Suchtgifte in Substanz und Zubereitungen aus z. B. Heroin, Cannabis und Kokablättern dürfen nicht verschrieben werden

eine Gefahr für Leben oder Gesundheit von Menschen herbeizuführen. Bei der Festlegung wird auch die Eignung von Suchtgiften berücksichtigt, Gewöhnung hervorzurufen.

19

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

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

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

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

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

In Österreich ist die Anwendung von **Alternativen zur Bestrafung** – im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe*²⁰ – gesetzlich vorgesehen. Da dieses Prinzip ein wichtiges Charakteristikum der österreichischen Drogenpolitik darstellt, bestehen für straffällige Drogenkonsumierende verschiedene Alternativen zur Bestrafung.

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

In diesem Zusammenhang ist die kriminalpolizeiliche/verwaltungsbehördliche **Meldung des Verdachts auf Verstoß** gegen das SMG an die Gesundheitsbehörde, welcher bei Hinweisen auf Drogenkonsum die Abklärung des Bedarfs gesundheitsbezogener Maßnahmen obliegt (§§ 13 Abs 2b und 14 Abs 2 SMG bzw. bei Verstößen im Straßenverkehr § 5 Abs 12 Straßenverkehrsordnung, StVO, BGBl 1960/159) ein wichtiges Element. Das gesundheitsbehördliche Gutachten ist auch im Suchtmittelstrafverfahren für allfällige diversionelle²¹ Maßnahmen von Bedeutung. Seit 2016 hat die Kriminalpolizei in Fällen, in denen der Anfangsverdacht (§ 1 Abs 3 Strafprozessordnung, StPO, BGBl 1975/631) sich nicht (auch) auf Drogenhandel richtet, sondern ausschließlich auf den Erwerb/Besitz einer Droge für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen, ohne dass aus der Tat ein Vorteil gezogen wurde (§ 13 Abs 2a SMG), die Staatsanwaltschaft mit einem sogenannten Abtretungsbericht zu verständigen. Die Staatsanwaltschaft führt aufgrund dieses Berichts kein weiteres Verfahren durch, womit kein Suchtmittelstrafverfahren parallel zum gesundheitsbehördlichen Verfahren mehr stattfindet. Diese Erweiterung des Prinzips *Therapie statt Strafe* unterstreicht, dass bei Drogenkonsum primär gesundheitsbezogene Abklärung und erforderlichenfalls Hilfestellung geboten sind statt strafender Intervention, ändert allerdings an der grundsätzlichen Strafbarkeit des Erwerbs und Besitzes der Substanzen nichts. Eine gesetzliche Entkriminalisierung ist damit nicht verbunden, jedoch werden eine raschere Reaktion der Gesundheitsbehörden und eine Ressourcenkonzentration der Staatsanwaltschaften auf schwerwiegendere Suchtgiftdelikte ermöglicht. Die Gesundheitsbehörde hat ihrerseits (nur) dann die Staatsanwaltschaft zu verständigen, wenn die gemeldete Person nicht zur Untersuchung erscheint oder die von der Gesundheitsbehörde als notwendig, zweckmäßig, nach den Umständen möglich und zumutbar sowie als nicht offenbar aussichtslos festgestellten gesundheitsbezogenen Maßnahmen verweigert. Im folgenden Suchtmittelstrafverfahren bestehen die diversionellen Möglichkeiten wie bisher (§ 14 Abs 1 SMG).

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

Für mindere Delikte (u. a. Besitz und Erwerb einer geringen Menge für den Eigengebrauch) stehen als diversionelle Maßnahmen der *vorläufige Rücktritt von der Verfolgung* (§ 35 SMG) und die *vorläufige Verfahrenseinstellung* (§ 37 SMG) zur Verfügung (vgl. Tabelle 2.2)

21

diversionell = unter Verzicht auf ein förmliches Strafverfahren

Tabelle 2.1:

Straftatbestände und Strafandrohungen laut SMG

Tathandlungen ²²	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
Suchtgift § 27 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten von Suchtgiften; Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze; Anbieten, Überlassen, Verschaffen und Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen	max. 12 Monate Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe bis zu 360 Tagessätzen)	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe, wenn die Tat im öffentlichen Raum stattfand oder geeignet ist, durch unmittelbare Wahrnehmung ein berechtigtes Ärgernis zu erregen. Bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe, wer einem/einer Minderjährigen den Gebrauch von Suchtgift ermöglicht und selbst volljährig und mehr als zwei Jahre älter als der/die Minderjährige ist, die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begeht	bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen). Das erhöhte Strafmaß entfällt in bestimmten Fällen, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern von Suchtgiften, Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze zur Gewinnung von Suchtgift in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass es in Verkehr gesetzt werde	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei „großen Mengen“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 28a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen von Suchtgiften in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe	1-10 Jahre Freiheitsstrafe bei gewerbsmäßiger Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf „große Mengen“ 1-15 Jahre Freiheitsstrafe für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder als Mitglied einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (das 25-Fache der Grenzmenge und mehr) 10-20 Jahre oder lebenslängliche Freiheitsstrafe für die Anführer einer Verbindung einer größeren Zahl von Menschen.	Das Strafmaß wird auf bis zu 3 Jahre, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Psychotrope Stoffe § 30 SMG (Unerlaubter Umgang): Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen, Befördern und Anbieten	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)		Bis zu 6 Monate Freiheitsstrafe bei Tatbegehung ausschließlich zum persönlichen Gebrauch (oder Geldstrafe von bis zu 360 Tagessätzen)	Ausgenommen von der Bestrafung ist, wer die Tathandlungen mit Arzneimitteln, die psychotrope Stoffe in einer die Grenzmenge nicht übersteigenden Menge enthalten, für den persönlichen Gebrauch oder den persönlichen Gebrauch eines anderen begeht, ohne einen Vorteil daraus zu ziehen.

22

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

Tathandlungen ²²	Strafmaß	erhöhtes Strafmaß	reduziertes Strafmaß	Ausnahme
§ 31 SMG (Vorbereitung von Handel): Erwerb, Besitz und Befördern eines psychotropen Stoffes in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge mit dem Vorsatz, dass er in Verkehr gesetzt werde	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei einer „großen Menge“ (das 15-Fache der Grenzmenge und mehr), bis zu 10 Jahre Freiheitsstrafe als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
§ 31a SMG (Handel): Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Anbieten, Überlassen, Verschaffen in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge	bis zu 3 Jahre Freiheitsstrafe	bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Tatbegehung in Bezug auf eine besonders große Menge 1 bis 10 Jahre Freiheitsstrafe bei Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung	Das Strafmaß wird auf bis zu 1 Jahr, das erhöhte Strafmaß auf bis zu 3 bzw. bis zu 5 Jahre reduziert, wenn der/die Straftäter/-in selbst an ein Suchtmittel gewöhnt ist.	
Drogenausgangsstoffe § 32 SMG (Unerlaubter Umgang): Erzeugen, Befördern und Überlassen eines Drogenausgangsstoffes, damit dieser bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln verwendet werde	bis zu ein Jahr Freiheitsstrafe	bis zu 2 Jahre Freiheitsstrafe bei Erwerb und Besitz, wenn der Vorsatz vorliegt, dass damit vorschriftswidrig Suchtmittel in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge erzeugt werden bis zu 5 Jahre Freiheitsstrafe bei Erzeugen, Einfuhr, Anbieten, Überlassen und Verschaffen, wenn der Vorsatz vorliegt, dass der Drogenausgangsstoff bei der vorschriftswidrigen Erzeugung von Suchtmitteln in einer die Grenzmenge übersteigenden Menge verwendet werde.		

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

Tabelle 2.2:
Alternativen zur Bestrafung laut SMG

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

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrens-ebene
§ 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. <p>(3) Das Gericht kann den Verurteilten auffordern, Bestätigungen über den Beginn und den Verlauf der gesundheitsbezogenen Maßnahme vorzulegen</p> <p>(4) Der Aufschub ist zu widerrufen und die Strafe zu vollziehen, wenn der Verurteilte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. sich einer gesundheitsbezogenen Maßnahme, zu der er sich gemäß Abs 1 Z 1 bereit erklärt hat, nicht unterzieht oder es unterlässt, sich ihr weiterhin zu unterziehen, oder 2. wegen einer Straftat nach diesem Bundesgesetz oder wegen einer im Zusammenhang mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel begangenen Straftat neuerlich verurteilt wird <p>und der Vollzug der Freiheitsstrafe geboten erscheint, um den Verurteilten von der Begehung weiterer Straftaten abzuhalten</p>	Gericht	nach Verurteilung

Paragraf	Kurztitel	relevante Textstelle	ausführendes Organ	Verfahrensebene
§ 40 SMG	nachträglich bedingte Strafnachsicht	(1) Ist der Aufschub nicht zu widerrufen (§ 39 Abs 4), oder hat sich ein an ein Suchtmittel gewöhnter Verurteilter sonst mit Erfolg einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen, so hat das Gericht die Strafe unter Bestimmung einer Probezeit von mindestens einem und höchstens drei Jahren bedingt nachzusehen. (3) Bei einer Entscheidung über den Widerruf der bedingten Strafnachsicht (§ 53 StGB) kann das Gericht vom Widerruf ganz oder zum Teil absehen, wenn sich der Verurteilte einer gesundheitsbezogenen Maßnahme unterzogen hat, die ihn in seiner selbstbestimmten Lebensführung erheblich beschränkt hat.	Gericht	nach Verurteilung
§ 41 SMG	Kostentragung	(1) Der Bund hat die Kosten gesundheitsbezogener Maßnahmen gemäß § 11 Abs 2 Z 1 bis 4 in den Fällen der §§ 35 bis 37 und 39 SMG ... sowie die Kosten einer Entwöhnungsbehandlung ... eines Rechtsbrechers, dem aus Anlass einer mit seiner Gewöhnung an Suchtmittel im Zusammenhang stehenden Verurteilung die Weisung erteilt worden ist, sich einer solchen Behandlung zu unterziehen, zu übernehmen, wenn 1. dieser sich der Maßnahme in einer Einrichtung oder Vereinigung gemäß § 15 unterzieht, 2. nicht Anspruch auf entsprechende Leistungen auf Grund von Gesetzen der Länder oder aus einer gesetzlichen Sozialversicherung hat und 3. durch die Verpflichtung zur Zahlung der Kosten sein Fortkommen erschwert würde. (2) Der Bund trägt die Kosten jedoch nur bis zu dem Ausmaß, in dem die Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter für die Kosten aufkäme, wenn der Rechtsbrecher in der Krankenversicherung öffentlich Bediensteter versichert wäre. Anstelle des Behandlungsbeitrags ... ist ein Pauschalkostenbeitrag aufzuerlegen, soweit dadurch nicht der zu einer einfachen Lebensführung notwendige Unterhalt des Rechtsbrechers und der Personen, zu deren Unterhalt er verpflichtet ist, gefährdet wäre. Für die Bemessung des Kostenbeitrags gilt ..., dass die Art. der Maßnahme, deren Notwendigkeit, ihre Dauer und Erfolg sowie im Fall des § 39 auch ein dem Verurteilten auferlegter Kostenersatz angemessen zu berücksichtigen sind. (3) Die vom Bund zu übernehmenden Kosten hat das Gericht, das im Fall des § 35 im Ermittlungsverfahren zuständig wäre, das Strafverfahren nach § 37 vorläufig eingestellt, die Weisung im Sinne des Abs 1 oder nach § 173 Abs 5 Z 9 StPO erteilt oder den Strafvollzug nach § 39 aufgeschoben hat, mit Beschluss zu bestimmen und anzuweisen.	Gericht	nach Verurteilung

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

Bei Verurteilungen (bis zu einem Strafausmaß von drei Jahren) stellt der Aufschieb des Strafvollzugs gem. § 39 SMG die Alternative zum Strafvollzug dar. Die Anwendung dieser Maßnahme ist eingeschränkt auf verurteilte Personen, die an ein Suchtmittel gewöhnt sind und dazu bereit sind, sich einer notwendigen gesundheitsbezogenen Maßnahme zu unterziehen. Wurde diese erfolgreich umgesetzt, so hat das Gericht die unbedingte Strafe in eine bedingte zu verwandeln. Dies ist auch noch nach Übernahme in den Strafvollzug möglich. Die verschiedenen Möglichkeiten der Alternativen zur Bestrafung nach SMG sind in Tabelle 2.2 aufgelistet. Ergänzend wird auf die §§ 38–40 SMG hingewiesen, die eine nachträgliche Fortsetzung des Strafverfahrens, den endgültigen Rücktritt von der Verfolgung sowie eine endgültige Einstellung des Strafverfahrens und eine nachträglich bedingte Strafnachsicht regeln. In § 41 SMG wird die Kostentragung geregelt (vgl. auch Kapitel 1).

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

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

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

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

Neben dem SMG stellen seit 2012 auch das **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz** (NPSG, BGBl I 2011/146) und die darauf basierende **Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung** (NPSV, BGBl II 2011/468) wichtige gesetzliche Grundlagen dar. Durch gezielt angebotsseitig wirkende Maßnahmen sollen die Verbreitung *Neuer psychoaktiver Substanzen* (NPS) und die mit deren Konsum verbundenen Gesundheitsgefahren minimiert werden. NPSG bzw. NPSV verfolgen einen generischen Ansatz und beziehen sich v. a. auf Substanzklassen²³. Strafbar macht sich, wer mit der Absicht, daraus einen Vorteil zu ziehen, eine NPS ein- oder ausführt, einem anderen überlässt oder verschafft mit dem Vorsatz, dass sie von der/dem anderen oder einer dritten Person zur Erreichung einer psychoaktiven Wirkung angewandt werde. Das Strafausmaß umfasst eine Freiheitsstrafe von bis zu zwei Jahren (§ 4 Abs 1 NPSG), im Falle einer schweren Körperverletzung oder einer Todesfolge der Straftat droht ein Jahr bis zehn Jahre Haft (§ 4 Abs 2).

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

2.2.2 Umsetzung

Gemäß den zur Verfügung stehenden Daten in Bezug auf **Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz** bestand für das Jahr 2019 – wie bereits in den Jahren davor – mit 2.443 Fällen ein Überhang von Verurteilungen wegen Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verurteilungen wegen Verbrechen (§§ 28, 28a SMG) mit 2.008 Fällen (strafsatzbestimmende Delikte). Der in den vorangegangenen Jahren deutliche Überhang der Verurteilungen wegen Vergehen hat sich seit 2015 zunehmend verringert. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich betrug im Jahr 2019 15,1 Prozent. Der Anteil der Verurteilungen nach dem SMG an der Gesamtzahl der Verurteilungen ist von 2009 (10,4 %) bis 2018 stetig gestiegen, im Berichtsjahr jedoch erstmalig wieder gesunken (vgl. auch Tabelle A2.1).

23

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

Seit 2012 stehen die Zahlen aller den Verurteilungen **zugrunde liegenden Delikte**²⁴ zur Verfügung (vgl. Tabelle 2.3 und Tabelle A2.2 im Anhang), wobei sich zeigt, dass Delikte nach den §§ 27, 28 und 28a SMG öfter in die Verurteilungen eingingen (8.418), als sie strafsatzbestimmend²⁵ waren (4.476), und dass ein großer Teil der Verurteilungen nach dem SMG wegen mehrerer SMG-Delikte erfolgte.

Tabelle 2.3:

Sämtliche einer Verurteilung zugrunde liegende Delikte nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach Geschlecht und Altersgruppe 2019

Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	986	2.063	1.499	1.082	2.080	7.710
SMG gesamt	weiblich	95	180	134	97	202	708
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	183	589	558	449	986	2.765
§ 28 SMG / § 28a SMG	weiblich	21	62	52	38	89	262
§ 27 SMG	männlich	798	1.465	924	618	1.068	4.873
§ 27 SMG	weiblich	74	117	82	55	110	438

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Wegen psychotroper Stoffe gab es im Jahr 2019 insgesamt 22 Delikte, für fünf Verurteilungen waren Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend. Dies bedeutet eine Reduktion der Fallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren (vgl. Tabelle 2.4).

24

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

25

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

Tabelle 2.4:

Anzahl der Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen in Österreich 2011–2019*

Verurteilungscharakteristik	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Verurteilungen, bei denen Delikte im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) strafsatzbestimmend waren	117	47	30	21	5	10	8	13	5
(Mit-)Verurteilungen im Zusammenhang mit psychotropen Stoffen (§§ 30, 31, 31a SMG) insgesamt	—	195	116	85	63	33	65	76	22

*Bis einschließlich 2011 wurde von der Statistik Austria lediglich das führende Delikt ausgewiesen.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Im Jahr 2019 erhielten rund 78 Prozent aller nach dem SMG Verurteilten **Freiheitsstrafen**, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen (bedingt, teilbedingt oder unbedingt) etwa 38 Prozent betrug. Der Anteil jener Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden (bedingt, teilbedingt oder unbedingt), lag bei rund 70 Prozent aller verurteilten Jugendlichen, eine bedingte Freiheitsstrafe erhielten etwa 48 Prozent der verurteilten Jugendlichen (vgl. Tabelle A2.3).

Eines der Ziele des Grundsatzes *Therapie statt Strafe* ist, Strafverfahren durch diversionelle Maßnahmen zu erledigen. Daten zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung zeigen für das Jahr 2019 in 558 Fällen einen Aufschub des Strafvollzugs (§ 39 SMG), in 1.498 Fällen die vorläufige Einstellung durch das Gericht (§ 37 SMG) und in 26.393 Fällen den vorläufigen Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft (§ 35 SMG; vgl. Tabelle A2.4; Mayer, p. M.)

Tabelle 2.5:

Sämtliche Delikte nach § 4 NPSG (Verurteilungen nach strafsatzbestimmender Norm) 2012–2019

Jahr	sämtliche Delikte gesamt	sämtliche Delikte Männer	sämtliche Delikte Frauen
2012	46	41	5
2013	66	59	7
2014	48	43	5
2015	34	33	1
2016	43	37	6
2017	37	34	3
2018	33	32	1
2019	22	22	0

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle 2.5 zeigt die Anzahl der **Verurteilungen nach NPSG** (BGBl I 2011/146) seit dessen In-Kraft-Treten. Im Jahr 2019 lag das NPSG 22 Delikten zugrunde, davon in fünf Fällen strafsatzbestimmend („führendes Delikt“).

2.3 Trends

Seit dem Jahr 2000 hatten die **Änderungen der Gesetzgebung** neben Änderungen der Klassifizierung von Substanzen (z. B. Klassifizierung von Acetylfentanyl als Suchtgift im Jahr 2017 oder von Oripavin und 1-Benzylpiperazin [BZP] im Jahr 2009) vor allem das Ziel, die Strafbestimmungen dem EU-Recht bzw. internationalen Übereinkommen anzupassen. Die im Jahr 2016 in Kraft getretenen Änderungen des SMG zielen auf die Weiterentwicklung des Prinzips *Therapie statt Strafe* sowie die raschere Befassung der Gesundheitsbehörden und zugleich auf die Entlastung der Justiz und die Vereinheitlichung, Vereinfachung und Beschleunigung der Meldewege ab. Die vom damaligen BMGF zuvor auch für den Bereich Suchtmittelstrafverfahren zu führende Suchtmittel-Datenevidenz wurde im Zuge der *Verfahrensautomation Justiz* obsolet. Um dem Sicherheitsbedürfnis der Bevölkerung Rechnung zu tragen, wurde der Tatbestand des *Drogenhandels im öffentlichen Raum* eingeführt.

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

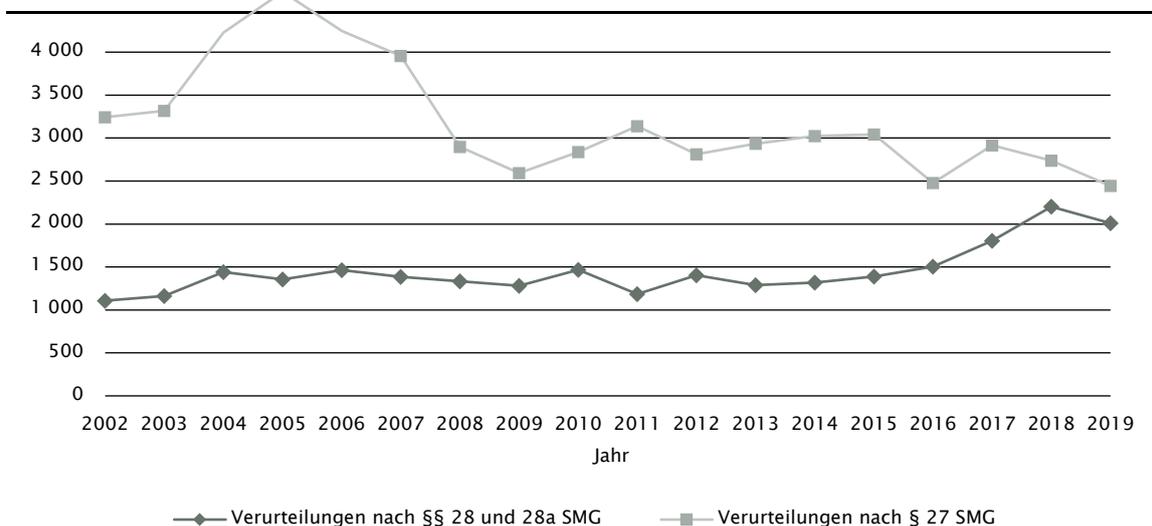
Die nachfolgende Abbildung 2.1 zeigt die **Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen** nach § 27 und § 28 / § 28a SMG nach dem „führenden Delikt“ in den letzten zehn Jahren. Die Verurteilungen nach § 28 / § 28a SMG verliefen über den Beobachtungszeitraum bis 2016 relativ konstant, der seit 2016 zu beobachtende Aufwärtstrend flacht 2019 wieder ab. Insgesamt kann beobachtet werden, dass sich die Anzahlen der Verurteilungen gemäß § 27 SMG und jener gemäß § 28 / § 28a SMG einander in den letzten Jahren zunehmend annähern. Die Daten von 2012 bis 2017 sind aufgrund des in Abschnitt 2.2.2 erwähnten Zeitreihenbruchs²⁶ möglicherweise nur eingeschränkt mit jenen aus den Jahren davor vergleichbar (vgl. auch Tabelle A2.1).

26

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 der Statistik Austria ermittelt (basierend auf einer algorithmischen Berechnung des Delikts mit dem – im Fall mehrerer strafbarer Handlungen – höchsten angedrohten Strafrahmen). 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 §§ 27, 28 und 28a SMG (führendes Delikt) 2010–2019



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

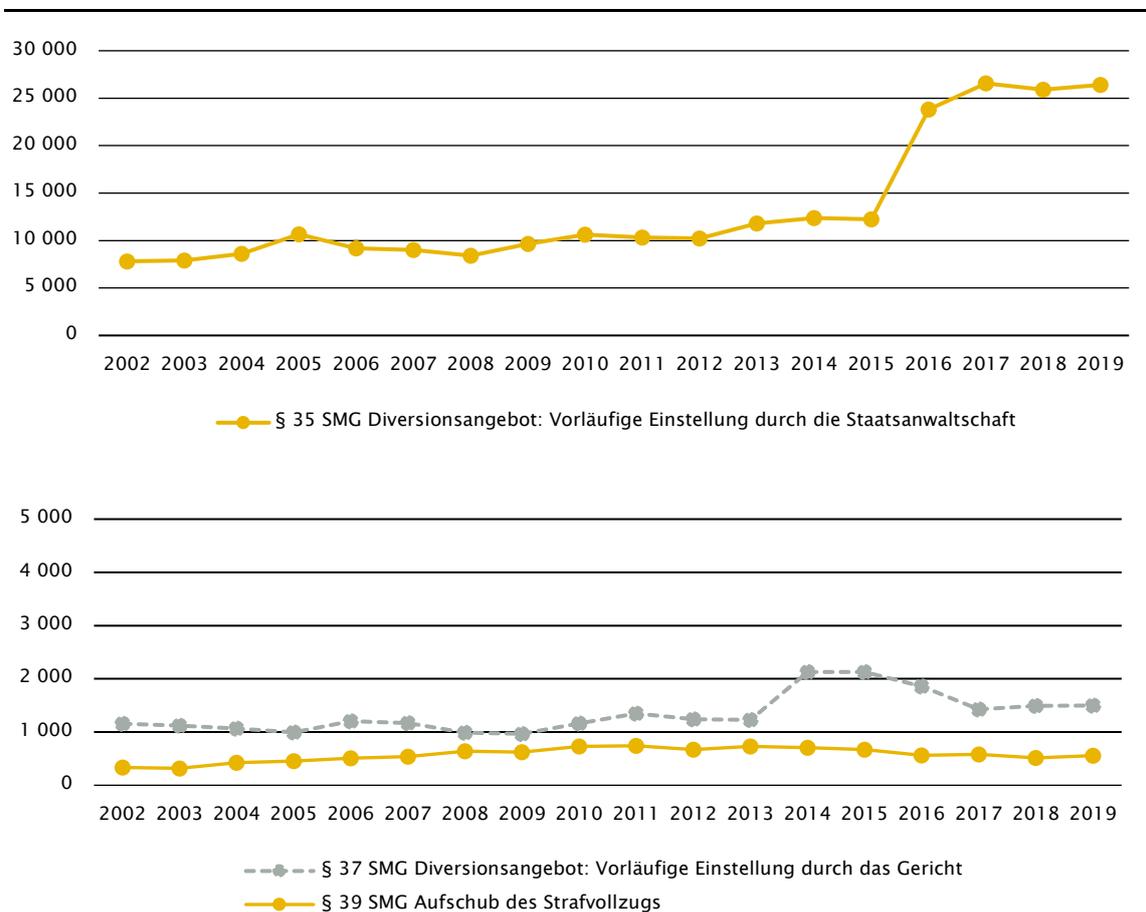
*Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der Statistik Austria, sondern vom Gericht durchgeführt.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Ergänzend zu den Verurteilungen wird in Abbildung 2.2 und in Tabelle A2.4 die **Entwicklung der Alternativen zur Bestrafung** gemäß § 35 SMG, § 37 SMG und § 39 SMG dargestellt. Die vorläufigen Einstellungen durch das Gericht gem. § 37 SMG verliefen von 2008 bis 2013 im Wesentlichen konstant. Sie scheinen sich seit 2017 auf einem etwas höheren Niveau als vor 2014 einzupendeln. Die Zahlen betreffend den Aufschub des Strafvollzugs gem. § 39 SMG bewegten sich in den vergangenen zehn Jahren auf gleichbleibendem Niveau. Das Diversionsangebot der vorläufigen Einstellung durch die Staatsanwaltschaft gem. § 35 SMG ist zwischen 2015 und 2016 einmalig angestiegen und bewegt sich seitdem konstant auf diesem höheren Niveau.

Abbildung 2.2:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2010–2019



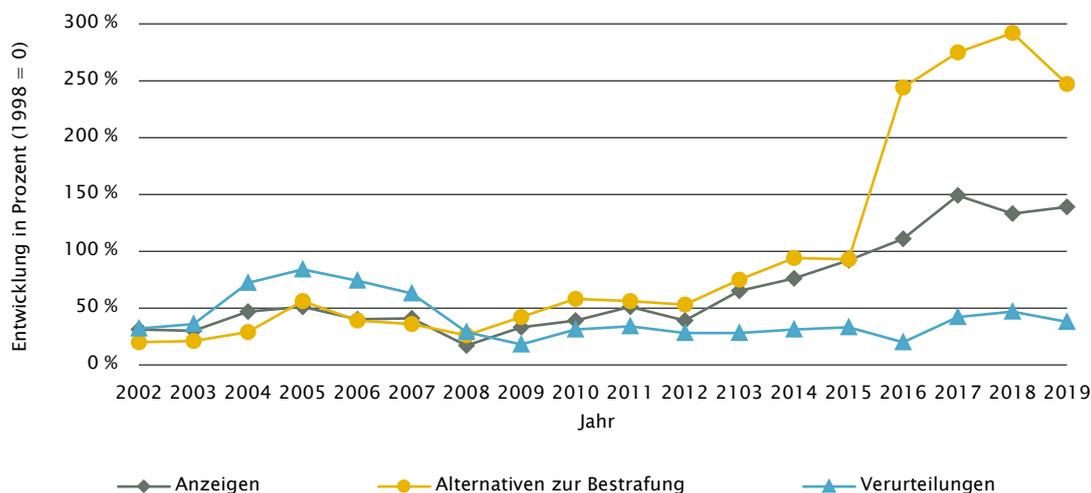
Bis 2013 wurden die Daten bezüglich § 35 und § 37 SMG dem BMG von den Staatsanwaltschaften und Gerichten gemeldet. Ab 2014 kommen die berichteten Daten ausschließlich vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt; Zahlen betreffs § 35 Abs 4 SMG sind nicht verfügbar, da in der Datenbank des BMJ das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

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

Abbildung 2.3 vergleicht 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 – des Jahres des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, wird deutlich, dass sich in den Jahren 2010 bis 2015 Anzeigen und gemeldete Anwendungen der Alternativen zur Bestrafung anteilmäßig ähnlich entwickelten. Die Verurteilungen blieben im Beobachtungszeitraum relativ konstant, wohingegen die Anzeigen wie auch die Anwendung der Alternativen zur Bestrafung ab 2012 anstiegen. Vor allem Letztere erhöhte sich ab 2015 sprunghaft, vermutlich aufgrund der Änderungen des SMG durch das Strafrechtsänderungsgesetz 2015 (BMJ 2017), fiel aber 2019 erstmals wieder ab. Interessant ist, dass 2019 zwar die Anzeigen anteilmäßig stiegen, die Verurteilungen aber wie auch die Anwendung der Alternativen zur Bestrafung sanken.

Abbildung 2.3:

Vergleichende indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2010–2019*



Anmerkung: Als Basis der Berechnung wurde das Jahr 1998 herangezogen, da in diesem Jahr das Suchtgiftgesetz vom Suchtmittelgesetz abgelöst worden war (1998 = 0).

Bei den Verurteilungen wird nur das „führende Delikt“, das dem Strafraum nach schwerste Delikt, dargestellt. So wird bei einer Kombination mehrerer strafbarer Handlungen z. B. wegen Raubes verurteilt, während die Verurteilung nach SMG nicht aufscheint.

*Seit 2012 wird die Zuordnung nicht mehr von der Statistik Austria, sondern vom Gericht durchgeführt.

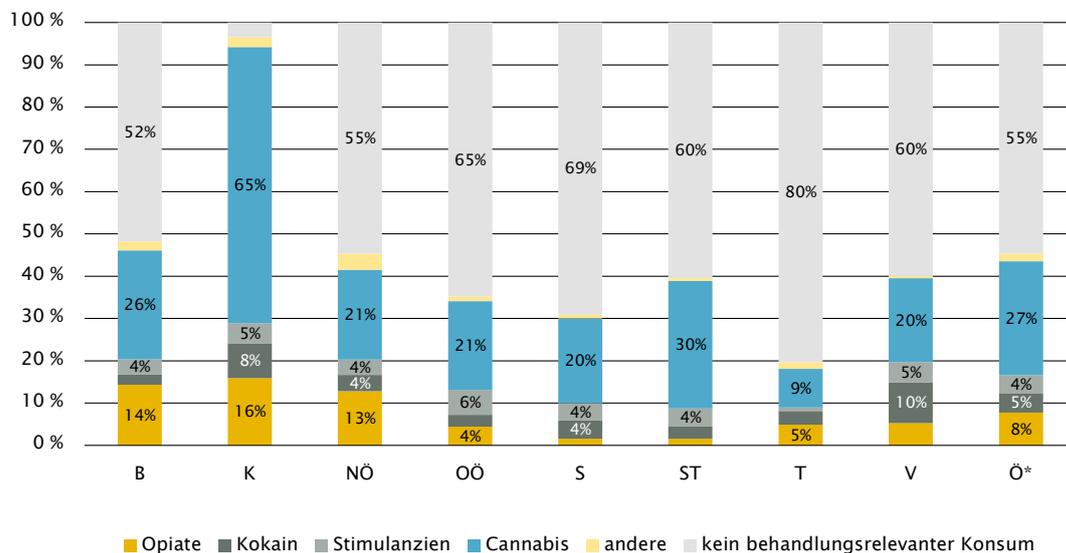
Ab 2014 kommen die Daten betreffend die Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen vom BMJ, wodurch sich ein Zeitreihenbruch ergibt.

Quellen: BMI/BK, Statistik Austria, BMSGPK, BMJ; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 2.4 zeigt, aufgrund welcher Substanzen im Jahr 2019 eine gesundheitsbezogene Maßnahme gemäß § 11 Abs2 SMG als notwendig erachtet bzw. bis zu welchem Ausmaß der Konsum als nichtbehandlungsrelevant eingestuft wurde. Im Vergleich zu den Vorjahren scheint die Beurteilung, ob eine gesundheitsbezogene Maßnahme notwendig ist, inzwischen österreichweit (mit Ausnahme von Kärnten) etwas einheitlicher zu erfolgen.

Abbildung 2.4:

Ergebnisse der Begutachtung gem. § 11 Abs 2 SMG (gesundheitsbezogene Maßnahmen) in Hinblick auf behandlungsrelevanten Konsum 2019



B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg, ST = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, Ö* = Österreich ohne Wien (N = 4.861)

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

Es wurde die hierarchische Leitdrogendefinition herangezogen, siehe Kap. 5

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

Begutachtungen durch die Gesundheitsbehörde gemäß § 12 SMG wurden im Jahr 2019 in insgesamt 6.007 Fällen bzw. bei 5.762 Personen durchgeführt. Knapp drei Viertel davon wurden aufgrund einer Meldung der Polizei vorgenommen (75 % SMG, 2 % StVO), zwölf Prozent aufgrund einer Veranlassung durch das Gericht / die Staatsanwaltschaft, weitere Veranlassungen gab es seitens Heeresdienststellen (4 %) oder sonstigen Stellen (7 %; Anzenberger et al. 2020).

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

hinsichtlich des verfügbaren Angebots entsprechender Maßnahmen zusammenhängen (vgl. Anzenberger et al. 2020²⁷).

2.4 Neue Entwicklungen

Die mit 18. Mai 2020 kundgemachte Novelle der SV (BGBl II 2020/215) umfasst folgende Neuerungen:

- » die Schaffung einer zusätzlichen Behandlungsalternative im Bereich der Opioid-Substitutionstherapie durch Erweiterung des Applikationsspektrums von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsmöglichkeit mittels Depot-Injektionslösung; aufgrund der verabreichten Depot-Injektionslösung kann die täglich kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels in der Apotheke entfallen.
- » die Änderung des Titels der „Weiterbildungsverordnung orale Substitution“ in „Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution“
- » die Aufnahme der Substanzen Orthofluorofentanyl und Parafluorobutyrylfentanyl in den Anhang I.1.b. der SV
- » Die Aufnahme der Substanzen „ADB-FUBINACA“ und „N-Ethylnorpentylon, Ephylyon“, weiters „FUB-AMB, MMB-FUBINACA, AMB-FUBINACA“ in den Anhang IV.1.

Im Juni 2019 traten zudem Änderungen der NPSV und der SV in Kraft, durch die Beschlüsse der Commission on Narcotic Drugs (CND) sowie EU-rechtliche Vorgaben durch Aufnahme bestimmter Substanzen in die Anhänge der SV umgesetzt wurden. Im Berichtszeitraum gab es keine Änderungen in der PV.

COVID-19

Mitte März 2020 wurde vom Nationalrat ein erstes Gesetzespaket in Reaktion auf die Corona-Krise beschlossen. Unter anderem wurden dabei gesetzliche Grundlagen für Ausgangsbeschränkungen geschaffen und wurde ein Krisenbewältigungsfonds eingerichtet (COVID-19-Maßnahmegesetz, BGBl I 2020/12). Mit 22. März trat das sogenannte 2. COVID-19-Gesetz in Kraft (BGBl I 2020/16). Durch diese Sammelnovelle wurden insgesamt 39 Gesetze, unter anderem das Suchtmittelgesetz geändert. Der im Rahmen dieses 2. COVID-19-Gesetzes geschaffene § 8a Abs 1c SMG eröffnet den substituierenden Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, bei Patientinnen/Patienten, bei denen keine Hinweise auf eine Mehrfachbehandlung vorliegen, eine Substitutionsdauerverschreibung mit dem Vermerk „Vidierung nicht erforderlich“ auszustellen. Dieser Vermerk ersetzt die amtsärztliche Vidierung. Der Zweck der (bis 31. 12. 2020 befristeten) Regelung ist zum einen die Entlastung der Amtsärztinnen und -ärzte zugunsten COVID-19-spezifischer Aufgabenstellungen und zum ande-

27

siehe Tabelle GBM6b und GBM7b im Annex des Epidemiologieberichts Sucht 2020

ren der Schutz der Amtsärztinnen und -ärzte sowie der vielfach vulnerablen Substitutionspatientinnen und -patienten durch Reduktion der unmittelbaren physischen Kontakte („physical distancing“, siehe auch Kapitel 5).

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

Eine Novelle der SV vom 9. April 2020 (BGBl II 2020/145) umfasst im Zusammenhang mit den COVID-19-Beschränkungen und der Sicherstellung der Opioid-Substitutionsbehandlung folgende bis 31. Dezember 2020 befristete Änderungen:

- » Umsetzung flankierender Maßnahmen zur im Rahmen des 2. COVID-19-Gesetzespakets neu geschaffenen Möglichkeit des Entfalls der Vidierung von Patientinnen/Patienten mit einer Substitutionsdauerverschreibung (Verständigung der Amtsärztin / des Arztes durch Übermittlung einer Ablichtung dieser Dauerverschreibung – unverzüglich, längstens aber innerhalb dreier Werktage ab Ausstellung und dadurch Sicherstellung eines Mindestmaßes an amtsärztlicher Kontrolle insbesondere in Hinblick auf die Verhinderung von Mehrfachbehandlungen / parallel erfolgende Opioid-Substitutionsbehandlungen einer Patientin / eines Patienten durch verschiedene Ärztinnen und Ärzte)
- » Erstreckung des Zeitraums, in dem der Beginn der Geltungsdauer einer Dauerverschreibung festgelegt werden kann, um einen weiteren Monat. (Die Ärztin / Der Arzt kann den Beginn der Geltungsdauer nun noch flexibler und vorausschauender festlegen und damit die Notwendigkeit unmittelbarer physischer Kontakte mit den Patientinnen und Patienten reduzieren.)

Im Berichtszeitraum gab es keine Änderungen in der PV.

2.5 Quellen und Methodik

Quellen

eSuchtmittel

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

daraus abgerufen. Diese technische Infrastruktur wurde in verwaltungsübergreifender Zusammenarbeit (Behörden-Portalverbund) vom BMSGPK geschaffen.

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

Daten zu Anzeigen, Beschlagnahmungen, Verurteilungen und Alternativen zur Bestrafung

Die Angaben für die Anzeigenstatistik basieren auf Daten des BMI (BMI 2020). Diese Anzeigenstatistik gibt in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden wieder. Daten bezüglich Diversion wurden vom BMJ gemeldet. In Abschnitt 2.2.2 wurde bezüglich der von der Statistik Austria übermittelten Daten betreffend Verurteilungen (gerichtliche Kriminalstatistik) darauf hingewiesen, dass darin seit 2012 die Anzahl sämtlicher den Verurteilungen zugrunde liegender Suchtmitteldelikte erfasst ist.

Informationen aus dem Parlament

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

2.6 Bibliografie

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

Birklbauer, A. (2017). Die jüngsten Novellierungen im Suchtmittelrecht und ihre Auswirkungen auf den Gesundheitsbereich. In: Journal für Medizin und Gesundheitsrecht 4/2017, S. 198–203

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

BMJ (2017). Sicherheitsbericht 2016. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien

BMJ (2020). Sicherheitsbericht 2019. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien

GÖG/ÖBIG (2008). Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

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

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

2.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

BGBl 1974/60. Strafgesetzbuch

BGBl 1975/631. Strafprozessordnung 1975 (StPO)

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

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

BGBl I 1997/120. Führerscheingesetz

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

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

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

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

BGBl I 2008/143. Suchtmittelgesetz-Novelle 2008

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

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

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

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

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

BGBl II 2019/168. Verordnung der Bundesministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz, mit der die Neue-Psychoaktive-Substanzen-Verordnung geändert wird

BGBl I 2020/12. Bundesgesetz betreffend vorläufige Maßnahmen zur Verhinderung der Verbreitung von COVID-19 (COVID-19-Maßnahmengesetz)

BGBl I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz²⁸

BGBl II 2020/215. Verordnung der Bundesministerin für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

BGBl II 2020/145. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

2.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mayer, Christian	Bundesministerium für Justiz

28

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

2.9 Anhang

Tabelle A2.1:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2010–2019

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Gesamtzahl der Verurteilungen in Österreich	SMG-Anteil an allen Verurteilungen in Prozent
2010	4.363	1.466	2.838	38.394	11,4
2011	4.444	1.185	3.137	36.461	12,2
2012*	4.261	1.403	2.810	35.541	12,0
2013	4.252	1.289	2.933	34.424	12,4
2014	4.368	1.319	3.023	32.980	13,2
2015	4.435	1.389	3.041	32.118	13,8
2016	3.993	1.504	2.479	30.450	13,1
2017	4.727	1.804	2.915	30.746	15,4
2018	4.954	2.201	2.738	30.157	16,6
2019	4.476	2.008	2.443	29.632	15,1

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.2:

Anzahl rechtskräftiger Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) nach führendem Delikt, Geschlecht und Altersgruppe 2019

führendes Delikt	Geschlecht	14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	523	1.126	781	553	1.087	4.070
	weiblich	55	94	74	62	121	406
§ 28 SMG / § 28a SMG	männlich	132	417	370	286	620	1.825
	weiblich	18	45	33	24	60	180
§ 27 SMG	männlich	391	708	407	265	453	2.224
	weiblich	37	49	41	35	60	222

§ 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.

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.3:

Rechtskräftige Verurteilungen nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG), differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach führendem Delikt und Art der Strafe, 2019

führendes Delikt	Jugendliche/ Erwachsene	Geld- strafe	Freiheits- strafe bedingt	Freiheits- strafe unbedingt	Freiheits- strafe teilbedingt	sonstige Strafformen ¹	Gesamt
SMG gesamt	Jugendliche	52	114	33	17	20	236
	Erwachsene	727	1.199	1.360	774	180	4.240
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	6	30	2	6	4	48
	Erwachsene	39	430	847	530	111	1.957
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	46	84	31	11	16	188
	Erwachsene	678	764	508	239	69	2.258

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

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgiften

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

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

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

Quelle: Statistik Austria: gerichtliche Kriminalstatistik; Darstellung: GÖG

Tabelle A2.4:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung 2010–2019

vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung / Verfahrenseinstellung	2010	2011	2012	2013	2014**	2015	2016	2017	2018	2019
Gesamt (§§ 35 und 37 SMG)	11.807	11.667	11.455	13.044	14.506	14.384	25.666	27.990	27.392	27.891
§ 35 SMG vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsan- waltschaft*	10.643	10.319	10.215	11.818	12.378	12.256	23.809	26.562	25.903	26.393
davon § 35 Abs 4 SMG (erstmalige Anzeige seit zumindest 5 Jahren, ausschließlich persönlicher Gebrauch von Cannabis, psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltigen Pilzen oder psychotropen Stoffen)*	3.166	4.059	5.515	6.766	—	—	—	—	—	—
§ 37 SMG vorläufige Einstellung durch das Gericht*	1.164	1.348	1.240	1.226	2.128	2.128	1.857	1.428	1.489	1.498
§ 39 SMG Aufschub des Strafvollzugs	733	741	673	728	705	673	561	582	512	558

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

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

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

Drogenkonsum

Inhalt

3.1	Zusammenfassung.....	51
3.2	Cannabis	53
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums	53
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	55
3.2.3	Neue Entwicklungen.....	56
3.3	Stimulanzien.....	59
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	59
3.3.2	Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	61
3.4	Heroin und andere Opioide	64
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	64
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	68
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	69
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums	69
3.6	Quellen und Studien.....	70
3.6.1	Quellen	70
3.6.2	Studien	72
3.7	Bibliografie und Anhang.....	75
3.7.1	Bibliografie	75
3.7.2	Anhang.....	80
	Kurzfassung.....	III
	Inhalt IX	
	Tabellen und Abbildungen	XII
	Abkürzungen.....	XVIII
	Einleitung	1
	Politische und administrative Rahmenbedingungen	3
1	Politische und administrative Rahmenbedingungen	5
1.1	Zusammenfassung.....	5
1.2	Aktuelle Situation.....	6
1.2.1	Sucht- und Drogenstrategien	6
1.2.2	Evaluation von Drogenstrategien	10
1.2.3	Koordination der Drogenpolitik	10
1.2.4	Drogenbezogene (öffentliche) Ausgaben	13
1.3	Neue Entwicklungen.....	14
1.4	Quellen und Methodik.....	15
1.5	Bibliografie	16
1.6	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	18
1.7	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	18
	Rechtliche Rahmenbedingungen	19
2	Rechtliche Rahmenbedingungen	21
2.1	Zusammenfassung.....	21

2.2	Aktuelle Situation.....	22
2.2.1	Rechtliche Regelungen	22
2.2.2	Umsetzung	32
2.3	Trends.....	35
2.4	Neue Entwicklungen.....	40
2.5	Quellen und Methodik.....	41
2.6	Bibliografie	42
2.7	Zitierte Bundesgesetze.....	43
2.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	45
2.9	Anhang.....	46
	Drogenkonsum.....	49
3	Drogenkonsum.....	54
3.1	Zusammenfassung.....	54
3.2	Cannabis	56
3.2.1	Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums.....	56
3.2.2	Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung.....	58
3.2.3	Neue Entwicklungen.....	59
3.3	Stimulanzien.....	62
3.3.1	Prävalenz und Trends des Stimulanzienkonsums	62
3.3.2	Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung	64
3.4	Heroin und andere Opioide	67
3.4.1	Prävalenz und Trends des Opioidkonsums.....	67
3.4.2	Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung.....	71
3.5	Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen	72
3.5.1	Prävalenz und Trends des NPS-Konsums.....	72
3.6	Quellen und Studien.....	73
3.6.1	Quellen.....	73
3.6.2	Studien	75
3.7	Bibliografie und Anhang.....	78
3.7.1	Bibliografie	78
3.7.2	Anhang.....	83
	Suchtprävention	92
4	Suchtprävention.....	95
4.1	Zusammenfassung.....	95
4.2	Aktuelle Situation.....	96
4.2.1	Strategien und Organisation.....	96
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	101
4.2.3	Qualitätssicherung	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	117
4.6	Bibliografie	117
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	118
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	119
4.9	Anhang.....	119
	Drogenbezogene Behandlung	121
5	Drogenbezogene Behandlung	123
5.1	Zusammenfassung.....	123

5.2	Aktuelle Situation.....	125
5.2.1	Strategien und Koordination.....	125
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	128
5.2.3	Schlüsseldaten.....	129
5.2.4	Behandlungsmodalitäten.....	135
5.2.5	Qualitätssicherung.....	143
5.3	Trends.....	145
5.4	Neue Entwicklungen.....	148
5.5	Quellen und Methodik.....	150
5.6	Bibliografie.....	151
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	153
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	153
5.9	Anhang.....	154
	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	161
6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen...	163
6.1	Zusammenfassung.....	163
6.2	Aktuelle Situation.....	164
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität.....	164
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	165
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	166
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	170
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen.....	171
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	176
6.2.7	Qualitätssicherung.....	178
6.3	Neue Entwicklungen.....	178
6.4	Zusätzliche Information.....	181
6.5	Quellen und Methodik.....	182
6.6	Bibliografie.....	185
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze.....	187
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	187
6.9	Anhang.....	187
	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	191
7	Drogenmärkte und Drogendelikte.....	193
7.1	Zusammenfassung.....	193
7.2	Aktuelle Situation.....	194
7.2.1	Drogenmärkte.....	194
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen.....	198
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	200
7.3	Trends.....	201
7.4	Neue Entwicklungen.....	207
7.5	Quellen und Methodik.....	208
7.6	Bibliografie.....	209
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	209
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge.....	209
7.9	Anhang.....	210
Haft	Haft.....	219
8	Haft.....	221
8.1	Zusammenfassung.....	221

8.2	Aktuelle Situation.....	222
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	222
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	225
8.2.3	Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	225
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	228
8.3	Trends	230
8.4	Neue Entwicklungen.....	230
8.5	Quellen und Methodik.....	232
8.6	Bibliografie	232
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	235
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	235
8.9	Anhang.....	236

3 Drogenkonsum

3.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten mit Cannabis, dessen Konsum Prävalenzraten von etwa 30 bis 40 Prozent bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (15–24 Jahre) hat. Aus den meisten Repräsentativstudien ergeben sich weiters Konsumerfahrungen von etwa zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamin sowie von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opioide und *Neue psychoaktive Substanzen* (NPS, auch *research chemicals* bzw. *legal highs* genannt).

Klar abzugrenzen von Probierkonsum und weitgehend unproblematischem gelegentlichem Konsum ist der sogenannte risikoreiche/problematische Drogenkonsum. Unter risikoreichem Drogenkonsum wird von der *Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht* (EMCDDA) der „wiederholte Drogenkonsum, der Schaden (Abhängigkeit, aber auch andere gesundheitliche, psychologische oder soziale Probleme) für die Person verursacht oder sie einem hohen Risiko, einen solchen Schaden zu erleiden, aussetzt“, verstanden. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als risikoreich zu bezeichnen (EMCDDA 2013). Der polytoxikomane²⁹ Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten spielt in Österreich die zentrale Rolle. Aktuell konsumieren zwischen 31.000 und 37.000 Personen risikoreich Opioide (meist in Kombination mit anderen illegalen Drogen, Alkohol oder Psychopharmaka). Etwa die Hälfte dieser Personen lebt in Wien (problematischer Drogenkonsum findet nach wie vor in Ballungszentren häufiger statt als in ländlichen Gebieten). In etwa drei Viertel der Betroffenen sind Männer. Nur sieben Prozent der Betroffenen sind unter 25 Jahre alt, 35 Prozent sind 25 bis 34 Jahre, und 58 Prozent sind 35 Jahre oder älter. Sniffen spielt beim Opioidkonsum in Österreich – im Gegensatz zu den meisten anderen Ländern der EU – nach wie vor eine Rolle. Die Zahl der Personen, die Opioide vorwiegend intravenös konsumieren, wird auf 9.300 bis 14.800 Personen geschätzt.

29

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

Neue Entwicklungen

Fast alle verfügbaren Daten aus dem Drogenmonitoring legen einen Rückgang des risikoreichen Opioidkonsums in der Altersgruppe der unter 25-Jährigen nahe (weniger Einsteiger/-innen). Hinsichtlich des besonders risikoreichen Gebrauchs synthetischer Opiode liegen aktuell nur Einzelfallberichte vor. Derzeit gibt es in Österreich keine eindeutigen Hinweise auf eine Verlagerung des risikoreichen Drogenkonsums von Opioiden hin zu anderen Substanzen. Allerdings häufen sich in einigen Datenquellen Anzeichen für einen (regionalen) Anstieg des Kokainkonsums (Abwasseranalysen in Innsbruck, Daten aus der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale, Daten aus dem Drug-Checking, Daten aus dem niederschweligen Bereich, polizeiliche Anzeigen). Inwiefern sich damit die Gruppe von Personen mit risikoreichen und behandlungsrelevanten Kokainkonsummustern (ohne Opiode) vergrößert, werden die nächsten Jahre zeigen.

COVID-19

Erste, nichtrepräsentative Daten zeigen ein sehr differenziertes und facettenreiches Bild unterschiedlicher Reaktionen hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen als Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen. Diese reichen von häufigerem Konsum über eine Reduktion des Konsums bis zum Konsumstopp, wobei der häufigere Konsum überwiegt. Hinsichtlich Substanzen wurde häufig ein gleichbleibender oder verstärkter Konsum von Alkohol und Cannabis und eine Reduktion anderer illegaler Substanzen als Cannabis berichtet. Als wichtigste Gründe für einen verstärkten Konsum werden weniger Verantwortung / mehr Zeit, Langeweile und psychische Belastung / Coping genannt. Eine Verringerung des Konsums wird vorwiegend mit dem Wegfall von Events/Partys und jenem sozialer Kontakte begründet.

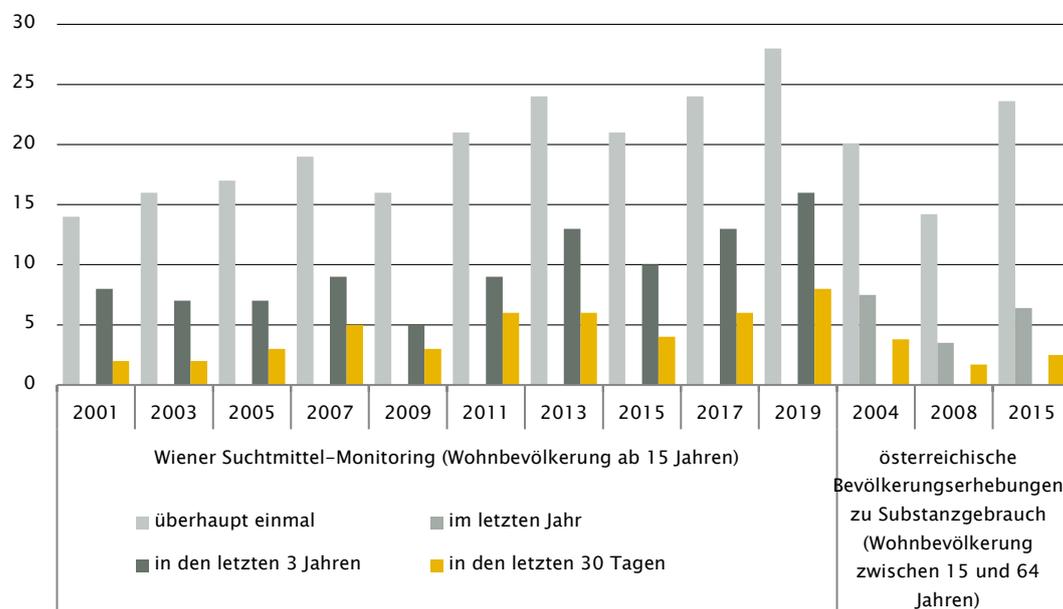
3.2 Cannabis

3.2.1 Prävalenz und Trends des Cannabiskonsums

Cannabiskonsum in der Allgemeinbevölkerung

Abbildung 3.1:

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



Anmerkungen: In der österreichischen Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch wurde die Drei-Jahres-Prävalenz nicht erhoben. Werte in Tabelle A3.1 im Anhang beziehen sich auf die gesamte erwachsene Bevölkerung ab 15 Jahren, also inklusive Personen über 64 Jahre. Im Wiener Suchtmittel-Monitoring wird die Jahresprävalenz nicht erhoben.

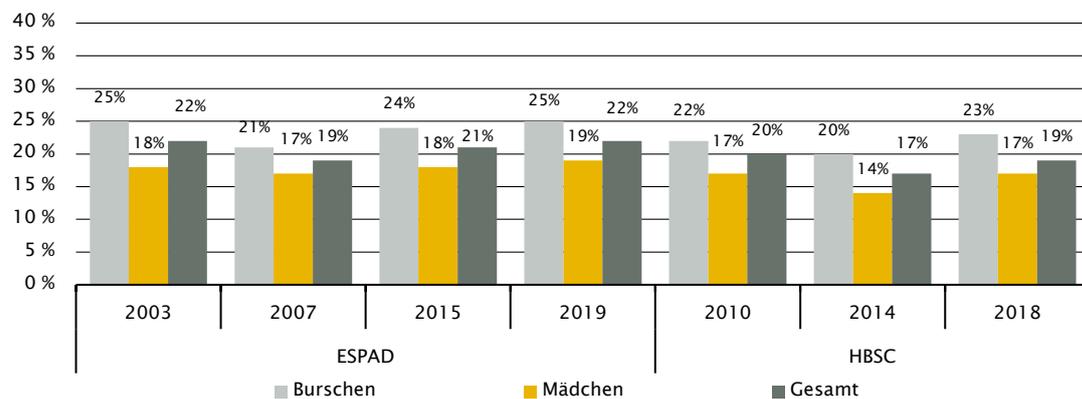
Quellen: IFES 2001 bis 2019, Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a; Darstellung: GÖG

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

Cannabiskonsum bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen

Abbildung 3.2:

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



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

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

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

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

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

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

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

3.2.2 Risikoreiche Cannabiskonsummuster und Behandlung

Risikoreicher Cannabiskonsum

Hinweise auf behandlungsrelevanten Cannabiskonsum geben die amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG. Dabei liegen lediglich Daten für Österreich ohne Wien vor (vgl. Kapitel 2). Im Jahr 2019 wurde in 1.394 Fällen ein behandlungsrelevanter Konsum von Cannabis diagnostiziert (Anzenberger et al. 2020). Dem stehen 23.599 polizeiliche Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) gegenüber, in denen Cannabis erwähnt wird (ebenfalls Österreich ohne Wien; vgl. Kapitel 7). Dies ist ein Hinweis darauf, dass nur ein kleiner Teil der von der Polizei angezeigten Cannabiskonsumierenden auch als behandlungsrelevant eingestuft wird.

Im Jahr 2019 befanden sich etwa 2.800 Personen ausschließlich wegen Cannabiskonsums in Betreuung einer Einrichtung der Suchthilfe (vgl. Kapitel 5). Vertiefende Analysen aus den Jahren 2012 (GÖG/ÖBIG 2013) und 2017³⁰ zeigen jedoch, dass lediglich etwa ein Drittel dieser Personen vor Behandlungsbeginn hochfrequent Cannabis konsumierte. Die übrigen Personen hatten ihren Cannabiskonsum bereits vor der Behandlung stark eingeschränkt bzw. möglicherweise nie hochfrequent konsumiert. Die Behandlung dürfte bei diesen Personen eher als Maßnahme der Frühintervention zu verstehen sein. Cannabiskonsum wird jedoch relativ häufig auch im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster als behandlungsrelevant eingestuft.

Seit 2010 ist der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die sich in ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe befinden, gestiegen, und der Anteil mit der Leitdroge Opiate ist gesunken. Im Jahr 2011 war der Anteil der Personen mit der Leitdroge Cannabis erstmals höher als jener mit der Leitdroge Opiate. Dies ist auch für die Jahre 2015 bis 2019 zu beobachten. Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumtinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe³¹ mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung begeben, was mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt wird. Andererseits wurde von einem Anstieg der Zahl junger und sozial auffälliger Klientinnen/Klienten berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde (vgl. Kapitel 5).

30

http://oegabs.at/userfiles/files/substitutionsforen/12_Weigl_Cannabis_in_Osterreich_und_der_EU.pdf (1. 7. 2020)

31

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

Bei den Spitalsentlassungen im Jahr 2018 kommen schädlicher Gebrauch von Cannabis (69 Fälle), psychotische Störung durch Cannabinoide (159 Fälle) und Cannabisabhängigkeit (139 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Cannabis 1.493 Fälle, für psychotische Störung durch Cannabinoide 231 Fälle und für Abhängigkeit 819 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

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

3.2.3 Neue Entwicklungen

COVID-19

Informationen zu Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen in Bezug auf Konsumverhalten und Substanzmarkt liefert die von *checkit!* in Wien und *Drogenarbeit Z6* in Tirol durchgeführte Erhebung „Substanzkonsum zur Zeit von COVID-19“ (checkit! und Drogenarbeit Z6 2020). Lediglich 24 Prozent der 337 Befragten gaben keinerlei Änderungen im Konsumverhalten an. 44 Prozent gaben an, häufiger zu konsumieren, 22 Prozent berichteten eine Reduktion und sechs Prozent einen Konsumstopp (4 % entfielen auf die Kategorie „Sonstiges“).

32

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

Tabelle 3.1:

Gründe für eine Änderung des Substanzkonsums psychoaktiver Substanzen zur Zeit von Covid-19 (N = 218)

Grund (beispielhafte Zitate)	% der Nennung
weniger Verantwortung / mehr Zeit: z. B. „Häufigerer Konsum von Alkohol, weil durch Kurzarbeit mehr freie Abende vorhanden sind. Die verbringe ich gerade gerne gemütlich mit Kochen und meinem Partner. Allerdings geringere Mengen Alkohol als sonst normalerweise in geselligen Runden. [...]“	28 %
Langeweile: z. B. „Mehrkonsum von Cannabis dadurch gegeben, dass man sonst nicht mehr viel bzw. nichts unternehmen kann, sodass es einen guten Zeitvertreib darstellt.“	27 %
psychische Belastung / Coping: z. B. „Frustr, Langeweile, Stress durch Kinderbetreuung, Zukunftsängste“, „Chemie (Koks, Speed, MDMA, Meta) konsumiere ich vor allem in meiner Peer-Group beim Feiern, das fällt jetzt weg. Ohne Alkohol, den ich normalerweise gar nicht trinke, würde ich die aktuelle Situation aber nicht aushalten.“	18 %
Hedonismus	3 %
Entspannung/Belohnung	3 %
Leistungssteigerung	3 %
soziale (Online-)Events: z. B. „Durch die häufigeren Treffen in Onlinechatportalen (Skype, Zoom etc.) sehe ich meine Freunde öfters auch normalerweise und trinke meist dazu auch Alkohol.“	3 %
Sucht	0,5 %
Wegfall von Events/Partys: z. B. „Würde mich in erster Linie als Konsument auf Partys bezeichnen, und die finden leider einfach nicht mehr statt aktuell, also der Teil meines Konsumverhaltens ist sozusagen einfach weggefallen“, „Am Wochenende trinkt man ‚nur‘ noch ein paar Bier, erreicht aber nicht mehr den Pegel, den man hatte, wenn man z. B. in eine Bar oder in einen Club ging.“	17 %
Wegfall sozialer Kontakte: z. B. „Ich konsumiere nicht gerne alleine, und für mich ist es ein Erlebnis, das ich gerne mit anderen teile, weswegen sich mein Konsum stark reduzierte. Ich kenne Personen, die trotzdem online über Videokonferenz miteinander konsumieren, das fühlt sich für mich trotzdem nicht gleich an, weswegen ich auch das unterlasse oder nur stark reduziert mitkonsumiere. [...]“	17 %
Marktveränderungen: z. B. „Da der Kontakt zu anderen Personen zu dieser Zeit erschwert ist, fällt es mir schwerer, an Gras ranzukommen.“, „Ich schlucke Medikamente und trinke so viel Alkohol, da ich es vermisse, etwas zu nehmen, ich aber durch die Maßnahmen an fast keine Substanzen mehr rankomme.“	7 %
Gesundheit: z. B. „Ich habe gemerkt, dass mir mein Konsum schadet und beschloss, die Ausgangsbegrenzung dazu zu nutzen, Pause zu machen und dauerhaft mein Konsumverhalten zu ändern.“	5 %
Sonstiges: Darunter fallen Gründe wie eine veränderte Wohnsituation oder allgemeine Lebensumstände, das Rationieren von Substanzen, erhöhte Verfügbarkeit von Substanzen, eine veränderte Gemütslage oder ein Verlust an Zeit durch mehr Arbeit oder größeren Arbeitsaufwand im Studium	10 %

Quelle: checkit! und Drogenarbeit Z6 (2020) Darstellung: GÖG

Hinsichtlich Substanzen wurde häufig ein gleichbleibender oder verstärkter Konsum von Alkohol und Cannabis und eine Reduktion anderer illegaler Substanzen als Cannabis (z. B. „Alkohol wie immer und Drogen seltener, da ich eher auf Partys konsumiere und die aktuell nicht stattfinden“, „Konsum von Chemie stark verringert, aber Alkohol von 0 auf regelmäßig gestiegen“) genannt. Etwa ein Drittel der Befragten berichtet, höhere Dosen zu konsumieren (z. B. „Ich konsumiere vermehrt an ganzen Tagen Cannabis. Die Zahl der Tage ist in etwa gleich geblieben, dafür ist es jetzt vermehrt über den ganzen Tag und nicht nur abends.“, „höhere Dosis Benzodiazepine [bedingt durch die Toleranzentwicklung], höhere Dosen Kokain bei seltenerem Konsum [um die seltene Gelegenheit richtig auszunutzen]), der Rest führt entweder gleichbleibende oder geringere Dosen an. Auch hier spielen Alkohol und Cannabis die größte Rolle. Ein Fünftel gibt an, (zusätzlich) andere Substanzen zu nehmen (z. B. „Ich habe davor nicht getrunken, und jetzt sauf ich Bier“, „Habe begonnen, Gras zu rauchen, um zu entspannen“). Die angegebenen Gründe für Änderungen des

Konsumverhaltens finden sich in Tabelle 1.1, wobei hier zunächst Ursachen angeführt werden, die vorwiegend für eine Konsumsteigerung angegeben wurden, darauf folgen jene, die einer Konsumverringering zugrunde lagen.

Etwas mehr als ein Viertel der Befragten gab an, sich Sorgen oder eher Sorgen um den eigenen momentanen Konsum zu machen. Es zeigt sich somit ein sehr differenziertes und facettenreiches Bild unterschiedlicher Reaktionen hinsichtlich des Konsums psychoaktiver Substanzen. Einschränkend ist anzumerken, dass es sich um eine nichtrepräsentative Umfrage unter Konsumierenden psychoaktiver Substanzen in Reichweite der Onlinepräsenz der beiden durchführenden Institutionen handelt. Rückschlüsse auf die Allgemeinbevölkerung sind daher nicht zulässig.

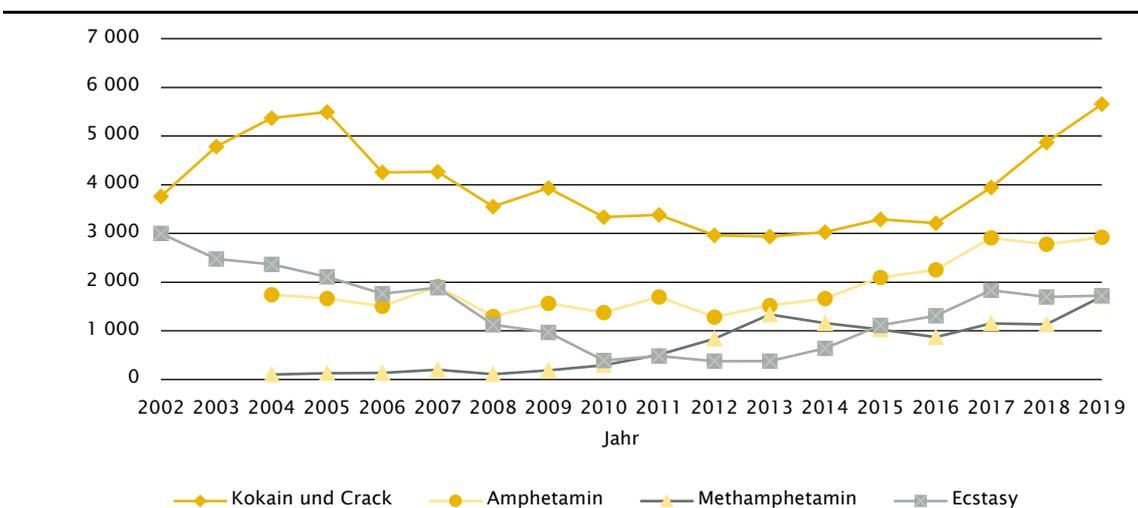
3.3 Stimulanzen

3.3.1 Prävalenz und Trends des Stimulanzenkonsums

Die relative Bedeutung verschiedener Stimulanzen

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

Abbildung 3.3:
Stimulanzen: Entwicklung der Anzeigenanzahl wegen Verstoßes gegen das SMG in Österreich nach Art des Suchtgiftes 2002–2019



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

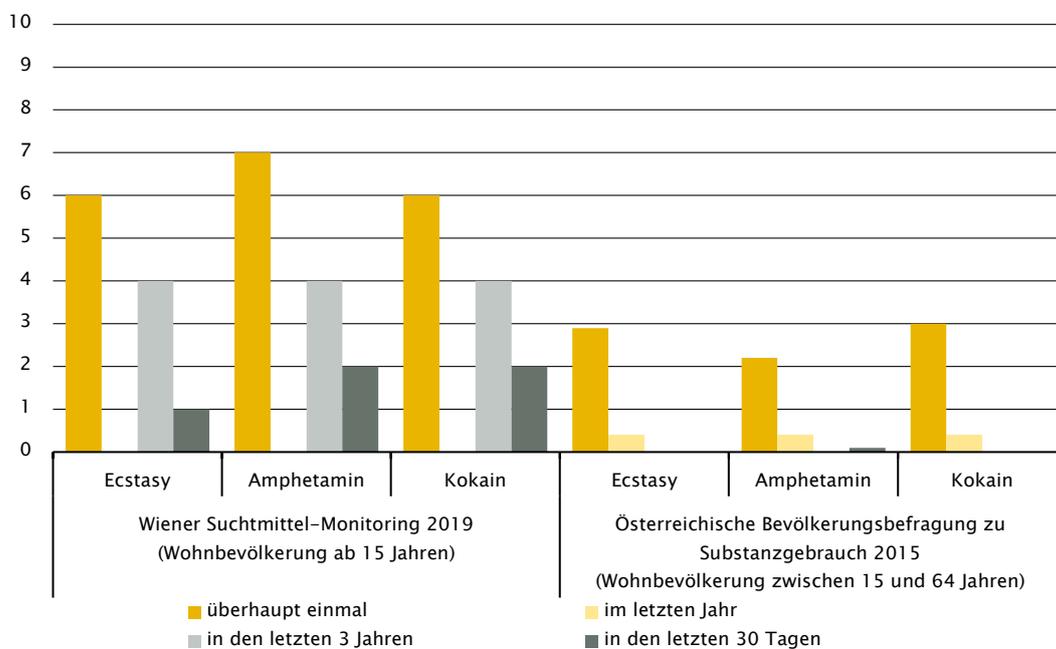
Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Konsum von Stimulanzen in der Gesamtbevölkerung

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

Abbildung 3.4:

Stimulanzienkonsum (Lebenszeitprävalenz, Drei-Jahres-Prävalenz, Jahresprävalenz und Monatsprävalenz)



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

Quelle: IFES 2019, Strizek et al. 2016a; Darstellung: GÖG

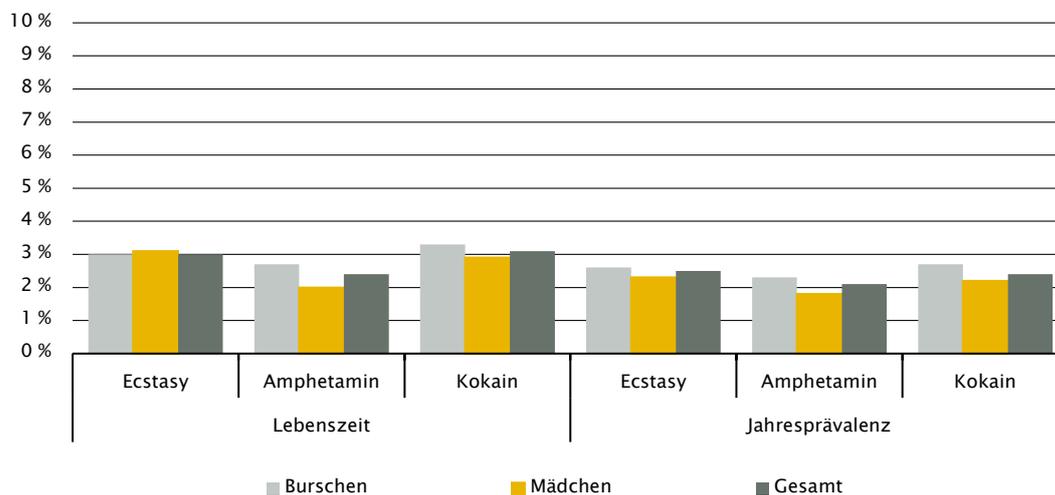
Hinsichtlich der im Abwasser von Innsbruck im Rahmen des SCORE-Projekts festgestellten Abbauprodukte von Kokain zeigt sich zwischen 2016 und 2018 ein Anstieg³³. 2019 blieben die Werte in etwa auf dem Niveau von 2018. Auch die Anrufe bei der österreichischen Vergiftungsinformationszentrale, bei denen Kokain eine Rolle spielt (meist in Kombination mit anderen Drogen), sind von 27 im Jahr 2016 auf 62 im Jahr 2019 (vgl. Kapitel 6) gestiegen und liegen damit erstmals vor den Anrufen wegen Cannabis (51). Gleichfalls ist der Anteil von Kokain, der im Rahmen des Drug-Checking von Drogenarbeit Z6 angegeben wurde, ebenso wie jener bei *checkit!* in Wien über die Jahre gestiegen (Oberacher 2020, SHW 2020). Bei den von *checkit!* analysierten Proben war Kokain 2019 erstmals die Nummer eins noch vor „Ecstasy“ und Amphetamin. Aus dem niederschweligen Bereich wird von der *Mentlvilla* in Innsbruck ein Anstieg der Spritzentauschzahlen von 2018 auf 2019 um 16 Prozent berichtet und auf den verstärkten Kokainkonsum zurückgeführt (Caritas 2020). Zusammen mit dem Anstieg der Zahl von Anzeigen wegen Kokains sind das Hinweise auf einen (regionalen) Anstieg des Kokainkonsums in Österreich.

33

<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> (Zugriff am 13. 7. 2020)

Konsum von Stimulanzien durch Jugendliche und spezifische Zielgruppen

Abbildung 3.5:
Stimulanzienkonsum: Lebenszeiterfahrung von Jugendlichen nach Geschlecht (ESPAD 2019)



Quelle: Hojni et al. 2020; Darstellung: GÖG

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

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass anhand der verfügbaren Daten insgesamt von einer stabil niedrigen Prävalenz des Stimulanzienkonsums auszugehen ist – mit Ausnahme von Kokain, bei dem sich (regional) Anzeichen für einen verstärkten Konsum häufen. Der Konsum von Methamphetamin war bisher auf lokale Szenen begrenzt und findet vorwiegend in Oberösterreich statt. In der Partyszene wird nach einer sehr kurzen Phase des verstärkten Konsums von NPS wieder verstärkt auf Amphetamin und „Ecstasy“ zurückgegriffen und aktuell auch auf Kokain.

3.3.2 Risikoreiche Stimulanzienkonsummuster und Behandlung

Risikoreicher/Problematischer Konsum von Stimulanzien

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

bis 2014 bei amtsärztlichen Begutachtungen auch Methamphetamin inkludiert, seit 2015 gibt es eine eigene Kategorie Methamphetamin. Insgesamt hat die Feststellung eines behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien bei den amtsärztlichen Begutachtungen im Zeitverlauf (2018: N = 357, 2019: N = 418) etwas zugenommen.

Tabelle 3.2:

Fälle behandlungsrelevanten Konsums von Stimulanzien, festgestellt bei amtsärztlichen Begutachtungen nach § 12 SMG nach Bundesland 2019

Stimulantium	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	Ö*
MDMA („Ecstasy“) u. a. Designerdrogen	1	21	6	11	3	5	3	8	58
Amphetamin	9	9	34	46	9	20	0	14	141
Methamphetamin	0	0	2	8	1	6	0	4	21
Kokain	7	52	45	31	14	21	13	53	236
Summe	17	82	87	96	27	52	16	79	456

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

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

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

Im Jahr 2019 befanden sich etwa 920 Personen wegen Kokainkonsums (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden) und 570 Personen wegen des Konsums anderer Stimulanzien (ohne zusätzlichen Konsum von Opioiden und Kokain) in Betreuung von Einrichtungen der Suchthilfe. Insbesondere Kokainkonsum wird relativ oft im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster (in Kombination mit Opioiden) als behandlungsrelevant eingestuft (vgl. Kapitel 5).

Bei den Spitalsentlassungen des Jahres 2018 (stationäre Versorgung) kommen schädlicher Gebrauch von Kokain (elf Fälle) und Kokainabhängigkeit (37 Fälle) als Hauptdiagnose sehr selten vor. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch von Kokain 326 Fälle und für Kokainabhängigkeit 157 Fälle. Schädlicher Gebrauch (18 Fälle) und Abhängigkeit (32 Fälle) von anderen Stimulanzien als Kokain werden als Hauptdiagnose bei Spitalsentlassungen geringfügig häufiger diagnostiziert. Betrachtet man Haupt- und Nebendiagnosen zusammen, ergeben sich für schädlichen Gebrauch anderer Stimulanzien 220 Fälle und für Abhängigkeit davon 103 Fälle (vgl. Tabelle A3.3 und Tabelle A3.4).

Da sich die oben dargestellten Datenquellen vermutlich stark überschneiden³⁴, dürfte die Gruppe von Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien in den genannten Datenquellen nicht groß sein. Nicht erfasst sind Personen mit behandlungsrelevantem Konsum von Stimulanzien, die keine Hilfe suchen oder Hilfe außerhalb des Systems der Suchthilfe in Anspruch nehmen.

34

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

Daten von *checkit!* zeigen, dass der Trend zu hochdosierten „Ecstasy“-Tabletten weiter anhält. Im Jahr 2019 wurde etwa ein Viertel aller analysierten „Ecstasy“-Tabletten als sehr hoch dosiert (> 200 mg MDMA) eingestuft (SHW 2020 – vgl. Kapitel 7). Auch bei Substanzeanalysen von Drogenarbeit Z6 in Tirol setzt sich der Trend zur hohen Dosierung bei „Ecstasy“ weiter fort (Oberacher 2020). Hochdosiertes „Ecstasy“ hat im Jahr 2018 auch zu einigen Todesfällen in Österreich geführt (Zahlen für 2019 liegen noch nicht vor). Der Konsum von „Ecstasy“ scheint aufgrund der (oft unerwartet) sehr hoch dosierten Tabletten risikoreicher geworden zu sein (vgl. Kapitel 7).

Bei drogenbezogenen Todesfällen spielen Stimulanzien eine relativ geringe Rolle, sie werden meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster mit Opioiden nachgewiesen. Es gibt relativ selten Überdosierungen ausschließlich durch Stimulanzien (vgl. Horvath et al. 2019).

Injizieren und andere Konsumformen

Informationen zur Einnahmeform von Stimulanzien liegen ausschließlich aus dem Behandlungsbereich vor (DOKLI). „Ecstasy“ wird in erster Linie oral konsumiert, Amphetamin vorwiegend gesniff, aber auch oral konsumiert. Kokain wird meist gesniff und zu einem geringen Anteil auch gespritzt. Es zeigt sich, dass der intravenöse Konsum von Kokain bei älteren Konsumentinnen/Konsumenten häufiger die vorwiegende Einnahmeform darstellt als bei jungen (bei Personen über 29 Jahre etwa ein Fünftel – siehe dazu auch Anzenberger et al. 2020).

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

3.4 Heroin und andere Opioide

3.4.1 Prävalenz und Trends des Opioidkonsums

Die relative Bedeutung verschiedener Opioide

Bei den in Österreich sichergestellten Opioiden handelt es sich in erster Linie um Heroin und suchtgifthalte Medikamente – einschließlich Substitutionsmitteln. Im Jahr 2019 erfolgten 3.507 Anzeigen nach dem SMG wegen Heroins und anderer Opiate und 1.688 Anzeigen wegen suchtgifthalter Medikamente (vgl. Kapitel 7). Heroin und auf den Schwarzmarkt gelangte Substitutionsmittel stellen demnach die beiden gebräuchlichsten Opioide im illegalen Opioidkonsum in Österreich dar. Hinsichtlich des Gebrauchs synthetischer Opioide liegen derzeit nur Einzelfallberichte vor³⁵.

Schätzungen des risikoreichen/problematischen Opioidkonsums

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

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

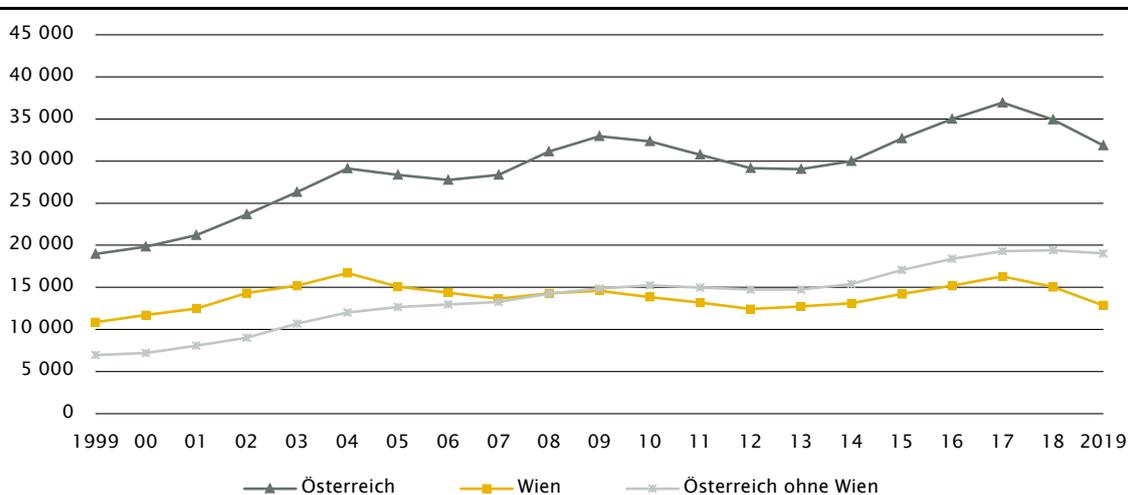
Der Verlauf der geschätzten Prävalenz des risikoreichen Drogenkonsums zeigt einen steilen Anstieg Anfang der 2000er-Jahre von unter 20.000 auf fast 30.000 Personen in den Jahren 2004/2005. Bis 2014 schwanken die Werte relativ konstant um 30.000. Bis 2017 lässt sich wiederum ein Anstieg auf etwa 36.500 Personen beobachten, gefolgt von einem Rückgang auf 32.000 Personen im Jahr 2019 (vgl. Abbildung 3.6).

35

Im Rahmen des österreichischen Informations- und Frühwarnsystems zu besonderen Gesundheitsgefahren in Zusammenhang mit Substanzkonsum wurde 2019 sechsmal ein synthetisches Opioid gemeldet (fünfmal vom BMI, einmal von *checkit!*).

Abbildung 3.6:

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



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

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

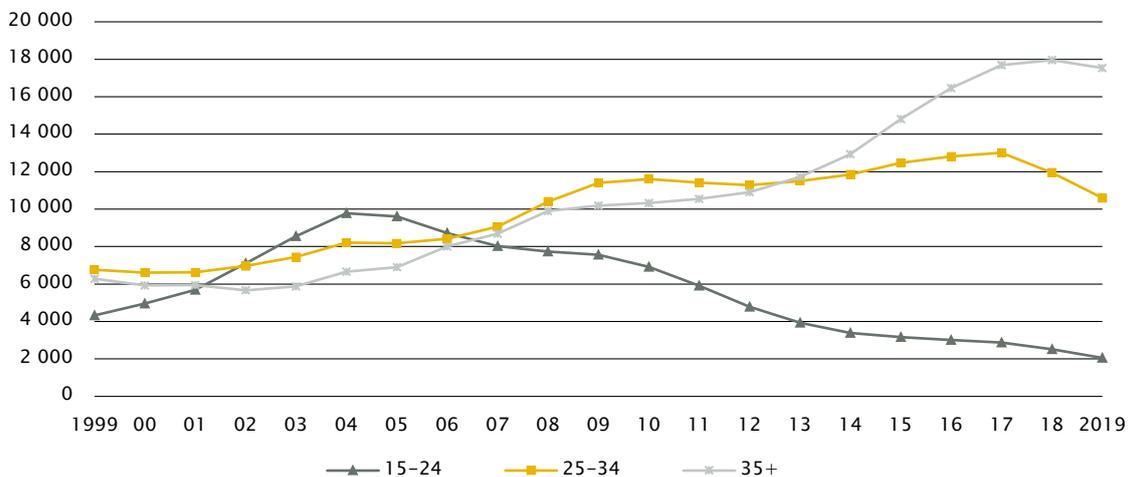
Betrachtet man die Entwicklung für Wien³⁶ und jene für Österreich ohne Wien getrennt, so zeigt sich das Phänomen eines kontinuierlichen Angleichens des risikoreichen Drogenkonsumausmaßes zwischen der Großstadt Wien und ländlichen/kleinstädtischen Regionen (vgl. Abbildung 3.6).

Einen vertieften Einblick in die Hintergründe der Prävalenzentwicklung insgesamt erlauben die altersstratifizierten Schätzungen (vgl. Abbildung 3.7.) Hier verdoppelt sich die Prävalenz in der jüngsten Altersgruppe (15- bis 24-Jährige) zwischen 2000 und 2004. Dies bedeutet, dass in dieser Zeitspanne vermehrt Jugendliche und junge Erwachsene in den risikoreichen Drogenkonsum eingestiegen sind. Seither ist die Prävalenz in dieser Altersgruppe wieder stark rückläufig (= weniger Einsteiger/-innen). Ab 2014 pendelt sich die geschätzte Prävalenz in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen bei 3.000 Personen ein und sinkt im Jahr 2019 auf etwa 2000 Personen. Mit der Alterung der „Generation Einstieg 2000 bis 2004“ wächst die Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (zunächst in der Altersgruppe 25 bis 34 und dann auch in der Altersgruppe über 34) weiter an. Seit 2017 sind die Zahlen in allen Altersgruppen rückläufig.

36

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

Abbildung 3.7:
 Prävalenzschätzung des risikoreichen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opioiden
 in Absolutzahlen nach Altersgruppen – Zeitverlauf



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

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

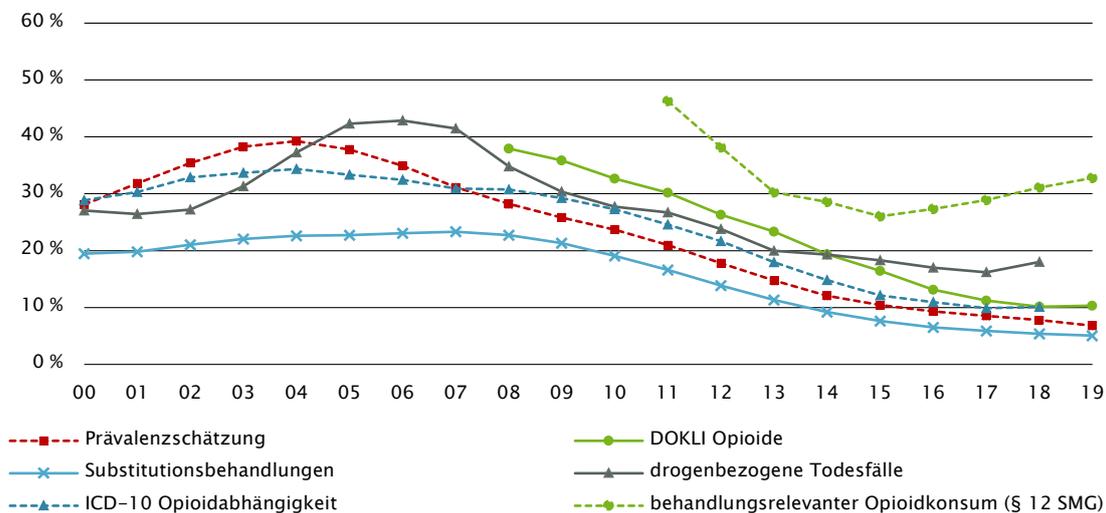
Der bis 2017 zu beobachtende Anstieg der Prävalenz ist daher nicht auf eine Verschärfung der Situation hinsichtlich Opioidproblematik zurückzuführen – dafür müssten die Zahlen in der Altersgruppe 15–24 ansteigen. Er dürfte in erster Linie durch den chronischen Charakter der Opioidabhängigkeit und das lange Überleben davon Betroffener aufgrund einer guten therapeutischen Versorgung (z. B. Substitutionsbehandlung) bedingt sein.³⁷

37

Es war auch vermutet worden, dass es durch die zunehmende Stabilität von Personen, die sich sehr lange in Substitutionsbehandlung befinden, aus methodischen Gründen zu einer Überschätzung der Anzahl älterer Personen mit risikoreichem Drogenkonsum kommt. Dieser Vermutung wurde 2020 nachgegangen, wobei mehrere Korrekturvarianten getestet wurden. Das Endergebnis war, dass der bestehende Bias nicht allzu groß ist und eine Korrektur zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht notwendig macht.

Abbildung 3.8:

Anteil der unter 25-Jährigen an Personen mit risikoreichem Drogenkonsum (Prävalenzschätzung, DOKLI, Substitutionsbehandlungen, Spitalsentlassungen und drogenbezogene Todesfälle³⁸), Zeitreihe 2000–2019 – bzw. aktuellste verfügbare Zahl (gleitender Mittelwert)



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

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

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

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

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

Der kontinuierliche Rückgang der Anzahl junger Personen (unter 25 Jahren) mit Opioidproblematik lässt sich in fast allen Datenquellen des Drogenmonitorings beobachten (vgl. Abbildung 3.8) und deckt sich auch mit Berichten aus der Praxis. Bei den drogenbezogenen Todesfällen sowie den Begutachtungen nach § 12 ist im Vergleich zu den Vorjahren ein leichter Anstieg des Anteils der unter 25-Jährigen zu beobachten. Ob es sich hier tatsächlich um eine Trendwende oder – aufgrund der, statistisch gesehen, kleinen Fallzahlen – um statistische Ausreißer handelt, kann erst der Zeitverlauf in allen Datenquellen zeigen.

38

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

3.4.2 Risikoreiche Opioidkonsummuster und Behandlung

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

Injizieren und andere Konsumformen

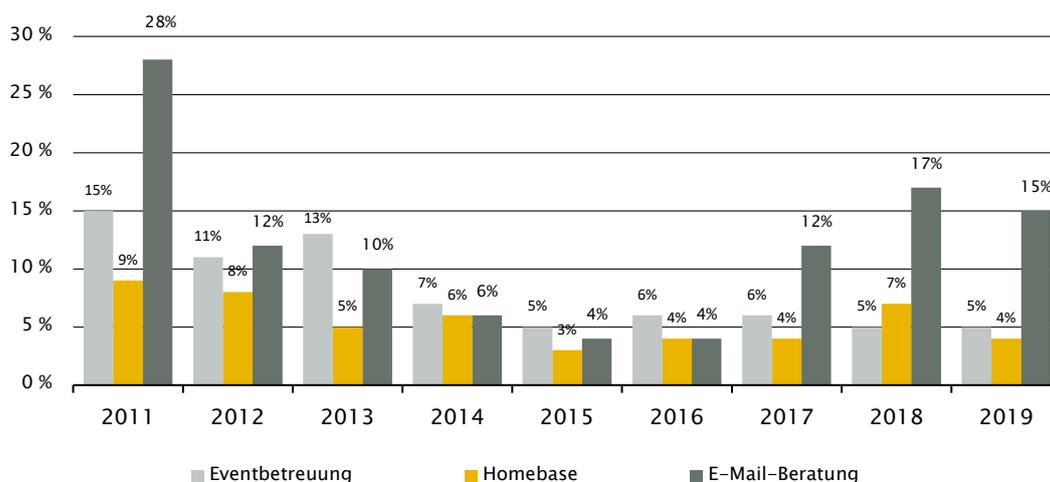
Neben der Prävalenz der risikoreich mit Beteiligung von Opioiden Drogenkonsumierenden interessiert auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Überträgt man die Anzahl der Personen mit der Leitdroge Opioid aus dem DOKLI-System, welche die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform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

3.5 Neue psychoaktive Substanzen (NPS) und andere Drogen

3.5.1 Prävalenz und Trends des NPS-Konsums

Wegen eines Verstoßes gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG) liegen wenige Anzeigen vor: Im Jahr 2019 gab es 438 diesbezügliche Anzeigen (2018: 133, 2017: 89, 2016: 78, 2015: 48, 2014: 113 Anzeigen, siehe Kapitel 7). Allerdings hat sich die Anzeigenzahl im Vergleich zum Vorjahr mehr als verdreifacht. Die verfügbaren Daten aus Bevölkerungsbefragungen sprechen für eine sehr niedrige Prävalenz des NPS-Konsums in der Allgemeinbevölkerung. Laut den aktuellsten verfügbaren österreichweiten Daten liegt die Lebenszeitprävalenz in der Gesamtbevölkerung (ab 15 Jahren) unter einem Prozent (Strizek et al. 2016a). Für 14- bis 17-jährige Schüler/-innen liegt die Lebenszeitprävalenz bei vier Prozent, die Jahresprävalenz beträgt bei ihnen drei Prozent (Hojni et al. 2020).

Abbildung 3.9:
checkit!-Thematisierung von NPS je Setting 2011 bis 2019



Quelle: SHW 2020

Die in Beratungsgesprächen von *checkit!* thematisierten Substanzen geben indirekt Aufschluss über den Konsum von NPS im Partysetting. Je nach Betreuungssetting sind Cannabis oder „Ecstasy“ die am häufigsten thematisierten Substanzen. Die Thematisierung von NPS nahm seit 2011 tendenziell ab (vgl. Abbildung 3.9). Insbesondere bei E-Mail-Beratungen stieg ihre Häufigkeit jedoch zuletzt wieder an (2019: 15%). In Analysen der Drug-Checking-Ergebnisse über den Zeitverlauf kommt das *checkit!*-Team zum Schluss, dass der bewusste Konsum von NPS im Partysetting eher selten ist. Von den im Jahr 2019 analysierten 1.050 Proben enthielten lediglich 4,6 % NPS (SHW 2020), das ist der niedrigste Wert seit 2011. Es wird vermutet, dass bei Events aufgrund der zu-

nehmenden Verfügbarkeit von Partydrogen wie MDMA und Kokain in Reinform diese den NPS vorgezogen werden (SHW 2019). Der Rückgang des Konsums von NPS zeigt sich auch in den Beratungen von *MDA basecamp* von *Drogenarbeit Z6*. Im Jahr 2018 wurden solche Substanzen in den Beratungsgesprächen am *MDA-basecamp*-Infostand auf diversen Partyveranstaltungen kaum thematisiert (Drogenarbeit Z6 2019; vgl. auch Kapitel 6 und Kapitel 7). 15 Prozent der bei Drogenarbeit Z6 zur Analyse abgegebenen Proben wurden als NPS deklariert, was einen Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet (z. B. 2018: 6 % – Oberacher 2019 und 2020. Details der Analyseergebnisse siehe Kapitel 7).

Im Gegensatz zu Nachbarländern (z. B. Ungarn) spielen NPS österreichweit eine eher untergeordnete Rolle (vgl. Anzenberger et al. 2020). Punktuell (zeitlich und räumlich) kam es allerdings manchmal zu Häufungen. Der Anstieg der Thematisierung von NPS im Rahmen der E-Mail-Beratungen von *checkit!* könnte jedoch ein Hinweis auf eine steigende Bedeutung abseits der Party-szene sein.

3.6 Quellen und Studien

3.6.1 Quellen

Amtsärztliche Begutachtungen nach § 11 bzw. § 12 SMG

Personen, bei denen die Polizei, die Schulleitung, eine Militärdienststelle oder die Führerscheinbehörde annimmt, dass in ihrem Fall ein Suchtgiftmissbrauch vorliegt, werden der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde gemeldet. Diese führt eine amtsärztliche Begutachtung durch, prüft, ob es einen Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gibt, und wirkt bei Bestehen eines solchen Bedarfs darauf hin, dass diese auch durchgeführt wird. Die Begutachtungsergebnisse müssen dem BMSGPK³⁹ gemeldet werden (Meldepflicht). Insgesamt liegen aus dem Jahr 2019 6.007 Begutachtungsergebnisse in Bezug auf 5.762 Personen vor (einige Personen wurden mehrfach begutachtet). Bei Begutachtungen in Wien wird statt einer substanzspezifischen Aussage über die Notwendigkeit einer Maßnahme eine umfassende suchtspezifische Anamnese durchgeführt, die durch den Status der Abhängigkeitserkrankung determiniert und nicht nach Substanzen spezifiziert wird. Die Daten werden in *eSuchtmittel* erfasst und pseudonymisiert dem GÖG-Kompetenzzentrum Sucht für Auswertungszwecke übermittelt. Nähere Informationen zum Hintergrund und zur rechtlichen Einbindung der amtsärztlichen Begutachtungen sind Kapitel 2 zu entnehmen.

39

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

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

checkit! ist ein Kooperationsprojekt zwischen der Suchthilfe Wien GmbH und dem klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an. Im Jahr 2019 verzeichnete *checkit!* 20 Eventbetreuungstage, rund 5.300 Informations- bzw. Beratungskontakte, etwa 2.000 über Workshops erreichte Personen und 1.050 analysierte Proben. Das *MDA basecamp* von *Drogenarbeit Z6* ist mit einem Informations- und Beratungsstand ca. zwei- bis dreimal im Monat auf Musikveranstaltungen in Innsbruck und den Tiroler Gemeinden präsent und bietet Informationen zu legalen und illegalen Suchtmitteln sowie zu Wirkung und Gefahren durch deren Konsum. Im Jahr 2019 wurden auf diese Weise 28 Veranstaltungen betreut; insgesamt wurden in diesem Jahr 3.377 Kontakte mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen, 294 Informationsgespräche und 99 Beratungsgespräche geführt. (Drogenarbeit Z6 2020, SHW 2020).

Daten zu Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz

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

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

Die Daten der stationären Versorgung stammen aus der Diagnosen- und Leistungsdokumentation (DLD) der österreichischen Krankenanstalten. Einschränkend ist hier anzumerken, dass ein Aufenthalt erst nach der Entlassung dokumentiert wird, alle Informationen beziehen sich daher auf den Wissensstand zum Zeitpunkt der Entlassung. Verlegungen zwischen Abteilungen innerhalb einer Krankenanstalt werden nicht als eigene Aufenthalte gewertet. Seit 2015 wird pro Patientin/Patient eine pseudonymisierte Patienten-ID mitgeliefert, die eine eindeutige Identifikation ermöglicht. Diese ID ist nicht bei allen Aufenthalten vermerkt. Vor 2015 gab es keine ID, die Patientenzahl wurde aus den Aufenthalten geschätzt. Daher kommt es ab 2015 zu einem Zeitreihenbruch. 2018 ist das aktuellste Datenjahr zu Redaktionsschluss.

Drogenbezogene Todesfälle

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

Behandlungsdokumentationssystem DOKLI

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

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

Seit 2006 ist die GÖG für die Koordination dieses Informations- und Frühwarnsystems zuständig und sammelt in diesem Zusammenhang auch Informationen zu NPS. Diese stammen im Wesentlichen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK) bzw. dem Bundesamt für Sicherheit im Gesundheitswesen / AGES Medizinmarktaufsicht (BASG/AGES⁴⁰). Letzteres führt fallweise Analysen jener Substanzen durch, die von BMI oder Zoll sichergestellt wurden. Weitere einschlägige Informationen werden von den Drug-Checking-Projekten geliefert, d. h. von *checkit!* und seit 2014 auch von *Drogenarbeit Z6* (vgl. Weigl et al. 2014).

3.6.2 Studien

Österreichische Bevölkerungsbefragung zu Substanzgebrauch (2004, 2008 und 2015)

Repräsentative Bevölkerungserhebungen zu Substanzgebrauch wurden in Österreich jeweils in den Jahren 2004, 2008 und 2015 durchgeführt (Uhl et al. 2005a, Uhl et al. 2009, Strizek et al. 2016a).

Im Jahr 2015 wurde im Gegensatz zu den Erhebungen davor erstmals die Hälfte der Interviews mittels eines Onlinesamples durchgeführt (die andere Hälfte wurde – wie in den Jahren zuvor – mittels Face-to-Face-Interviews erhoben). Teilnehmer/-innen für die Onlinebefragung wurden zufällig aus einem bestehenden und offline rekrutierten Sample ausgewählt und mittels E-Mail bis zu dreimal zur Teilnahme eingeladen. Vergleiche zwischen der Onlinestichprobe und der Face-to-Face-Stichprobe (unter Kontrolle von Alter, Geschlecht und Bildung) zeigten nur minimale Unterschiede in den Prävalenzraten unterschiedlicher Substanzen. Eine neuerliche Bevölkerungsbefragung zum Substanzgebrauch läuft derzeit.

Drogenmonitoring Oberösterreich 2019

Das Institut Suchtprävention der pro mente Oberösterreich führt im Rahmen des sogenannten Drogenmonitorings im Auftrag des Landes Oberösterreich in regelmäßigen Abständen eine bun-

40

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

deslandweite repräsentative Bevölkerungsbefragung zum Thema Drogenkonsum und Substanzgebrauch durch. Von Dezember 2018 bis Jänner 2019 wurden 1.442 Personen ab 15 Jahren in Oberösterreich mittels Face-to-Face-Interviews befragt. Die Auswahl der Interviewpartner/-innen erfolgte nach Quotenvorgaben für die einzelnen Interviewer/-innen und wurde vom Linzer Marktforschungsinstitut market durchgeführt. Es handelt sich um eine nach den Merkmalen Alter, Geschlecht und regionale Verteilung repräsentative Quotenstichprobe. Ein Expertenpanel zum Thema Cannabis wurde ebenfalls durchgeführt (Seyer et al. in Vorbereitung).

ESPAD (2003, 2007, 2015, 2019)

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

HBSC (2010, 2014, 2018)

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

Österreichische Prävalenzschätzungen zum risikoreichen Drogenkonsum

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

Wiener Suchtmittel-Monitoring

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

Abwasseranalysen im Rahmen des SCORE-Projekts

Seit 2010 werden von einem europaweiten Netzwerk (Sewage analysis CORE – Europe, SCORE) Abwasseranalysen mit standardisierten Verfahren durchgeführt. 2019 nahmen 68 Städte aus 23 Ländern an diesen Analysen teil. In Innsbruck werden seit 2016 im Rahmen dieses Projekts Abwasseranalysen durchgeführt⁴¹. Abwasseranalysen werden seitens der EBDD als interessante ergänzende Datenquelle für die Überwachung der Mengen auf Bevölkerungsebene konsumierter illegaler Drogen gesehen. Aussagen über die Prävalenz (z. B. anhand der Frage „Konsumiert eine kleine Gruppe von Personen viel/oft oder eine große Gruppe von Personen wenig/selten?“) und über Charakteristika der Konsumierenden sind nicht möglich (EMCDDA 2019, EMCDDA 2020).

Onlinestudie Substanzkonsum zur Zeit von COVID-19

checkit! in Wien und die *Drogenarbeit Z6* in Tirol führten von 14. 4. 2020 bis 4. 5. 2020 eine Onlinebefragung zum Thema „Substanzkonsum zur Zeit von Covid-19“ durch. Ziel der Studie war es, Auswirkungen der COVID-19-Pandemie und der damit verbundenen Eindämmungsmaßnahmen in Bezug auf Konsumverhalten und Substanzmarkt zu untersuchen. Insgesamt haben 369 Personen die Befragung begonnen, 337 Personen haben sie auch abgeschlossen. 47 Prozent der Befragten wohnen in Deutschland, 29 Prozent in Wien und acht Prozent in Tirol. Dies wird auf die Reichweite des Onlineauftritts der beiden durchführenden Institutionen zurückgeführt. 56 Prozent der Befragten sind männlich, und deren Durchschnittsalter beträgt 26,9 Jahre. Jeweils grob ein Viertel wohnt mit Partnerin oder Partner zusammen, bei Eltern oder Verwandten, in einer Wohngemeinschaft oder allein. Einschränkend ist anzumerken, dass es sich um eine nichtrepräsentative Umfrage unter Konsumierenden psychoaktiver Substanzen in Reichweite der Onlinepräsenz der beiden durchführenden Institutionen handelt. Rückschlüsse auf die Allgemeinbevölkerung sind daher nicht zulässig (*checkit!* und *Drogenarbeit Z6* 2020).

41

<http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/waste-water-analysis> (Zugriff am 13. 7. 2020)

3.7 Bibliografie und Anhang

3.7.1 Bibliografie

- Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2020). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Wien
- Bittner, M.; Hager, I.; Tschipan, C. (2010). Erhebung zum Suchtverhalten von Jugendlichen in Niederösterreich. Im Auftrag der Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung Niederösterreich. St. Pölten
- Busch, M.; und Eggerth, A. (2010). Nasaler Heroinkonsum in Österreich. In: Sucht 56 (6), 415–422
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Wien
- Caritas (2020). Mentlvilla-Jahresbericht 2019. Innsbruck
- checkit! und Drogenarbeit Z6 (2020). COVID-19 Survey Juni 2020. Wien und Innsbruck
- Currie, C.; Zanotti, C.; Morgan, A.; Currie, D.; de Looze, M.; Roberts, C.; Samdal, O.; Smith, O.; Barnekow, V. (2012). Social determinants of health and well-being among young people – Health Behaviour in school-aged children (HBSC) Study: International report from the 2009/2010 survey. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen
- Dür, W.; Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Drogenarbeit Z6 (2019). Tätigkeitsbericht 2018. Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Innsbruck
- EMCDDA (2013). PDU (Problem drug use) revision summary. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- EMCDDA (2019). Drogenperspektiven – Abwasseranalyse und Drogen – eine europäische städteübergreifende Studie. Lissabon
- EMCDDA (2020). Perspectives on drugs – Wastewater analysis and drugs: a European multi-city study. Lissabon

- Europäische Kommission (2011a). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_344_330_en.htm (Zugriff am 16. 9. 2011).
- Europäische Kommission (2011b). Flash Eurobarometer: Youth attitudes on drugs. Brüssel, Tabelle Länder FL330 Table A. Brüssel
- Europäische Kommission (2014a). Flash Eurobarometer: Young people and drugs – presentation. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).
- Europäische Kommission (2014b). Flash Eurobarometer: Young people and drugs –data. Brüssel. http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/flash_arch_404_391_en.htm (Zugriff am 13. 7. 2014).
- Falbesoner, B.; Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt
- Felder-Puig, R.; Teutsch, F.; Ramelow, D.; Maier, G. (2019). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülerinnen und Schülern. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2018. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien
- GÖG/ÖBIG (2006). Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring – Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien
- Hojni, M.; Delcour, J.; Strizek, J.; Uhl, A. (2020): ESPAD Österreich 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019): Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz
- IFES (2001). Suchtmittel-Monitoring 2001. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

- IFES (2003). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2007). Suchtmittel-Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2009). Suchtmittel-Monitoring 2009. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2011). Suchtmittel-Monitoring 2011. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2013). Suchtmittel-Monitoring 2013. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien.
- IFES (2015). Suchtmittel-Monitoring 2015. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2017). Suchtmittel-Monitoring 2017. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- IFES (2019). Suchtmittel-Monitoring 2019. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Klimont, J.; Kytir, J.; Leitner, B. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Oberacher, H. (2019). Drug Checking 2018. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck
- Oberacher, H. (2020). Drug Checking 2019. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck

- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- Ramelow, D.; Griebler, R.; Hofmann, F.; Unterweger, K.; Mager, U.; Felder-Puig, R.; Dür, W. (2011). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Ramelow, D.; Teutsch, F.; Hofmann, F.; Felder-Puig, R. (2015). Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen – Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2014. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2010). Bericht zum Drogenmonitoring 2009. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S.; Paulik, R.; Gschwandtner, F.; Lehner, R. (2016). Drogenmonitoring Oberösterreich 2015. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Methamphetamine „Crystal Meth“. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S., Paulik, R., Lehner, R. (in Vorbereitung). Drogenmonitoring Oberösterreich 2019. Ergebnisbericht mit dem Forschungsschwerpunkt Cannabis, Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ Linz
- SHW (2019). Bereich Suchtprävention – Tätigkeitsbericht 2018. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- SHW (2020). Bereich Suchtprävention Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schmutterer, I.; Grimm, G.; Bohrn, K.; Fenk, R.; Kobrna, U.; Springer, A. (2008). ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 1: Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Strizek, J.; Uhl, A. (2016a). Bevölkerungserhebung zu Substanzgebrauch 2016. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH, Wien
- Strizek, J.; Anzenberger, J.; Kadlik, A.; Schmutterer, I.; Uhl, A. (2016b). ESPAD Österreich. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs. Band 1: Forschungsbericht. Gesundheit Österreich, Wien
- Teutsch, F., Ramelow, D., Maier, G., Felder-Puig, R. (2019). Lineartabellen zu den Ergebnissen der HBSC-Studie 2018 Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Schülerinnen und Schülern. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Wien

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

3.7.2 Anhang

Tabelle A3.1:
Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung
in Österreich, 2005–2019

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

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

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	erhobene Drogenarten	Alter der Befragten	Lebenszeit- prävalenz in %
Drogenmonitoring Oberösterreich 2019 (Seyer et al. in Vorbereitung)	Oberösterreich 2018/2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung 15-59 Jahre (n = 1.442)	Cannabis	15-59	31,2
			„Ecstasy“	15-59	5,1
			Heroin	15-59	2,1
			Methamphetamin	15-59	2,2
			Amphetamin	15-59	4,9
			Kokain	15-59	5,1
			LSD	15-59	4,3
			Kräutermischun- gen	15-59	4,0
			Badesalz	15-59	2,3
Wiener Suchtmittel- Monitoring (IFES 2019)	Wien 2019 (Lebenszeit)	Gesamt- bevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	28
			„Ecstasy“	15+	6
			Amphetamin	15+	7
			Kokain	15+	6
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	6
			Liquid Ecstasy	15+	3
			Mephedron	15+	1
			Räuchermischung	15+	3
			Crystal Meth	15+	1
			andere illegale Drogen	15+	2

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen österreichischer Jugendlicher, 2005 bis 2019

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

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

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

Zusammenstellung und Darstellung: GÖG

Tabelle A3.3:

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

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

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

F19.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper

Substanzen – schädlicher Gebrauch

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

Substanzen – Abhängigkeit

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

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

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

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

Tabelle A3.4:

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

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

Legende:

F11.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – schädlicher Gebrauch

F11.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide – Abhängigkeit

F12.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – schädlicher Gebrauch

F12.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide – Abhängigkeit

F14.1 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – schädlicher Gebrauch

F14.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain – Abhängigkeit

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

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

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

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

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

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

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

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

Suchtprävention

Inhalt

4	Suchtprävention.....	95
4.1	Zusammenfassung.....	95
4.2	Aktuelle Situation.....	96
4.2.1	Strategien und Organisation	96
4.2.2	Präventionsmaßnahmen	101
4.2.3	Qualitätssicherung	111
4.3	Trends.....	113
4.4	Neue Entwicklungen.....	114
4.5	Quellen und Methodik.....	117
4.6	Bibliografie	117
4.7	Zitierte Bundesgesetze.....	118
4.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	119
4.9	Anhang.....	119

4 Suchtprävention⁴²

4.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Entsprechend dem übergreifenden Suchtbegriff sind viele Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundenes Suchtverhalten. Es gibt sowohl in Hinblick auf legale als auch illegale Substanzen spezifische Aktivitäten bzw. Interventionen. Beispiele für etablierte österreichweite Maßnahmen sind *Gemeinsam stark werden* und *plus*, aber auch *movin'* bzw. *Move, Step by Step* (die auch unter anderen Namen umgesetzt werden) und *feel-ok.at*.

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

42

Der Fokus dieses Berichts liegt auf dem Bereich der illegalen Drogen. Daher werden auch in diesem Kapitel vorrangig suchtübergreifende Maßnahmen bzw. spezifische Maßnahmen zum Thema illegale Drogen dargestellt. Dennoch ist darauf hinzuweisen, dass Suchtprävention in Österreich bereits seit mehreren Jahren zunehmend legale Suchtformen fokussiert. Somit ist in diesem Bericht nur ein Teil der gesamten Suchtpräventionsmaßnahmen abgebildet.

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. Bewährte Maßnahmen werden dabei in einem kontinuierlichen Prozess fortgeführt und weiterentwickelt wie beispielsweise die zunehmende Einbindung digitaler Medien in Präventionsmaßnahmen. Damit – und durch Anpassungen universeller Maßnahmen – soll sichergestellt werden, dass auch besonders vulnerable Gruppen besser erreicht werden.

Neue Entwicklungen

Aufgrund von COVID-19 und der daraus folgenden Maßnahmen zeichnet sich eine starke Weiterentwicklung webbasierter Suchtpreventionsangebote ab, die in Zukunft die Landschaft der Suchtprevention bedeutend mitprägen werden. Hinsichtlich struktureller Prävention sind die Themen Rauchen und Jugendschutz weiterhin stark im Fokus diverser Aktivitäten. Im Berichtszeitraum sind neue Angebote entstanden, z. B. *ready4life*, ein Lebenskompetenzprogramm der universellen Suchtprevention oder *CANreduce*, ein Onlineselbsthilfeprogramm zur Cannabiskonsumreduktion.

4.2 Aktuelle Situation

4.2.1 Strategien und Organisation

In allen Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) sowie in der *Österreichischen Suchtpreventionsstrategie*⁴³ finden sich Ziele oder Leitsätze für die Suchtprevention. Darin wird zumeist betont, dass ein Gesamtkonzept mit einem umfassenden und ganzheitlichen (strukturell, interdisziplinär, ursachenorientiert) sowie zielgruppenspezifischen Ansatz notwendig ist und sich entsprechende Maßnahmen sowohl auf illegale als auch auf legale Substanzen und substanzungebundenes Suchtverhalten beziehen sollen. In diesem Sinne wird auch eine Kooperation mit Bildungs- und Erziehungseinrichtungen, jugendpolitischen Maßnahmen (Jugendsozialarbeit) sowie mit dem Gesundheitswesen angestrebt. In einzelnen Strategien wird auch problembehafteter Konsum als Thema der Suchtprevention mit berücksichtigt. Prävention wird als langfristiger pädagogischer Prozess und als gesamtgesellschaftliche Aufgabe verstanden, die darauf abzielt, die Persönlichkeitsentwicklung und die Lebenskompetenzen von Kindern und Jugendlichen zu fördern. In manchen Strategien wird auch das Erlernen eines kritischen Umgangs mit z. B. psychoaktiven Substanzen als Ziel formuliert. In Österreich haben alle Bundesländer Suchtstrategien (vgl. Kapitel 1, Tabelle 1.1), die allesamt die Bedeutung eines wertschätzenden, partizipativ-emanzipatorischen Menschenbildes und der Eigenverantwortung als Prinzip der Suchtprevention betonen. Die

43

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Prävention-und-Therapie/Österreichische-Suchtpräventionsstrategie.html> (Zugriff am 2. 9. 2020)

Suchtstrategien der Bundesländer haben jeweils spezielle Schwerpunktsetzungen wie beispielsweise der *Salzburger Rahmenplan 2016 bis 2020*, in dem unter einem kritischen Umgang mit psychoaktiven Substanzen bzw. mit Verhaltensweisen die Verhinderung des Konsums, das möglichst lange Hinauszögern des Konsumbeginns, die Bestärkung in punktueller Abstinenz sowie die Entwicklung von Risikokompetenz verstanden wird (Land Salzburg 2016). Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* weist darauf hin, dass auch erwachsene Personen mit passenden Maßnahmen erreicht werden sollten (BMG 2015).

In Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer werden Prioritäten gesetzt wie beispielsweise Internetnutzung, außerschulische Jugendarbeit, zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen oder *Neue psychoaktive Substanzen (NPS)*. Häufig werden als prioritäre Maßnahmen spezifische Aus-, Weiter- und Fortbildungen für Fachleute oder Multiplikatorinnen/Multiplikatoren aus verschiedensten Bereichen (z. B. Schulen, Vereinen, Betrieben) sowie die Weiterentwicklung bestehender und die Entwicklung neuer Angebote anhand von Risikoprofilen genannt. Teilweise werden in den Strategien auch einzelne konkrete Programme als umzusetzende Maßnahmen aufgezählt.

Abgesehen von den Sucht-/Drogenstrategien der Bundesländer und der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sind für die Suchtprävention in Österreich auch der § 13 SMG (vgl. Kapitel 2) sowie verschiedene strategische Dokumente von Bedeutung (z. B. jene des Bildungsressorts oder die den Health-in-All-Policies-Ansatz verfolgenden Gesundheitsziele Österreich; vgl. auch Kapitel 1). Hier ist vor allem der *Grundsatzertlass Gesundheitserziehung* zu nennen, der Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitserziehung verankert (BMUK 1997), sowie die Publikation „Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule“ (BMUKK 2008)⁴⁴. Auch die Grundsätze schulischer Suchtprävention⁴⁵ sind von Relevanz.

Auf Ebene der Bundesländer gibt es ebenfalls strategische Dokumente, die sich auf Suchtprävention beziehen (vgl. Kapitel 2). Im Zuge der Umsetzung dieser Strategien kommen neben substanzspezifischen auch substanzübergreifende Maßnahmen zum Einsatz (z. B. *feel-ok.at*)⁴⁶.

Schließlich sind auch die Positionspapiere der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* – etwa zu den Themen *Tabak* und *Alkohol* (vgl. Horvath et al. 2019) – zu nennen, die zwar keinen offiziellen Charakter haben, aber einen wichtigen Diskussionsbeitrag zu strategischen Überlegungen leisten⁴⁷.

44

https://www.schulpsychologie.at/fileadmin/user_upload/gesundheitsfoerderung.pdf (Zugriff am 10. 9. 2020)

45

<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/suchtpraevention> (Zugriff am 10. 9. 2020)

46

http://www.feel-ok.at/de_AT/jugendliche/jugendliche.cfm (Zugriff am 3. 7. 2020)

47

<https://www.suchtvorbeugung.net> (Zugriff am 3. 7. 2020)

Im Berichtsjahr wurden die Positionspapiere um das Thema *Glückspiel*⁴⁸ erweitert. Glücksspiel und Spielerschutz liegen vorrangig im Zuständigkeitsbereich des BMF. In den Positionspapieren wird u. a. gefordert, ein Gesamtkonzept zum Thema Prävention und Spielerschutz zu entwickeln, auf dessen Basis – bei ausreichender Finanzierung – die Themen Glücksspiel und Wetten in laufende Präventionsmaßnahmen integriert werden können (ARGE Suchtvorbeugung 2019).

Präventive Maßnahmen werden in Österreich zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene geplant, organisiert und umgesetzt, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Kapitel 1) eine zentrale Rolle spielen. Die Fachstellen in den Bundesländern sind unterschiedlich organisiert: als gemeinnützige GmbH (z. B. Wien), als gemeinnütziger Verein (z. B. NÖ) oder als Teil des Amtes der Landesregierung (z. B. Kärnten). Während beispielsweise die burgenländische Fachstelle der PSD Burgenland GmbH 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 (z. B. aus dem pädagogischen Bereich, dem kommunalen Bereich und dem betrieblichen Umfeld) erreicht werden soll. Die Angebote der Fachstellen decken häufig substanz- und settingübergreifende Ansätze in den Bereichen universelle⁴⁹ und selektive⁵⁰ Prävention ab. Maßnahmen zur indizierten Prävention⁵¹ werden zwar durchaus auch von den Fachstellen konzipiert, ihre Umsetzung erfolgt jedoch vorwiegend in Kooperation mit Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern anderer Einrichtungen (z. B. Drogenberatungsstellen) oder von Beschäftigungsangeboten. Wichtige weitere Aufgaben der Fachstellen sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung suchtpreventiver Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

48

<https://www.suchtvorbeugung.net/themen> (Zugriff am 15. 7. 2020)

49

Universelle Prävention wendet sich über verschiedene Settings (z. B. Schule, Gemeinde, Kindergarten) an große Gruppen der Bevölkerung, deren Vertreter/-innen – unabhängig von deren jeweiliger individueller Situation – dieselbe Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung eines Merkmals aufweisen.

50

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

51

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

Zusätzlich sind je nach Bundesland unterschiedliche weitere Akteurinnen und Akteure in die Planung, Organisation und Umsetzung von Suchtprävention involviert. Dies sind u. a. Suchthilfeeinrichtungen, deren Kerngeschäft die Beratung, Betreuung und Behandlung ist. In allen Bundesländern sind auch Präventionsbeamtinnen/-beamten der Polizei sowie Schulärztinnen und -ärzte und die Schulpsychologie in der Suchtprävention aktiv. Sie kooperieren teilweise eng mit den Fachstellen bzw. verwenden einheitliches Material. Ein Erlass des BMI stellt den Einsatz geschulter Präventionsbeamtinnen/-beamten sicher; diese werden durch die Fachstellen ausgebildet oder absolvieren andere Schulungen (z. B. im Rahmen des österreichweit eingesetzten kriminalpräventiven Programms *Look@your.Life*; vgl. Weigl et al. 2017). Zusätzlich werden in manchen Bundesländern Koordinatorinnen/Koordinatoren für schulische Suchtprävention eingesetzt, die ebenfalls von den Fachstellen geschult werden und zur strukturellen Verankerung sowie zur Qualitätssicherung von Suchtprävention an den Schulen beitragen sollen. Langjährige Erfahrungen mit solchen Kooperationen gibt es beispielsweise in Tirol (*Schulische Suchtinformation*)⁵² und Oberösterreich (*Koordinatorinnen/Koordinatoren für schulische Suchtprävention*)⁵³ (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). In Salzburg ist in der Bildungsdirektion eine eigene Kontaktinformationsstelle für schulische Präventionsarbeit (KIS) eingerichtet, die sich mit Gesundheitsförderung, Sucht- und Gewaltprävention beschäftigt. Auch regionale Gesundheitsförderungsanbieter/-innen spielen eine Rolle, z. B. ist *Styria vitalis* Trägerin der internetbasierten Präventionsmaßnahme *feel-ok.at* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2). Abgesehen von diesen Kooperationen sind auch einzelne Personen (z. B. Ärztinnen und Ärzte, ehemalige Userinnen und User) aktiv, die Schulen direkt ansprechen und einmalige Workshops anbieten. Präventive Maßnahmen vor allem im Bereich legaler Substanzen (Alkohol, Tabak) werden zum Teil vom Dachverband der Sozialversicherungsträger, der Österreichischen Gesundheitskasse und dem BMSGPK getragen und mitfinanziert.

Zur Entwicklung und Koordination österreichweiter Maßnahmen sowie von Wissenstransfer, Austausch und Vernetzung haben sich die Fachstellen zur *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zusammengeschlossen. Diese organisiert eine jährliche Fachtagung für ihre Mitarbeiter/-innen (vgl. Abschnitt 4.2.3), hat aber auch die Aufgabe, die Suchtprävention in wichtigen Gremien auf Bundesebene (z. B. im Bundesdrogenforum) zu vertreten. Zur Fachtagung werden jedoch auch optional ausgewählte Gäste eingeladen, für die das Fachtagungsprogramm relevant ist. Dazu gehört auch, zu aktuellen politischen Vorhaben aus fachlicher Sicht Stellung zu nehmen (siehe die erwähnten Positionspapiere).

52

http://www.kontaktco.at/fachbereiche/schule/allgemein/schulische_suchtinformatio (Zugriff am 3. 7. 2020)

53

<https://www.praevention.at/schule/bildungsangebote-fuer-lehrkraefte/lehrgang-koordinatorin-fuer-suchtpraevention> (Zugriff am 3. 7. 2020)

In den Bundesländern sind die Fachstellen mit relevanten Gremien vernetzt und z. B. in Suchtbeiräten vertreten. Zusätzlich gibt es regionale Vernetzungsaktivitäten mit den für Prävention wichtigen Akteurinnen/Akteuren und Institutionen wie z. B. das in Salzburg und Vorarlberg regelmäßig veranstaltete *Präventionsfrühstück*⁵⁴ oder regionale Arbeitskreise.

Auf Bundesebene spielt für das Setting Schule hinsichtlich Planung und Unterstützung von Gesundheitsförderung insbesondere das Bildungsministerium eine Rolle (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. jene der Landesgesundheitsförderungsfonds), aber auch aus den Bereichen Soziales und Bildung herangezogen werden. In Salzburg stellt beispielsweise das Salzburger Teilhabegesetz⁵⁵ die Grundlage für die Pauschalsubvention für die Salzburger Fachstelle für Suchtprävention dar (Rögl-Höllbauer, p. M.). Auf Bundesebene besteht eine Finanzierungsmöglichkeit über den Fonds Gesundes Österreich (FGÖ), die jedoch vorwiegend innovative Projekte und Veranstaltungen zum Wissenstransfer betrifft und eine Kofinanzierung erfordert. Gesundheitsförderungsfonds in den Bundesländern spielen im Rahmen der Finanzierung jedoch zunehmend eine Rolle. Ähnlich wie bei Budgets der Österreichischen Gesundheitskasse gibt es bei den Gesundheitsförderungsfonds thematisch und finanziell unterschiedliche Schwerpunktsetzungen in den Bundesländern. Das Bildungsressort finanziert im Wesentlichen die Schulpsychologie, die auch in suchtpreventive Aktivitäten involviert ist. Darüber hinaus erarbeitet und aktualisiert es Informationsmaterialien zum Thema „Suchtprävention in der Schule“ (BMUKK 2012 und BMUKK 2007)⁵⁶ oder fördert Projekte zu unterschiedlichen Gesundheits- und Umweltthemen über den Bildungsförderungsfonds für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung. Weitere Maßnahmen wie z. B. die Schulsozialarbeit oder das Jugendcoaching (vgl. Abschnitt 4.2.2.1), die nicht spezifisch auf Suchtprävention ausgerichtet sind und eher der Verhältnisprävention zugeordnet werden können, werden vom BMSGPK finanziert. Eine detaillierte Übersicht über die verschiedenen Budgets für suchtpreventive Aktivitäten auf Bundes- oder Landesebene gibt es nicht. Erhebungen von Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention werden zwar in unregelmäßigen Abständen durchgeführt, bieten aber nur ein recht grobes Bild (zuletzt für das Jahr 2016; vgl. Kapitel 1).

Schulische Programme wie *plus* oder *Gemeinsam stark werden* (vgl. Abschnitt 4.2.2.2 bzw. 4.4) werden größtenteils von den Bundesländern über die Fachstellen finanziert – in einigen Bundesländern finanziert die ÖGK mit. *Gemeinsam stark werden* wird zudem von der Weitblick GmbH mitfinanziert. Für die Umsetzung anderer suchtpreventiver Maßnahmen fallen manchmal Kosten

54

<https://www.akzente.net/fachbereiche/suchtprevention/veranstaltungen-themen/> (Zugriff am 10. 9. 2020)

55

Mit 1. November 2019 trat das neue Salzburger Teilhabegesetz in Kraft und ersetzt das bisherige Salzburger Behindertengesetz (Land Salzburg/ Rögl-Höllbacher, p. M.).

56

<https://www.schulpsychologie.at/gesundheitsfoerderung/suchtprevention> (Zugriff am 10. 9. 2020)

an, welche die „Auftraggeber“ (d. h. Schulen, Kindergärten etc., die an Programmen teilnehmen wollen) aus den eigenen Budgets zu tragen haben bzw. von den Eltern übernommen werden müssen.

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 Förderrichtlinien⁵⁷ 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 aller Glücksspielumsätze ist für die Stabsstelle für die Belange des Schutzes von Spielerinnen und Spielern 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 Präventionsfachleuten und z. B. auch in den Positionspapieren *Tabak* und *Glücksspiel* der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* zu finden. In der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* wird festgehalten, dass Suchtprävention durch Bund, Länder und Sozialversicherung gemeinsam finanziert werden soll, darin aber auch Einnahmen aus der Besteuerung von Alkohol, Tabak und Glücksspiel einfließen sollen.

4.2.2 Präventionsmaßnahmen⁵⁸

4.2.2.1 Strukturelle Prävention

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

57

<https://sdw.wien/de/ueber-uns/foerderungen> (Zugriff am 3. 7. 2020)

58

Aus der Fülle von Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden. Dabei werden jene bevorzugt erwähnt, die bundesländerübergreifend bzw. zumindest innerhalb eines Bundeslandes möglichst flächendeckend angeboten/umgesetzt werden. Die Beschreibung dieser Aktivitäten konzentriert sich auf deren Ansätze, Ziele und Zielgruppen. Details wie Fördergeber und Kooperationspartner sind auf den Websites oder in anderen Informationsmaterialien der jeweiligen Fachstelle zu finden.

der Verfügbarkeit von Substanzen über spezielle Maßnahmen zum Jugendschutz und zur Gesundheitsförderung⁵⁹ bis zu Maßnahmen in anderen Politikbereichen, welche die Lebensbedingungen und Handlungsspielräume Jugendlicher bzw. junger Erwachsener und indirekt auch deren Gesundheit wesentlich beeinflussen.

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

Strukturelle Prävention im **betrieblichen Setting** findet meist im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung statt. Dabei werden verschiedene Ansätze verfolgt: Neben strukturellen Veränderungen werden häufig Betriebsvereinbarungen abgeschlossen, die betriebspezifische abgestufte Vorgangsweisen im Umgang mit Suchtverhalten definieren. Diese sind häufig unspezifisch formuliert, konkrete Maßnahmen beziehen sich jedoch schwerpunktmäßig auf die Themen Alkohol⁶⁰ und Tabak⁶¹ (vgl. auch Abschnitt 4.2.2.2). Im Unterschied zu anderen Settings sind überwiegend Erwachsene die Zielgruppe der betrieblichen Suchtprävention; einzelne Programme fokussieren auch auf Lehrlinge.

59

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

<http://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion>, 1986 (Zugriff am 6. 7. 2020)

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

<https://gesundheitsziele-oesterreich.at/glossar/gesundheitsfoederungsstrategie> (Zugriff am 2. 9. 2020)

60

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.813739&portal=bgfportal> (Zugriff am 10. 9. 2020)

61

<https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.857598&portal=bgfportal> (Zugriff am 10. 9. 2020)

Maßnahmen, die sich direkt an **Kinder und Jugendliche** richten und deren Lebensumfeld positiv beeinflussen sollen, sind z. B. die außerschulische Jugendarbeit generell (mit dem Ziel, adäquate Räume für Jugendliche zu schaffen und Lobbyarbeit für sie zu betreiben), die Schulsozialarbeit (mit dem Ziel, die konkrete Lebenssituation von Schülerinnen und Schülern zu beeinflussen) oder das Jugendcoaching (mit dem Ziel, Schulabbrüche zu verhindern). Zu erwähnen sind auch die zunehmend umgesetzten *Jugendgesundheitskonferenzen*⁶², bei denen die im Vorfeld von den Jugendlichen durchgeführten Projekte und dabei erarbeiteten Vorschläge rund um das Thema Gesundheit präsentiert werden.

Hinsichtlich struktureller Maßnahmen mit Bezug auf Jugendschutz, **Alkohol, Tabak- und verwandte Erzeugnisse** sowie Wasserpfeifen u. Ä. sei auf die aktuellen Landes- und Bundesgesetze verwiesen (vgl. auch Abschnitt 4.4) bzw. auf Band 2 des „Handbuchs Alkohol“ (Uhl et al. 2020). Bezüglich Tabak und verwandter Erzeugnisse sowie Wasserpfeifen steht die Veränderung sozialer Normen im Vordergrund präventiver Maßnahmen, gleichzeitig auch die Förderung des Nichtrauchens und die Sensibilisierung Erwachsener hinsichtlich ihrer Vorbildrolle. In Bezug auf Alkohol existieren spezifische Maßnahmen zur strukturellen Prävention wie z. B. die Einschränkung von Verfügbarkeit und Werbung oder Konsumverbote, gleichzeitig finden Einschränkungen über allgemeine gesetzliche Regelungen statt, z. B. in der Gewerbeordnung, in der Straßenverkehrsordnung oder im ORF-Gesetz. Diese werden jedoch zumeist nicht explizit als strukturelle Prävention wahrgenommen bzw. von Fachleuten der Suchtprävention als zu wenig weitreichend beurteilt.

Kommunale Suchtprävention gewährleistet den strukturellen Rahmen für Maßnahmen mit dem Ziel, Menschen eine Umgebung zu bieten, die das suchtfreie Aufwachsen und Leben bestmöglich unterstützt. Die Umsetzung kommunaler Suchtprävention erfordert die durchgehende Initiative und Betreuung durch Verantwortungsträger/-innen einer Gemeinde. In Niederösterreich initiierte die Fachstelle für Suchtprävention beispielhaft einen Schwerpunkt zur kommunalen Suchtprävention⁶³ und unterstützt dabei über einen Zeitraum von mindestens 2,5 Jahren Gemeinden (Bürgermeisterinnen/Bürgermeister, Gemeinderätinnen/Gemeinderäte, die Bevölkerung der Gemeinde) beim Aufbau bzw. der Verbesserung suchtpreventiver Strukturen unter Einbindung der Bevölkerung. Ziel dieses Projekts ist die Verminderung von Risikofaktoren bei gleichzeitigem Ausbau von Schutzfaktoren für ein suchtfreies Leben in der Gemeinde.

62

Diese werden als ein Schwerpunkt der Vorsorgestrategie 2015/2016 mit dem Ziel, die Gesundheitskompetenz Jugendlicher zu stärken, von der Bundesgesundheitsagentur gefördert. Mehr Information dazu finden sich unter <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitsfoerderung/Vorsorgemittel/Projekte-im-Zeitraum-2017-bis-2021.html> (Zugriff am 6. 7. 2020).

63

https://www.fachstelle.at/kommunale_suchtpraevention (Zugriff am 6. 7. 2020)

4.2.2.2 Universelle Suchtprävention

Entsprechend dem substanzenübergreifenden Suchtbegriff sind viele suchtpräventive Maßnahmen in Österreich nicht substanzspezifisch ausgerichtet. Sie beziehen sich auf substanzungebundenes wie auch substanzgebundenes Suchtverhalten. Je nach Zielgruppe sind in allgemeine suchtpräventive Maßnahmen auch substanzspezifische Elemente integriert. Der Großteil der in Österreich umgesetzten Präventionsmaßnahmen setzt auf die Förderung der Lebenskompetenz von Kindern und Jugendlichen, auf soziales Lernen und Erlebnispädagogik sowie – vor allem bei Jugendlichen – auf die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten. Eine Auswahl von Angeboten im Bereich der universellen Suchtprävention ist in Tabelle 4.1 zu finden.

Mit den **österreichweiten Standardprogrammen** *Gemeinsam stark werden*⁶⁴ und *plus*⁶⁵ (vgl. auch Anhang) werden Maßnahmen umgesetzt, die richtungsweisenden Charakter für die längerfristige Ausrichtung der Suchtprävention auf nationaler Ebene haben. Neben einigen Standardprogrammen gibt es aber eine Vielzahl regionaler Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt, weiterentwickelt und auf andere Bundesländer ausgedehnt werden. Auch *feel-ok.at* wird in den meisten österreichischen Bundesländern angeboten und umgesetzt. Die internetbasierte Plattform richtet sich an Jugendliche zwischen zwölf und 18 Jahren sowie Eltern und Lehrpersonal, soll u. a. einen gesunden Umgang mit Stress, aber auch ein angemessenes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen fördern und arbeitet mit Selbsttests, Quiz, Videos etc. Für Lehrpersonen stehen Unterrichtsmaterialien zur Verfügung, für Eltern Informationen über Zusammenhänge zwischen Gesundheits-, Lebenskompetenz und Suchtprävention.

Auf **regionaler Ebene** ist die Landschaft der Suchtprävention durch eine Fülle von Maßnahmen geprägt, die in unterschiedlichen Settings (z. B. Schule, Kindergarten, Familie, Betrieb, Lehrlingswesen, außerschulisches Setting) stattfinden, zum Teil auf konkrete Zielgruppen (z. B. Kinder/Jugendliche, Migrantinnen/Migranten, Multiplikatorinnen/Multiplikatoren, Frauen, Männer, Erwachsene) ausgerichtet sind oder setting- und zielgruppenübergreifenden Charakter haben. Die Gestaltung der Maßnahmen beruht auf etablierten Methoden wie dem Einsatz von Workshops, Schulungen, Fortbildungen, Elternabenden, theater- und erlebnispädagogischen Ansätzen oder – in den letzten Jahren verstärkt – auf dem Einsatz digitaler Medien über Webinare oder Formate wie Digital Storytelling.

64

<https://mitweitblick.org/projekte/lebe-lebenskompetenzprogramm-fuer-die-volkschule> (Zugriff am 6. 7. 2020)

65

<http://www.suchtvorbeugung.net/plus> (Zugriff am 6. 7. 2020)

Tabelle 4.1:
Universelle Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel der Maßnahme	Österreich/ Bundesland	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanz- klasse		Setting						
		Alle Zielgruppen	Erwachsene	Männer	Frauen	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	Ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere:	Substanzübergreifend	Substanzspezifisch	Settingübergreifend	Kommune	außerschulisch Betrieb, Lehrlingswesen und Berufsschule	Schule, Kindergarten	Familie
<i>Gemeinsam stark werden</i>	Ö		x			x			x		x	x				x	x
<i>Plus</i>	Ö		x			x			x		x	x				x	x
<i>Feel-ok.at</i>	Ö		x			x			x		x	x				x	x
<i>Grundlagen Sucht und Prävention im Kindes- und Jugendalter</i>	W					x			x		x		x			x	x
Sucht und offene Jugendarbeit	B		x	x	x	x			x		x	x	x		x	x	
<i>Verwurzelt – Kinder fürs Leben stärken</i>	B		x			x			x		x					x	x
Spielzeugfreier Kindergarten	St								x		x						x
<i>Mit 8 Sachen startklar werden, Kiga</i>	S					x			x		x					x	x
<i>Lebenskompetenzen stärken</i>	W					x			x		x			x		x	x
<i>Die Dosis – Peer-Theater</i>	W					x	x				x			x		x	
<i>Peer-Education</i>	OÖ					x			x		x					x	
<i>it's up2U – Suchtinfo für Jugendliche</i>	T			x	x	x						x			x		
<i>ready4life – SMS-Coaching-Programm</i>	OÖ					x						x	x		x	x	
<i>NIKOTEEN</i>	V					x	x		x			x	x		x	x	x
Workshops Suchtprävention in der Schule	NÖ		x			x			x		x	x					x
<i>Klarsichtkoffer Tabak & Alkohol</i>	S					x			x			x	x		x	x	
<i>GrenzGang – ein suchtpreventives Outdoor-Angebot für Schulklassen</i>	W					x					x			x			
<i>www.Stepcheck.at</i>	OÖ		x						x	x	x				x	x	
Intravisionen zu Angeboten/ Themen	NÖ								x		x	x					
<i>Wie schütze ich mein Kind vor Sucht?</i>	NÖ		x								x	x					x
Seminare in der Jugendarbeit	NÖ								x		x			x			
Erstellung eines Präventionskonzepts im betrieblichen Setting	V	x									x					x	
<i>klartext:sucht</i> – Fortbildung für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	V					x	x		x		x			x	x	x	x
<i>Gesund aufwachsen</i> – Fortbildung zur Förderung der Lebenskompetenzen	V					x			x			x				x	x
Fachvorträge für Referentinnen/ Referenten	NÖ								x		x						x
Ausbildung externer Referentinnen/ Referenten	B		x	x	x				x		x	x					
<i>EKIs – Eltern(kurz)vorträge</i>	S		x			x	x		x			x	x		x	x	x
Lehrgang für Koordinatorinnen/ Koordinatoren	OÖ								x			x		x			
Themenspezifische Maßnahmen	B	x	x			x			x		x	x		x	x	x	x
Sucht und Arbeitswelt	B	x									x	x	x		x	x	x
Webinare	NÖ		x								x						x

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

4.2.2.3 Selektive Suchtprävention

Selektive Präventionsmaßnahmen sind an Risikogruppen gerichtet, d. h. an Personen, die gefährdeter erscheinen, Substanzen zu missbrauchen bzw. abhängig zu werden. Hierzu zählen beispielsweise Angebote, zu deren Zielgruppe vulnerable Gruppen zählen wie etwa **Kinder aus suchtbelasteten Familien**. Diese Maßnahmen basieren auf der Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, entweder im Rahmen von Ausbildungen (an pädagogischen Hochschulen) oder als spezifische Seminare und Workshops u. a. für Kindergartenpädagoginnen und -pädagogen. In diesen Schulungen werden meist theoretische Grundlagen vermittelt und anhand praktischer Übungen und konkreter Beispiele Handlungskompetenzen gefestigt. Die Reflexion der eigenen fachlichen und persönlichen Grenzen sowie Vernetzungsmöglichkeiten stehen dabei im Vordergrund. Der Fokus dieser Schulungen liegt auf der Sensibilisierung von Fachpersonal in Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen, das aufgrund des Vertrauensverhältnisses betroffene Kinder besonders gut unterstützen kann. Eine Auswahl von Angeboten im Bereich der selektiven Suchtprävention ist in Tabelle 4.2 zu finden.

Etliche bereits etablierte Präventionsmaßnahmen richten sich an die Zielgruppen **Kinder/Jugendliche** und **Multiplikatorinnen/Multiplikatoren**. Diese Maßnahmen werden vor allem in Settings wie z. B. sozialpädagogischen und arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen angeboten. In methodischer Hinsicht werden vor allem Fortbildungsmaßnahmen für Trainer/-innen umgesetzt. Als Zielgruppe haben in der selektiven Suchtprävention vulnerable Gruppen einen besonderen Stellenwert. Sie sind aufgrund ihrer Lebensumstände besonders zu beachtende Zielgruppen und können im Rahmen universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden. Projekte für beispielsweise Menschen mit Flucht- und Migrationshintergrund sind *Mamma Mia* (Oberösterreich)⁶⁶ und *eltern.chat* (Vorarlberg)⁶⁷.

Drug-Checking⁶⁸

Im **Freizeitbereich** liegt der Fokus auf der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie auf Alternativen zum Substanzkonsum; ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. In Österreich gibt es zwei Drug-Checking-Maßnahmen. Das Angebot *checkit!* der Suchthilfe Wien bietet im Raum Wien integriertes Drug-Checking (Beratung

66

<https://www.praevention.at/familie/mammamia-muetter-im-gespraech> (Zugriff am 13. 7. 2020)

67

<https://familie.or.at/projekt-eltern-chat> (Zugriff am 13. 7. 2020)

68

Unter „drug checking“ ist ein integrierter Ansatz zu verstehen, der die Analyse von Substanzen mit Beratung verknüpft (TEDI 2011). Mehr Information zu dieser Methode unter: <http://www.checkyourdrugs.at/drug-checking-2> (Zugriff am 13. 7. 2020)

und Analyse) an und ist ein wissenschaftliches Kooperationsprojekt mit der Medizinischen Universität Wien. Das Projekt dient zudem zur Kontaktaufnahme mit Jugendlichen. Eine ähnliche Maßnahme wird in Tirol mit *Drogenarbeit Z6* angeboten (vgl. die Kapitel 3, 6 und 7).

Einige Angebote sind auf den beratenden Schwerpunkt ausgerichtet wie etwa in Vorarlberg *taktisch klug*⁶⁹ und in Niederösterreich *Checkpoint*⁷⁰. Als Kommunikationstool werden dabei vorwiegend Onlineberatungen, Apps und Websites verwendet.

Websites wie www.mindyourtrip.eu und www.knowyourdrugs.at bieten umfassende Informationen zu Konsum, Safer Use und Substanzen an.

Als Beispiel für Maßnahmen, die bereits mit psychoaktiven Substanzen experimentierenden Jugendlichen Alternativen zum Substanzkonsum aufzeigen, kann *Walk About*⁷¹ (Tirol) genannt werden. Die erlebnispädagogischen Gruppenaktivitäten dieses Angebots ermöglichen es, Verhaltensmuster und Gruppendynamiken sichtbar zu machen und für die weitere Reflexion des Substanzkonsums zu nutzen (Z6/Drogenarbeit 2015).

69
<https://www.taktischklug.at> (Zugriff am 13. 7. 2020)

70
https://www.fachstelle.at/checkpoint_-fachstelle_noe_goes_nightlife (Zugriff am 13. 7. 2020)

71
<https://www.drogenarbeitz6.at/walk-about.html> (Zugriff am 13. 7. 2020)

Tabelle 4.2:
Selektive Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel der Maßnahme	Öster- reich/ Bundes- land	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanz- klasse		Setting						
		Alle Zielgruppen	Erwachsene	Männer	Frauen	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	Ältere Menschen	Multiplikatorinnen/ Multiplikatoren	weitere:	substanzübergreifend	Substanzspezifisch	Settingübergreifend	Kommune	außerschulisch Betrieb, Lehrlingswesen und Berufsschule	Schule, Kindergarten	Familie
Schulungen von Lehrerinnen und Lehrern zum § 13 SMG	Ö		x						x		x						
<i>Grundlagen zu Sucht und Prävention bei Kindern/Jugendlichen für Fachkräfte</i>	W					x				x				x			
<i>Freizeit sucht Grenzen</i>	B					x				x	x				x		
<i>Sucht und Arbeitswelt</i>	B	x	x			x				x	x	x		x	x	x	
<i>Way out</i>	K					x				x		x					
<i>Sucht, Rausch und Risiko, Seminar</i>	K, S		x			x				x	x	x		x	x		
<i>NIKOTEEN</i>	K					x					x					x	
<i>Choice - Training zur Selbstwahrnehmung</i>	St					x				x		x				x	x
<i>ready4life - SMS-Coaching-Programm</i>	OÖ					x					x	x		x	x		
<i>angeRAUSCHt - Workshops Jugendsozialarbeit, Lehre</i>	S					x				x	x	x		x	x		
<i>PRAKOM - Präventionskompetenz in der Jugendarbeit und Jugendhilfe</i>	St									x				x			
Seminare in der Jugendarbeit	NÖ									x	x			x			
<i>Encare - Netzwerk</i>	OÖ		x			x				x		x					
<i>www.Stepcheck.at</i>	OÖ		x							x		x			x	x	
<i>SUPArb - Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext</i>	W		x							x					x		
Intravisionen zu Angeboten/Themen	NÖ									x	x	x					
Bildungsangebote für Multiplikatorinnen/Multiplikatoren	OÖ									x	x				x		
Fachtagung <i>Drogen - (kein Thema an Schulen?)!</i>	K									x						x	
SKOLL - Selbstkontrolltraining	S		x			x	x			x	x	x		x	x		
Fachvorträge für Referentinnen/Referenten	NÖ									x	x	x					

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

4.2.2.4 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Suchtprävention wird in Österreich hauptsächlich in Form von Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention eingesetzt, wenn noch keine Abhängigkeitsmerkmale vorliegen. Diese Maßnahmen basieren ausschließlich auf einem beobachteten Risikoverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten. Sie beziehen sich meistens auf den Konsum von Alkohol oder sind substanzübergreifend konzipiert. Eine Auswahl von Angeboten indizierter Suchtprävention ist in Tabelle 4.3 zu finden.

In allen Bundesländern werden seit vielen Jahren unter der Bezeichnung *Movin'* regelmäßig Fortbildungen in motivierender Gesprächsführung angeboten (vgl. auch Anhang). Die Zielgruppe bilden Personen aus verschiedensten Bereichen (z. B. aus der außerschulischen Jugendarbeit), die mit (riskant) konsumierenden Jugendlichen arbeiten. Im Vordergrund steht die Kommunikation mit Klientinnen und Klienten mit ambivalenten Einstellungen zu ihrem Substanzkonsum bzw. problematischen Suchtverhalten. Das Angebot basiert auf dem transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung nach Prochaska und DiClemente⁷².

Step by Step ist ein österreichweites Programm zum einheitlichen Umgang mit der Früherkennung und -intervention bei Anlassfällen in Schulen gemäß § 13 SMG (vgl. Kapitel 2). *Step by Step* wird in Österreich weitgehend einheitlich umgesetzt, am häufigsten werden Schulungen für Lehrer/-innen angeboten. Im Laufe der letzten Jahre wurde das Programm in den einzelnen Bundesländern den regionalen Erfordernissen angepasst und zum Teil auch unter anderen Namen angeboten. Neben der Schulung von Personen, die mit Jugendlichen zu tun haben (z. B. im Rahmen schulinterner Fortbildungen [SCHILF] für 15–25 Lehrkräfte), wird auch das Bewusstsein für die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer standardisierten Vorgehensweise gefördert. Für Lehrlingsverantwortliche oder Schlüsselkräfte in Betrieben und Schulen wurden spezielle Tools mit konkreten Handlungsanleitungen für die praktische Anwendung entwickelt, sie sind unter anderem auf der Website *stepcheck*⁷³ zu finden. In Kärnten können suchtgefährdete Jugendliche im Sinne des § 13 SMG an das Projekt *Way out* vermittelt werden, das risikogefährdeten Jugendlichen ermöglicht, im Laufe von sechs Monaten in Einzel- und Gruppensettings Handlungsalternativen zum Substanzkonsum zu erkennen und ihre psychosozialen Kompetenzen zu stärken. *Way Out* ist als gesundheitsbezogene Maßnahme entsprechend § 11 SMG definiert. Der Zugang erfolgt ausschließlich über die Paragraphen 12 und 13 des SMG. Unter dem Namen *Hinschauen und Handeln* werden zudem umfassende Vorträge für Pädagoginnen und Pädagogen am jeweiligen Schulstandort abgehalten. Sie sollen dabei unterstützen, problematischen Substanzkonsum besser einschätzen zu lernen und höhere Sicherheit in der Reaktion darauf zu gewinnen (Kriechbaum-Wladika p. M.). In Tirol werden im Gegensatz zu anderen Bundesländern keine Schulungen für Lehrerinnen und Lehrer angeboten.

72

Mehr Informationen unter <http://www.motivationalinterviewing.org> (Zugriff am 13. 7. 2020)

73

Die Website wurde vom Institut Suchtprävention der pro mente OÖ gemeinsam mit der AUVA-Landesstelle Linz entwickelt. Mehr Information unter www.stepcheck.at (Zugriff am 13. 7. 2020)

Frühe Hilfen

In Österreich wird über das Programm *Frühe Hilfen*⁷⁴ der Aufbau regionaler Strukturen gefördert, die eine frühzeitige Unterstützung von schwangeren Frauen und Familien mit Neugeborenen bzw. Kleinkindern ermöglichen, deren Lebensumstände belastend sind. *Frühe Hilfen* integrieren verschiedenste Wirk- und Handlungsaspekte, sie sind einerseits als Gesundheitsförderung im Setting Familie bzw. als universelle Prävention zu verstehen, andererseits als indizierte Prävention, da einzelne Familien mit Unterstützungsbedarf identifiziert und auf freiwilliger Basis entsprechend ihrer individuellen Situation begleitet werden. Der Fokus liegt zwar nicht vorrangig auf dem Thema Sucht bzw. Suchtprävention, suchtblastete Familien sind jedoch auch eine Zielgruppe der *Frühen Hilfen*. Die bestehenden Kooperationen zwischen den regionalen Frühe-Hilfen-Netzwerken und den Fachstellen für Suchtprävention bzw. der Suchthilfe ermöglichen bei Bedarf die Weitervermittlung von Familien zu spezifischen Angeboten. Beispielsweise werden in Niederösterreich auf diesem Weg Vorträge zum Thema „Sucht in der Schwangerschaft und Stillzeit“ angeboten, (werdende) Mütter mit problematischem Konsum legaler oder illegaler Drogen können an das Projekt DESK (Drogen, Eltern, Sucht, Kinder) weitervermittelt werden. In Wien kooperiert das regionale Frühe-Hilfen-Netzwerk u. a. mit der Sucht- und Drogenkoordination Wien. Im Zuge von *Kinder aus suchtbelasteten Familien* findet eine Kooperation zwischen der Wiener Kinder- und Jugendhilfe, dem Wiener Sucht- und Drogennetzwerk und dem Wiener Gesundheitsverbund sowie *Mobies*, einem Beratungsangebot für (werdende) Eltern mit Suchtproblematik statt. Der Ausbau des indizierten Frühe-Hilfen-Angebots läuft weiter, zum Stichtag 31. 12. 2019 standen österreichweit 24 Frühe-Hilfen-Netzwerke zur Verfügung, die 63 von insgesamt 116 politischen Bezirken abdeckten.

74

<http://fruehehilfen.at> (Zugriff am 13. 7. 2020)

Tabelle 4.3

Indizierte Suchtprävention – ausgewählte Maßnahmen

Titel der Maßnahme	Öster- reich/ Bundes- land	Zielgruppe (direkt bzw. indirekt)							Substanz- klasse		Setting							
		Alle Zielgruppen	Erwachsene	Männer	Frauen	Kinder/Jugendliche	Migrantinnen/Migranten	Ältere Menschen	Multiplikatoren/ MultiplikatorIn	weitere:	Substanzübergreifend	Substanzspezifisch	Settingübergreifend	Kommune	außerschulisch	Betrieb, Lehrlingswesen und Berufsschule	Schule, Kindergarten	Familie
<i>Movin´</i>	Ö		x			x			x		x	x						
<i>Step by Step</i>	Ö		x			x			x		x	x	x					
<i>SKOLL – Selbstkontrolltraining</i>	S					x					x	x		x				
<i>Flow Akut – Netzwerk zur Suchtvor- beugung</i>	OÖ		x			x	x		x		x	x		x				
<i>www.Stepcheck.at</i>	OÖ		x						x	x	x		x		x	x		
Individuelle Beratung und Erst- abklärung	V	x									x		x					
<i>SUPArb – Gesprächsführung mit konsumierenden Personen</i>	W		x						x		x				x			
<i>kT/KISS – Kontrolliertes Trinken / Kompetenz im selbstbestimmten Substanzkonsum</i>	W		x						x		x	x	x					
<i>CANreduce – Online-Selbsthilfe-Pro- gramm zur Cannabis-Konsumre- duktion</i>	W		x									x	x					

Quelle: Fachstellen Suchtprävention; GÖG-eigene Darstellung

4.2.3 Qualitätssicherung

Qualität in der Suchtprävention wird auf verschiedene Art beeinflusst bzw. sichergestellt. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Vorgaben der Sucht- bzw. Drogenstrategien und -konzepte sowie die vielfältigen Koordinations- und Kooperationsmechanismen (vgl. Abschnitt 4.2.1 und Kapitel 1).

Lehrgänge

Auch Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote, die teilweise Voraussetzung für die Mitarbeit in den jeweiligen Fachstellen sind, tragen wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Lehrgänge werden auch nach Bedarf angeboten und durchaus nach geänderter Bedarfslage auch wieder ausgesetzt (z. B. Lehrgänge zum Thema Jugendliche mit Fluchterfahrung). Zu den aktuellen Bildungsangeboten gehören u. a. folgende Lehrgänge:

Umfeld Schule

- » der „Masterstudien- und Hochschullehrgang zur Sucht- und Gewaltprävention in pädagogischen Handlungsfeldern“ der Pädagogischen Hochschule Oberösterreich in Kooperation mit der Fachhochschule Oberösterreich, dem Institut Suchtprävention der pro mente OÖ und der Johannes-Kepler-Universität (11 Module, 120 ECTS-Punkte),
- » Lehrgänge für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wie z. B. der Lehrgang zum Thema „Suchtprävention in Schulen“ der Pädagogischen Hochschule in Niederösterreich (6 ECTS)
- » oder der Lehrgang „Kordinatorin/Kordinator für Suchtprävention – Lehrgang zur schulischen Suchtvorbeugung“ in Oberösterreich (3 Semester, 3 Module)

Akteurinnen/Akteure im Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesen

- » der Lehrgang „Suchtberatung und Prävention“ an der FH St. Pölten im Rahmen des Studiengangs Soziale Arbeit (als Zertifikats-, akademischer- oder Masterlehrgang, 120 ECTS)
- » der „Lehrgang für Referentinnen/Referenten der Suchtvorbeugung“ der Fachstelle für Suchtprävention Niederösterreich (10 Module),
- » der risflecting-Lehrgang für risikopädagogische Begleiter/-innen in Kooperation mit dem Landesjugendreferat in Kärnten
- » Lehrgang „Suchtprävention“ für Mitarbeiter/-innen der außerschulischen Jugendarbeit, Jugendqualifizierungs- und Arbeitsintegrationsmaßnahmen sowie Personen aus der Lehrlingsausbildung

Die Wissensvermittlung ist das zentrale Qualitätssicherungsmerkmal der Lehrgänge und Weiterbildungen. Die Vernetzung von Stakeholdern der Suchtprävention im Rahmen von Suchtpräventionsveranstaltungen trägt durch den intensivierten Erfahrungsaustausch ergänzend zur Qualitätssicherung bei.

Tagungen

Die jährliche Fachtagung der *Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung* widmete sich im Jahr 2019 unter dem Titel „Brennpunkt Gesellschaft unter Druck – was nun?“⁷⁵ dem Thema suchtpreventiver Strategien in Zeiten von Leistungsdruck und Optimierungszwang. Des Weiteren ist die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* mit anderen deutschsprachigen Fachinstitutionen vernetzt und um einen regelmäßigen fachlichen Austausch bemüht. Sie organisiert u. a. das internationale Fo-

75

<https://www.suchtvorbeugung.net/tagung> (Zugriff am 13. 7. 2020). Die Fachtagung 2019 fand wie geplant statt. Die Fachtagung 2020 musste aufgrund von COVID-19 abgesagt werden.

rum Suchtprävention. Auf regionaler Ebene finden ebenfalls regelmäßige Fachtagungen statt. Beispielsweise sei hier die vom Land Kärnten veranstaltete Tagung in Klagenfurt erwähnt, die sich im Jahr 2019 mit dem Thema „Drogen – (k)ein Thema an Schulen?!“ beschäftigte.

Eine wichtige Rolle spielen weiters auch 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. Auch das Leitbild der „Professionellen Suchtprävention in Österreich“, das 2002 von den Fachstellen für Suchtprävention mit externer Begleitung erarbeitet wurde, unterstützt die Qualitätssicherung. Mittlerweile werden Qualitätsstandards, die bereits seit Jahren bestehen, zum Teil einer Überarbeitung unterzogen. Um zu gewährleisten, dass bestehende und zukünftige Jugendsuchtberatungen qualitativ hochwertig und nach einheitlichen Standards agieren, wurden beispielsweise im aktuellen Berichtszeitraum in Niederösterreich die entsprechenden Qualitätsstandards überarbeitet.

Evaluierungen und Monitorings

Bei der Umsetzung präventiver Maßnahmen sind Evaluierungen State of the Art, wobei darauf geachtet wird, dass anlassbezogen ein umsetzbares Evaluationsdesign ausgewählt wird. Im Falle bereits evaluierter und bewährter Methoden werden oftmals ein gutes Monitoring und fallweise Ergebnisevaluierungen als ausreichend angesehen.

Im Zeitraum Frühjahr 2018 bis März 2020 wurde das Peer-Theaterprojekt *Die Dosis* (Wien) intern evaluiert. Zu Beginn wurden die Darsteller/-innen zu ihrer Motivation für die Teilnahme am Theaterstück befragt. Am häufigsten wurde das Interesse am Schauspielen genannt, gefolgt vom Interesse am Thema. Als Motivation dabeizubleiben, wurde am häufigsten das Team genannt. Bei der Abschlussbefragung gaben acht der zwölf befragten Darsteller/-innen an, dass sich ihre Einstellung zu Drogen durch das Peer-Theater verändert habe. Mehr als die Hälfte der befragten Zuschauer/-innen gab an, bei der Aufführung oder danach darüber nachgedacht zu haben, warum Menschen Suchtmittel konsumieren bzw. wie es Menschen nach dem Konsum von Suchtmitteln geht. 86 Prozent der befragten Begleitpersonen würden *Die Dosis* weiterempfehlen, 75 Prozent halten die Maßnahme zur Suchtprävention für Jugendliche für geeignet.

4.3 Trends

Suchtpräventive Aktivitäten in Österreich sind überwiegend substanzunspezifisch ausgerichtet. In den letzten zehn Jahren sind bei substanzspezifischen Ansätzen die legalen Substanzen (wie bspw. Tabak) verstärkt ins Blickfeld gerückt. Spezifische Maßnahmen zur Suchtvorbeugung im Zusammenhang mit illegalen Substanzen spielen inzwischen eine eher untergeordnete Rolle. Das Spektrum der Aktivitäten wird laufend ausgeweitet, sodass auch Gewaltprävention und Suizidprävention sowie die Prävention der Entwicklung psychischer Störungen zunehmend Themen der Fachstellen werden. Dies zeigt sich auch in der Entwicklung und Einbindung von Zusatzmodulen für die öster-

reichweit eingesetzten Standardprogramme. Im Sinne des ganzheitlichen Ansatzes der Suchtprävention(sstrategie) werden z. B. seit 2015 in fast allen Bundesländern auch Workshops zum Thema Glücksspiel für Jugendliche angeboten.

Digitale Medien spielen eine immer wichtigere Rolle in der Suchtprävention, und zwar sowohl als Problemfeld als auch in der Angebotslandschaft im Rahmen von Maßnahmen.

Generell werden die etablierten Programme verstärkt umgesetzt und weiterentwickelt, insbesondere Schulungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, indem z. B. weitere Berufsgruppen angesprochen und weitere Settings involviert werden. Darüber hinaus hat sich immer wieder gezeigt, dass die Standardprogramme für bestimmte Schultypen nicht ausreichen bzw. angepasst werden müssen. Schon seit einiger Zeit stehen daher neben diesen Anpassungen auch selektive Präventionsmaßnahmen stärker im Fokus der Fachstellen für Suchtprävention. Während durch die Anpassungen universeller Maßnahmen sichergestellt werden soll, dass auch sozial/sozioökonomisch benachteiligte Personen besser erreicht werden, zielen die selektiven Angebote stark darauf ab, (Hoch-)Risikogruppen zu erreichen.

4.4 Neue Entwicklungen

Für das Thema **strukturelle Prävention** ist relevant, dass seit Anfang 2019 der Jugendschutz österreichweit weitgehend einheitlich geregelt ist. Dies betrifft Ausgehzeiten, den Konsum von Alkohol und Tabak- bzw. verwandten Erzeugnissen:

- » Jugendliche unter 14 Jahren dürfen sich an allgemein zugänglichen Orten und bei öffentlichen Veranstaltungen bis maximal 23 Uhr aufhalten, Jugendliche zwischen 14 und 16 Jahren dürfen dies bis ein Uhr nachts. Ab 16 Jahren gibt es keine diesbezügliche Einschränkung.
- » Rauchen ist Jugendlichen unter 18 Jahren verboten, ebenso der Konsum anderer Tabakerzeugnisse, wie E-Zigaretten, (E-)Shishas, Wasserpfeifen sowie der Erwerb und Besitz all dieser Produkte.
- » Der Konsum, Erwerb und Besitz von Wein und Bier ist ab 16 Jahren erlaubt, der Konsum von gebranntem Alkohol bzw. Mischgetränken, die solchen enthalten, erst ab 18 Jahren.

In Österreich trat mit 1. November 2019 ein absolutes Rauchverbot in der Gastronomie in Kraft. Das Rauchverbot gilt sowohl in den Gasträumen als auch in allen anderen den Gästen zur Verfügung stehenden Innenbereichen. Rauchen bleibt lediglich auf Freiflächen erlaubt. Als Freiflächen gelten dabei im Wesentlichen entweder nach oben hin offene Bereiche, oder (teilweise) überdachte, deren seitliche Flächen höchstens zu 50 Prozent ummantelt sind. Vom gesetzlichen Rauchverbot (verankert im TNRS) sind nicht nur Tabakerzeugnisse erfasst, sondern auch verwandte Erzeugnisse wie elektronische Zigaretten, pflanzliche Raucherzeugnisse, neuartige Tabakerzeugnisse (z. B. Tabakerhitzer) und ebenso Wasserpfeifen.

Die *Dialogwoche Alkohol* wird alle zwei Jahre in Österreich veranstaltet und ist eine Initiative der Österreichischen ARGE Suchtvorbeugung in Kooperation mit dem Dachverband der österreichi-

schen Sozialversicherung und der Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich und wird vom Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz gefördert. Im Mai 2019 fand sie zum zweiten Mal unter dem Motto *Wie viel ist zu viel?* statt.

Im Berichtszeitraum wurden wieder **neue Maßnahmen** entwickelt, bzw. befanden sich solche im Entwicklungsprozess:

- » Seit März 2019 bietet das Institut für Suchtprävention der pro mente Oberösterreich das SMS-Coaching-Programm *ready4life* an, ein kostenloses digitales Coaching-Programm, welches sich insbesondere an Lehrlinge richtet. Es wurde in der Schweiz entwickelt und wird in Kooperation mit dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung umgesetzt. Der Schwerpunkt des interaktiven Lebenskompetenzprogramms liegt auf der Unterstützung der Jugendlichen bei der Bewältigung von Stresssituationen, Konflikten und negativen Gefühlen sowie auf dem Umgang mit Substanzen (Tabak, Alkohol). Zum Berichtszeitpunkt wird die App überarbeitet und um die Module Cannabis und Medienkonsum erweitert. Ab Herbst 2020 werden wieder Workshops angeboten, und die überarbeitete App wird für Lehrlinge aktiviert.
- » Im Burgenland wird seit 2019 ein neues Lebenskompetenzprogramm für den Kindergartenbereich umgesetzt. Die Fortbildungsreihe *Verwurzelt – Kinder fürs Leben stärken* richtet sich an Akteurinnen/Akteure im Kindergartenbereich und hat zum Ziel, wissenschaftlich fundierte Kenntnisse in Bezug auf Lebenskompetenzansätze praxisrelevant weiterzugeben. Der Lebenskompetenzansatz gilt aktuell als einer der erfolgreichsten Ansätze in der Gewalt- und Suchtprävention. Als zusätzliches Ziel der Fortbildungsreihe soll die Zusammenarbeit im Team gestärkt werden. Eltern können durch Elternabende und Workshops eingebunden werden. Jedes Modul wird mittels Fragebogen evaluiert. Pro Semester findet zudem ein Reflexions- und Vertiefungsseminar zur nachhaltigen Unterstützung der Teilnehmer/-innen statt. Für Elementarpädagoginnen/-pädagoginnen und Assistentinnen/Assistenten ist eine Anrechnung über die Pädagogische Hochschule möglich. Die Fortbildung ist für drei Jahre konzipiert.
- » In Vorarlberg wird mit *klartext* in der Oberstufe (Schulstufen 9–13) eine Fortbildung für Pädagoginnen/Pädagogen zu den Themen Sucht, illegale Substanzen (insbesondere Cannabis), Alkohol, Nikotin, Verhaltenssuchte und selbstverletzendes/suizidales Verhalten angeboten. Bei Bedarf werden Workshops für Jugendliche abgehalten.
- » In Wien wird der Einsatz webbasierter Technologien zunehmend verstärkt. E-Mental-Health-Angebote (webbasierte Interventionen) werden zunehmend in der Suchtprävention und Suchtbehandlung eingesetzt und in diese integriert. So wurde z. B. das erste eigene Onlineselbsthilfeprogramm zur Cannabiskonsumreduktion, *CANreduce*, zur Verfügung gestellt. Der Kurs soll Personen bei ihrem Vorhaben, ihren Konsum von Cannabis zu reduzieren, niederschwellig unterstützen. Das Programm wurde ursprünglich vom Zentrum für Suchtmedizin in Zürich und dem Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (ISGF) entwickelt. Mit dem Führen eines Konsumtagebuchs und wissenswerten Informationen zu Cannabis in acht abgestimmten Modulen sollen Personen über den Zeitraum von sechs Wochen darin unterstützt werden, mit ihrem problematischen Konsumverhalten besser umgehen zu lernen. *CANreduce* gewährleistet den Teilnehmerinnen/Teilnehmern Anonymität, ist von der Ethikkommission Zürich als ethisch unbedenklich eingestuft und kann kostenlos genutzt werden. Zum Thema Alkohol gibt es das Onlineselbsthilfeprogramm *alkcoach*.

- » E-Learning-Angebote wie das Fortbildungsprogramm *SUPArb – Suchtprävention im arbeitsmarktpolitischen Kontext*, das in Wien in Kooperation mit dem Verein Dialog seit 2010 umgesetzt wird und Bildungsinstitute berechtigt, suchtpräventive Schulungen im Rahmen von AMS-Maßnahmen anzubieten, wurde um das E-Learning-Angebot *SUPArb* erweitert. *SUPArb* bietet Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern, Coachinnen/Coaches und Trainerinnen/Trainern von Bildungseinrichtungen, die Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik in Wien durchführen, als Vorbereitung auf das gleichnamige Präsenzseminar grundlegendes Wissen über Sucht und Suchtursachen.

Als **sonstige Entwicklung** soll erwähnt werden, dass das Lebenskompetenzprogramm *plus* (vgl. Abschnitt 4.9) im Burgenland seit 2019 im Auftrag der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK) Burgenland flächendeckend durch die Fachstelle für Suchtprävention Burgenland umgesetzt wird. Die Finanzierung erfolgt über den Landesgesundheitsförderungsfonds Burgenland und das Landesjugendreferat. Mit der Umsetzung wurde im Frühjahr 2019 begonnen.

COVID-19

In Österreich waren ab März 2020 Maßnahmen der Suchtprävention stark geprägt von den Auswirkungen der COVID-19-bedingten Regelungen. So durften aufgrund der am 10. März verlautbarten Antipandemiemaßnahmen der österreichischen Bundesregierung keine Veranstaltungen mehr abgehalten werden, wovon auch die überwiegende Anzahl der Suchtpräventionsangebote betroffen war. Einzelne Bundesländer mussten hunderte Einzelveranstaltungen (Workshops, Fortbildungen, Schulungen etc.) absagen, die vor allem in Schulen nicht mehr nachgeholt werden konnten. Während des Lockdowns wurden jedoch zahlreiche Onlineangebote (u. a. Webinare) entwickelt, die großteils auf positive Resonanz stießen und gerne angenommen wurden. Die *Österreichische ARGE Suchtvorbeugung* entwickelte beispielsweise im Rahmen von *Gemeinsam stark werden* und *plus* zwei Sondermodule, die ein Programm^{76, 77} und Material für das Lehrpersonal zur Unterstützung von Schülerinnen/Schülern bei der Rückkehr in die Schule nach dem Lockdown bieten. Das Programm wurde über die Fachstellen der Suchtprävention den Schulen in ganz Österreich zur Verfügung gestellt.

Die Weiterentwicklung von Webinaren und anderen webbasierten Angeboten wird zum aktuellen Zeitpunkt bereits für Herbst 2020 geplant. Verstärkt durch COVID-19, werden webbasierte Angebote in Zukunft die Landschaft der Suchtprävention bedeutend mitprägen.

76

https://www.gemeinsam-stark-werden.org/uploaded-docs/GSW-Leitfaden_Corona_Volksschule1589539651.pdf (Zugriff am 10. 9. 2020)

77

<https://www.fachstelle.at/downloadangebot-wiedereinstiegsmodule-fuer-schuelerinnen-nach-der-coronakrise/> (Zugriff am 10. 9. 2020)

4.5 Quellen und Methodik

Quellen

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

4.6 Bibliografie

- ARGE Suchtvorbeugung (2019). Positionspapier Glücksspiel und Sportwetten. Österreichische ARGE Suchtvorbeugung
- BMBWF (2018). Handlungsleitfaden zur Umsetzung des § 13 Suchtmittelgesetz an der Schule. Konsum von illegalen Suchtmitteln durch Schülerinnen und Schüler. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Forschung. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- BMGF (2016). Gesundheitsförderungsstrategie im Rahmen des Bundes-Zielsteuerungsvertrags. Aktualisierte Fassung 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017a). Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich. 2012, aktualisiert 2017. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMGF (2017b). Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie 2016. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- BMUK (1997). Erlass des Bundesministeriums für Unterricht und kulturelle Angelegenheiten. GZ 27.909/115-V/3/96 vom 4. März 1997. Rundschreiben Nr. 7/1997
- BMUKK (2007). Drogen und Drogenmissbrauch. Information zur Gesundheitsförderung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung. Wien

- BMUKK (2008). Psychologische Gesundheitsförderung im Lebensbereich Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung. Wien
- BMUKK (2012). Suchtprävention in der Schule. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur / Abteilung Schulpsychologie und Bildungsberatung. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Haas, S.; Busch, M.; Kerschbaum, J.; Türscherl, E.; Weigl, M. (2012). Health in All Policies am Beispiel der Kinder- und Jugendgesundheit (Wissen 9). Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ (Hg.). Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Institut Suchtprävention (2020). Jahresbericht 2019. Institut Suchtprävention, pro mente OÖ. Linz
- SDW (2020). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2019. Sucht- und Drogenkoordination Wien gGmbH. Wien
- Uhl, A.; Bachmayer S.; Schmutterer, I.; Strizek J. (2020): Handbuch Alkohol – Österreich. Band 2: Gesetzliche Grundlagen, Gesundheit Österreich, Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich, Wien.

4.7 Zitierte Bundesgesetze

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

4.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Kriechbaum-Wladika, Eveline	Amt der Kärntner Landesregierung; Abt. 5 – UA Prävention und Suchtkoordination
Rögl-Höllbacher, Nicole	Fachstelle Suchtprävention im Land Salzburg

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 dabei Lehrkräfte von Fachleuten geschult (theoretischer Hintergrund und Methoden) und zertifiziert sowie bei der Umsetzung begleitet. Verpflichtende Reflexionstreffen dienen der Qualitätssicherung bzw. der Weiterentwicklung der Programme. Die Umsetzung erfolgt mithilfe standardisierten Materials, Eltern werden über Elternabende, Elternbriefe oder den Schulgemeinschaftsausschuss eingebunden und informiert.

Das Lebenskompetenzprogramm *Gemeinsam stark werden*⁷⁸ wird in Volksschulen (Sechs- bis Zehnjährige) in mindestens zehn Unterrichtseinheiten (UE) pro Jahr eingesetzt. Seine Grundsätze sind eine ganzheitliche Sicht auf den Menschen, Ressourcenorientierung, interaktive Lernmethoden und ein Miteinbeziehen des Gruppenprozesses, es baut auf neuen Impulsen aus Resilienzforschung und Entwicklungspsychologie, aber auch existenzieller Pädagogik auf. Damit sollen folgende personale und soziale Kompetenzen der Schüler/-innen gestärkt werden:

- » Selbstwahrnehmung und Einfühlungsvermögen
- » Selbstfürsorge
- » Entspannungs- und Genussfähigkeit
- » Umgang mit Stress und herausfordernden Emotionen
- » Entscheidungs- und Problemlösefähigkeit
- » kreatives und kritisches Denken
- » Kommunikations- und Beziehungsfähigkeit
- » Selbsterkenntnis und Selbstbehauptung
- » Umgang mit Differenzen
- » Fähigkeit zur Wertverwirklichung
- » Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme

78

<https://mitweiblick.org/projekte/lebe-lebenskompetenzprogramm-fuer-die-volkschule> (Zugriff am 6. 7. 2020)

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

Im Schuljahr 2019/20 nahmen in ganz Österreich 623 Lehrer/-innen von 167 Volksschulen teil.

Das Lebenskompetenzprogramm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Seine Umsetzung auf Klassenebene erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind dabei altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch das Berücksichtigen der Zusammenhänge zwischen Problembereichen (Gewalt, Sexualität, Konsum und Sucht) und den Herausforderungen des Alltags sowie geschlechtsspezifischer Bedürfnisse. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2008 (S, St, T) bzw. 2009 (B, K, NÖ, OÖ, V, W) und umfasst eine Ausbildung der Lehrer/-innen im Rahmen eines vierjährigen Fortbildungskurses im Ausmaß von insgesamt sechs Seminartagen. Dabei liegt der Fokus auf Motivation und Haltung sowie der Reflexion der bisherigen Erfahrungen. Eine Anleitung für die Umsetzung der Unterrichtseinheiten bieten die praxistauglich aufbereiteten Materialien.

Seit Beginn des Programms wurden in ganz Österreich 1.899 Lehrerinnen und Lehrer zertifiziert, 2.054 befanden sich in Ausbildung, geschätzte 3.558 Lehrer/-innen setzten das Programm zu diesem Zeitpunkt um und erreichten damit geschätzte 2.372 Klassen und geschätzte 54.551 Schüler/-innen.

Unter dem Namen *movin'* bieten die Fachstellen standardisierte Seminare zur Methode *Motivational Interviewing* an, die nicht nur in der Suchtprävention, sondern z. B. auch in der Suchtberatung eingesetzt wird. Sie ermöglicht eine geschützte und unterstützende Gesprächsatmosphäre und fördert dadurch die Bereitschaft zur Verhaltensänderung. Die Seminare dauern durchschnittlich zwanzig Stunden und vermitteln die Grundhaltung und -strategien der Methode durch praktische Übungen, Rollenspiele und deren Reflexion. Das Programm läuft je nach Bundesland seit 2004 (W), 2005 (K, NÖ, St, T), 2007 (S) oder 2009 (V).

Im Schuljahr 2018/2019 wurden österreichweit 342 Personen in 22 *movin'*-Kursen geschult. Folgende Berufsgruppen bzw. Settings wurden dabei erreicht: Mitarbeiter/-innen in den Bereichen Bewährungshilfe, offene Jugendarbeit, Streetwork, mobile Jugendarbeit, Jugendberatung, Jugendcoaching, Jugendarbeit, Jugendhilfe (betreutes Wohnen), Jugendwohnhäuser, pädagogische Jugendwohneinrichtung, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Produktionsschule, BFI-Lehrlingsausbildung, Berufsausbildungsassistenz, Arbeitsassistenz, Arbeitsmarktprojekte, Schulsozialarbeit, Gesundheit und Pflege, Jugendsuchtberatung, Suchtberatung, Suchttherapie, Suchthilfe, Drogenberatung, Alkohol- und Drogenberatung, Alkohalnachsorge (Wohn- und Arbeitsangebot), Vorsorgemedizin, forensische Nachsorge und Case-Management erhielten Schulungen. Als Berufsgruppen waren Ärztinnen/Ärzte, Schulärztinnen/-ärzte, Psychologinnen/Psychologen, Sozialarbeiter/-innen, Sozialpädagoginnen und -pädagogen, Beratungslehrer/-innen, Berater/-innen, Trainer/-innen, Gesundheitspfleger/-innen in den Schulungen vertreten.

Drogenbezogene Behandlung

Inhalt

5	Drogenbezogene Behandlung	123
5.1	Zusammenfassung.....	123
5.2	Aktuelle Situation.....	125
5.2.1	Strategien und Koordination.....	125
5.2.2	Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung.....	128
5.2.3	Schlüsseldaten	129
5.2.4	Behandlungsmodalitäten	135
5.2.5	Qualitätssicherung	143
5.3	Trends.....	145
5.4	Neue Entwicklungen.....	148
5.5	Quellen und Methodik.....	150
5.6	Bibliografie	151
5.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	153
5.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	153
5.9	Anhang.....	154

5 Drogenbezogene Behandlung

5.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

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

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

Insgesamt befanden sich im Jahr 2019 geschätzt 25.730 Personen in drogenspezifischer Behandlung. Diese Zahl setzt sich aus 5.873 Personen, die eine drogenspezifische Behandlung im Jahr 2019 begonnen haben, und 19.857 Personen, die bereits zum Jahreswechsel 2018/2019 in Behandlung waren, zusammen. Den weitaus größten Anteil davon (etwa 21.093 Personen) machen Personen mit Opioidkonsum – meist mit polytoxikomanem Konsummuster – aus. Eine weitere zahlenmäßig relevante Gruppe stellen jene Behandelten dar, die nur Cannabis konsumieren (etwa 2.803 Personen). Der Männeranteil beträgt in allen betrachteten Settings zwischen 75 und 81 Prozent. Etwa die Hälfte aller Klientinnen/Klienten weist keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss auf.

Trends

Aus den DOKLI-Daten wird ersichtlich, dass seit 2010 der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis, die ambulante Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe in Anspruch nahmen, gestiegen und der Anteil jener mit der Leitdroge Opiate gesunken ist. Im Jahr 2011 war der Anteil der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis erstmals höher als jener der Erstpazientinnen/-patienten mit der Leitdroge Opiate. Dies ist auch für die Jahre 2015 bis 2019

zu beobachten. Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Auch Drogen wie Kokain und andere Stimulanzien gewannen in der Behandlung quantitativ an Bedeutung. Insgesamt ist bei der Interpretation dieser Daten zu berücksichtigen, dass der weitaus größte Teil von Personen in Suchtbehandlung in Substitutionstherapie ist und die damit zahlenmäßig relevanteste Gruppe in diesen Zahlen nicht enthalten ist.

Besonders hervorzuheben ist die über die Jahre erheblich gestiegene und derzeit bei über 50 Prozent liegende In-Treatment-Rate⁷⁹ von Personen mit Opioidproblematik.

Neue Entwicklungen

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

Mit Mai 2020 wurde durch eine Novelle der Suchtgiftverordnung (BGBl II 2020/215) eine zusätzliche Behandlungsalternative im Bereich der Opioid-Substitutionstherapie geschaffen, indem das Applikationsspektrum von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsmöglichkeit mittels Depot-Injektionslösung erweitert.

COVID-19

Bedingt durch die im Rahmen der COVID-19 Pandemie gesetzten Maßnahmen, dürfte es im April 2020 zu einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme von Einrichtungen der Drogenhilfe und von Beratungs- und Behandlungsangeboten gekommen sein, da die Angebote vorübergehend reduziert bzw. verändert (Umstellung auf Telefon- oder Videokontakte) werden mussten. Bei Klientinnen und Klienten, bei denen zusätzlich zum Thema Sucht noch eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung vorliegt (Leitdroge Benzodiazepine zur Selbstbehandlung von Unruhezuständen bzw. Ängstlichkeit und Leitdroge Amphetamine [z. B. Speed] zur Selbstbehandlung von Leistungstiefs) scheint es in dieser Zeit zu einem Anstieg der Inanspruchnahme der Drogenhilfeangebote gekommen sein.

79

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

Bezüglich der Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) dürfte es aufgrund rascher rechtlicher Adaptierungen im Suchtmittelrecht (z. B. Entfall der Vidierungspflicht unter bestimmten Voraussetzungen, E-Mail-, Faxübermittlung von Rezepten etc.) zu einer guten Aufrechterhaltung bereits angefangener Behandlungen gekommen sein. Es scheint jedoch, dass vorübergehend weniger Opioid-Substitutionsbehandlungen begonnen wurden.

5.2 Aktuelle Situation

5.2.1 Strategien und Koordination

Behandlungsstrategien sind in den **Sucht-/Drogenstrategien** der neun Bundesländer, der *Österreichischen Suchtpräventionsstrategie* sowie in den relevanten Gesetzen und Verordnungen festgelegt (vgl. auch Kapitel 1 und 2). Die Suchtgiftverordnung (BGBl II 1997/347) definiert den Rahmen für die Substitutionsbehandlung, die Weiterbildungsverordnung (BGBl II 2006/449) die Voraussetzungen für die substituierenden Ärztinnen und Ärzte (vgl. Abschnitt 5.2.4 und 5.2.5). Hinsichtlich der Versorgungsstrukturen sind auch die Regionalen Strukturpläne Gesundheit und die Psychiatriepläne der Bundesländer relevant.

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

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

Bundesländern mitfinanziert werden. Auch andere Bundesländer betonen die Notwendigkeit, Angebote über Bundesländergrenzen hinweg zu nutzen. In vielen Bundesländern sind der gezielte Ausbau der Versorgung und die Verbesserung bzw. Optimierung bestimmter Behandlungsformen oder Maßnahmenbereiche (z. B. Versorgung in Krisensituationen, Bereitstellung von Wohnstrukturen und Arbeitsplätzen) ein Thema. In Vorarlberg liegt der Fokus auf sofortiger therapeutischer Hilfe (*Therapie sofort* bzw. *Reha sofort*). Angebote für Angehörige werden auch in mehreren Bundesländern explizit erwähnt; mehrsprachige Angebote der Suchtberatung sind erst seit kurzem ein Thema.

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

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

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

Schließlich gibt es auf Bundesebene noch den Ausschuss für Qualität und Sicherheit in der Substitutionsbehandlung, der die Bundesministerin / den Bundesminister für Gesundheit in diesen Angelegenheiten berät (§ 23k SV). Dieser Ausschuss setzt sich aus sachkundigen Vertreterinnen und Vertretern der Landesregierungen, der Drogen- oder Suchtkoordinationen der Bundesländer, der Österreichischen Ärztekammer, der Österreichischen Apothekerkammer, des Dachverbands der Sozialversicherungsträger (DVSV), der medizinischen Universitäten sowie der in die Substitutionsbehandlung eingebundenen Berufsgruppen und Einrichtungen zusammen. Auf Landesebene ist laut § 23i SV eine Sachverständigenkommission zur regionalen Koordination der Substitutionsbehandlung einzusetzen.

Eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung spielen die Bezirksverwaltungsbehörden als Gesundheitsbehörden. Die Behandlung unterliegt der Kontrolle durch die zuständigen Amtsärztinnen und -ärzte. Sie haben u. a. die Qualifikation der Ärztin / des Arztes zu prüfen (Kontrolle, ob diese/dieser in der Liste der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte eingetragen ist). Die Amtsärztinnen und -ärzte vidieren die von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt ausgestellten Substitutionsdauerverschreibungen: Bei Bedenken hinsichtlich der Verordnungskonformität der Behandlung müssen die Amtsärztinnen und -ärzte Rücksprache mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt halten und gegebenenfalls die Vidierung⁸⁰ auch verweigern (vgl. Abschnitt 5.2.5). Weitere rechtlich definierte Aufgaben in diesem Zusammenhang: Kopien von Substitutionseinzelschreibungen müssen von der Apotheke unmittelbar nach Abgabe den zuständigen Amtsärztinnen/-ärzten zur Kontrolle übermittelt werden. Bei Abweichungen von den Verschreibungsvorschriften müssen die Amtsärztinnen/-ärzte eine Kopie der Einzelschreibung an das BMSGPK senden, mit der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt Rücksprache halten und gegebenenfalls entsprechende rechtliche Schritte einleiten. Weiters werden die Suchtgiftvignetten an bezugsberechtigte Ärztinnen und Ärzte und Gesundheitseinrichtungen abgegeben. Der Verlust oder Diebstahl von Suchtgiftvignetten ist von der behandelnden Ärztin / dem behandelnden Arzt oder der Gesundheitseinrichtung bei der Bezirksverwaltungsbehörde zu melden. Gemeldete Suchtgiftvignetten werden in einer Datenbank des BMSGPK erfasst und gesperrt. Die Amtsärztinnen und -ärzte kontrollieren auch die patientenunabhängige Dokumentation der Suchtgiftverschreibungen und stellen Bescheinigungen für das Mitnehmen suchthaltiger Arzneimittel sowie psychotroper Stoffe (z. B. Benzodiazepine) auf Reisen aus (§ 24 SV).

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

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

Neben den bereits erwähnten Zuschüssen des BMSGPK bzw. der Finanzierung der Maßnahmen im Rahmen des Prinzips *Therapie statt Strafe* durch das BMJ werden die **Kosten für Suchtbehandlung**

80

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

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

5.2.2 Organisation von und Versorgung mit Suchtbehandlung

Ambulante Einrichtungen

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

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

Stationäre Einrichtungen

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

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

5.2.3 Schlüsseldaten

Personen, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenproblemen begonnen haben und ihre Konsummuster

Während sich die Angaben in den vorangegangenen Kapiteln auf alle Personen beziehen, die sich im Jahr 2019 wegen Drogenabhängigkeit in Behandlung befanden (unabhängig davon, wann sie mit ihrer Behandlung begonnen haben), folgt nun ein Überblick über jene Personen, die im Jahr 2019 eine solche Behandlung begonnen haben. In der nachfolgenden Tabelle wurden die gleichen Korrekturen bezüglich Mehrfachzählungen und Abdeckungsgrad in DOKLI bzw. Überschneidung zwischen DOKLI und dem Substitutionsregister durchgeführt wie in Abschnitt 5.2.2.

Insgesamt haben im Jahr 2019 in Österreich geschätzt 5.873 Personen eine längerfristige ambulante oder stationäre drogenspezifische Behandlung begonnen (vgl. Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1:
Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)

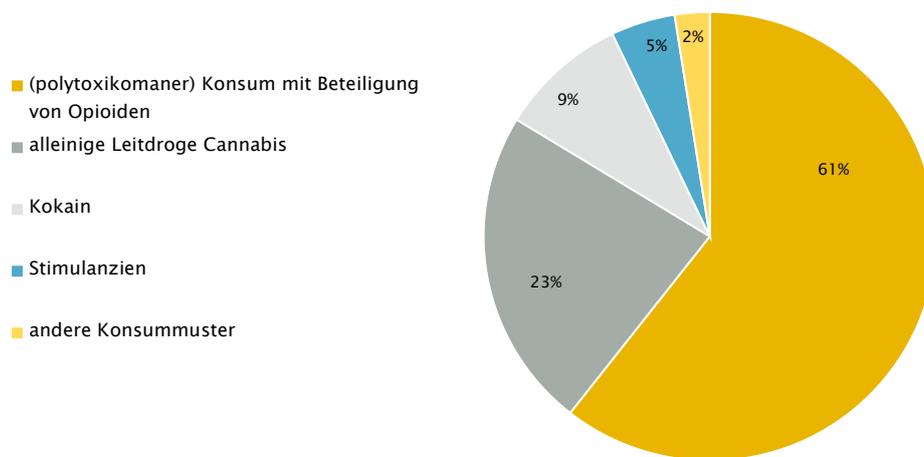
Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	3.834
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	967
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	792
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	280
Suchtbehandlungen insgesamt	5.873

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

Abbildung 5.1 zeigt, dass 61 Prozent der geschätzten 5.873 Personen, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, Opioide konsumiert hatten, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster; 23 Prozent haben die Behandlung wegen Cannabis begonnen. Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der Klientel die Leitdroge dar.

Abbildung 5.1:

Konsummuster von Personen, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben (Schätzung)



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

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

Personen im Behandlungsbereich insgesamt und ihre Drogenkonsummuster

Jenen etwa 5.873 Personen, die im Jahr 2019 eine Behandlung wegen Drogenabhängigkeit begonnen haben, stehen 19.857 Personen gegenüber, die bereits im Jahr oder in den Jahren davor eine Behandlung begonnen hatten, die bis 2019 (oder länger) andauerte. Insgesamt wird in Österreich daher von etwa 25.730 Personen in längerfristiger ambulanter oder stationärer drogenspezifischer Behandlung ausgegangen (vgl. Tabelle 5.2).

Tabelle 5.2:

Alle Klientinnen und Klienten in Suchtbehandlung 2019 (Schätzung)

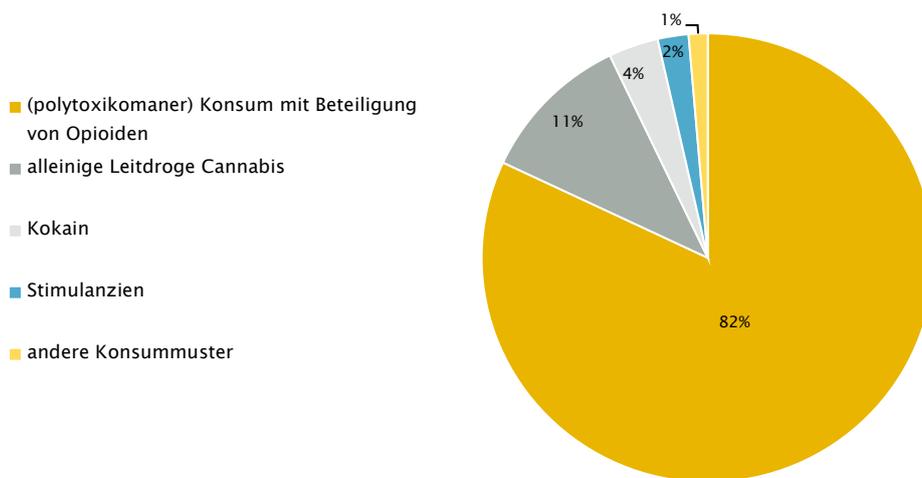
Behandlungsart bzw. -ort	Anzahl Klientinnen und Klienten
ambulante Suchtbehandlungen (inklusive Opioid-Substitutionsbehandlung in spezialisierten ambulanten Einrichtungen)	10.708
Opioid-Substitutionsbehandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten	12.869
stationäre Suchtbehandlung ohne Entgiftung	1.194
Opioid-Substitutionsbehandlung während der Haft	959
Suchtbehandlungen insgesamt	25.730

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

Aus Abbildung 5.2 ist ersichtlich, dass der weitaus größte Teil der 25.730 Patientinnen und Patienten wegen Opioidkonsums, meist im Rahmen polytoxikomaner Konsummuster, in Behandlung ist. Dass der Prozentanteil der Patientinnen und Patienten mit Opioidproblematik an allen behandelten Personen größer ist als an jenen Personen, die eine Behandlung begannen, ist in erster Linie durch die vergleichsweise längere Behandlungsdauer bei Opioidproblematik zu erklären (vgl. Busch et al. 2014).

Abbildung 5.2:

Konsummuster aller Personen in drogenspezifischer Behandlung (Schätzung), 2019



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

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

Die zweite große Gruppe von Personen im Behandlungssystem sind jene mit der alleinigen Leitdroge Cannabis; sie besteht aus etwa 2.800 Personen. Kokain, Stimulanzien und andere Drogen stellen nur für einen kleinen Teil der behandelten Klientel die Leitdroge dar.

Charakteristika behandelter Personen

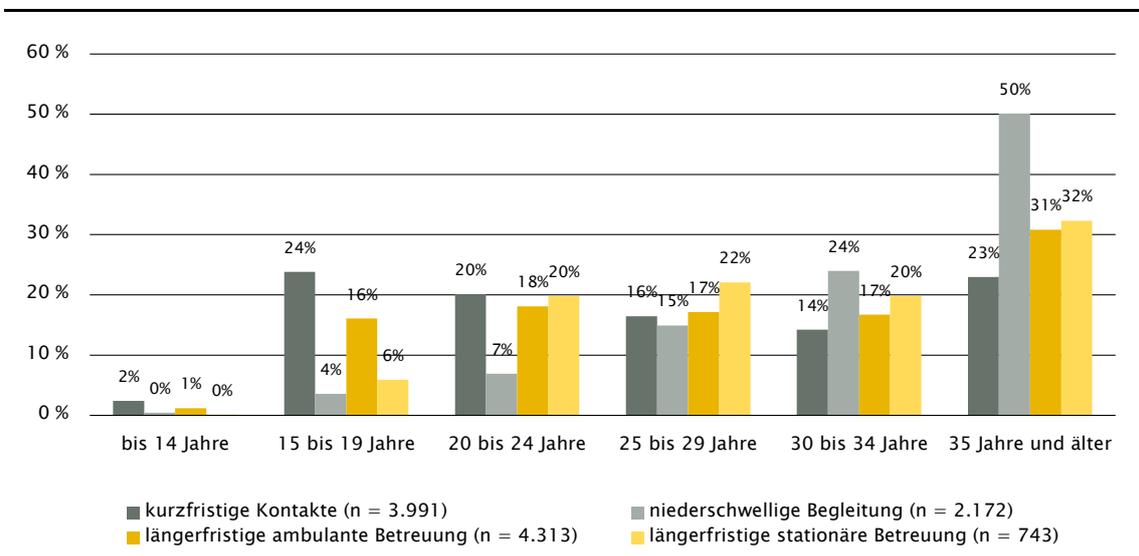
Die Darstellung der Charakteristika der behandelten Personen basiert auf den im Rahmen des Klientendokumentationssystems der österreichischen Drogenhilfe (DOKLI) erfassten Daten. Die wenigen vorhandenen Daten bezüglich der Charakteristika von Personen in Substitutionsbehandlung werden in Abschnitt 5.2.4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

Es liegen Daten über insgesamt 4.313 Personen vor, die im Jahr 2019 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. Davon begaben sich 1.982 Klientinnen und Klienten **erstmalig** in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine **längerfristige stationäre Betreuung** haben 743 Personen begonnen, bei 161 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um die **erste** längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen Personen, die sich im klassischen Sinn in drogenspezifischer Behandlung befinden, sind in DOKLI 2.629 Personen erfasst, die im Jahr 2019 eine **niederschwellige Begleitung** in Anspruch nahmen, und 5.173 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** hatten.

Alter und Geschlecht: Je nach Setting sind zwischen vier Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 26 Prozent (kurzfristige Kontakte) der betreuten Personen unter 20 Jahre alt. Zwischen 22 Prozent (in niederschwelliger Begleitung) und 42 Prozent (in langfristiger stationärer Betreuung) der Klientel gehören der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre an (siehe Abbildung 5.3).

Abbildung 5.3:

Anteil der Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

Drogenkonsummuster: Der behandlungsrelevante Drogenkonsum wird in DOKLI in den Kategorien Leitdroge und Begleitdroge erfasst⁸¹. Für beide Variablen sind Mehrfachnennungen möglich. Je nach Fragestellung lassen sich die Drogenkonsummuster auf Basis dieser Daten unterschiedlich darstellen.

Eine andere Darstellungsform von Konsummustern ist die sogenannte hierarchische Leitdrogendefinition⁸². In dieser Form werden die österreichischen Daten auch der EMCDDA übermittelt. Werden die Daten gemäß dieser Definition aufgeschlüsselt, scheint jede Person in der Grafik nur einmal auf (vgl. Abbildung 5.4).

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

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

81

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

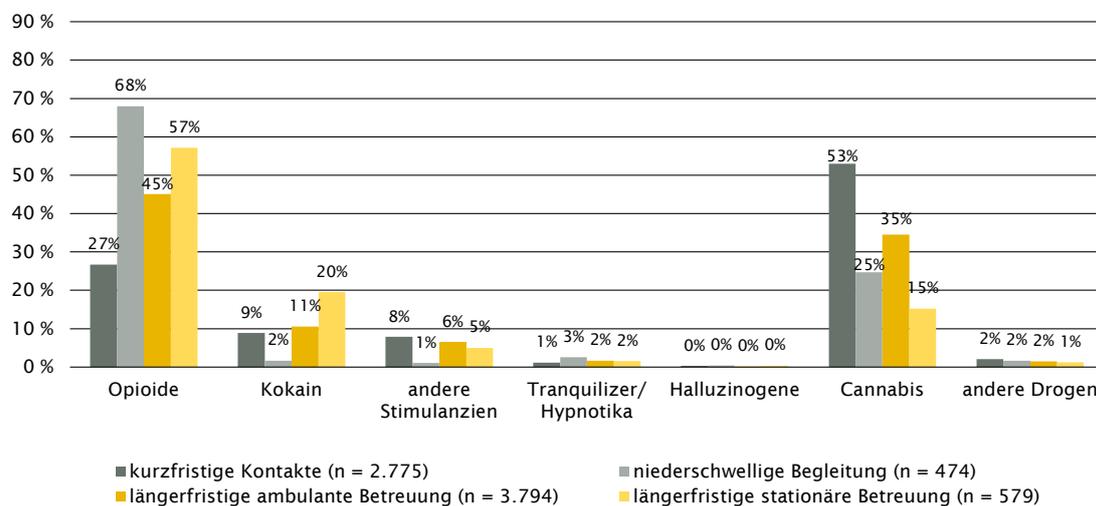
Unter **Begleitdrogen** sind jene Drogen zu verstehen, welche die Klientin / der Klient zusätzlich zur Leitdroge bzw. zu den Leitdrogen im letzten halben Jahr konsumiert hat und die ihr/ihm ebenfalls Probleme bereiten. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben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

82

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

Abbildung 5.4:

Leitdroge gemäß hierarchischer Leitdrogendefinition nach Art der Betreuung (Betreuungsbeginn im Jahr 2019)



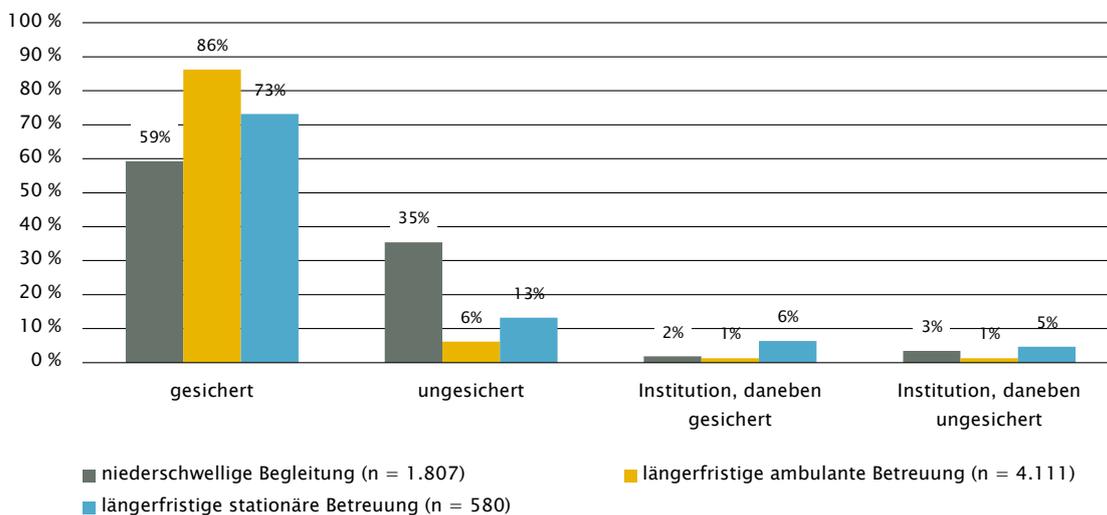
Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Intravenöser Konsum: 28 Prozent der längerfristig ambulant und 48 Prozent der längerfristig stationär betreuten Personen geben an, bereits einmal intravenös Drogen appliziert zu haben (kurzfristige Kontakte: 18 %, niederschwellige Betreuung: 63 % - vgl. Tabelle A5.3).

Soziale Situation: Im längerfristigen ambulanten Betreuungssetting geben 86 Prozent der Klientel eine gesicherte Wohnsituation an. Im längerfristig stationären Setting sowie im niederschweligen Bereich ist die Wohnsituation nur noch bei 73 bzw. 59 Prozent der Personen gesichert (vgl. Abbildung 5.5 und Tabelle A5.4). Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist allerdings zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B. wenn die Klientin / der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt). Etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten im längerfristig ambulanten sowie im stationären Setting hat keinen über die Pflichtschule hinausgehenden Schulabschluss (vgl. Tabelle A5.5). Erwerbstätig ist nur ein geringer Teil der Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Behandlung begonnen haben (längerfristige ambulante Betreuung: 35 %, längerfristige stationäre Betreuung: 16 %, niederschwellige Begleitung: 13 % - vgl. Tabelle A5.6).

Abbildung 5.5:

Personen, die sich 2019 in drogenspezifische Betreuung begeben haben, nach Wohnsituation und Art der Betreuung



Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

5.2.4 Behandlungsmodalitäten

Ambulante Angebote

Einen Überblick über die verfügbaren spezialisierten ambulanten Betreuungs- und Behandlungseinrichtungen für Drogenabhängige geben der Suchthilfekompass⁸³ sowie regionale Informationsplattformen. Der Großteil der spezialisierten ambulanten Einrichtungen bietet Beratung, Betreuung und Behandlung – und damit das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Maßnahmen nach § 11 SMG (vgl. Kapitel 2) – unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen; häufig werden auch weitere Suchterkrankungen abgedeckt (legale Substanzen sowie nichtsubstanzgebundenes Suchtverhalten wie z. B. Spielsucht). Abgesehen von den spezialisierten ambulanten Einrichtungen spielen niedergelassene Ärztinnen/Ärzte ebenfalls eine wichtige Rolle in der ambulanten Versorgung Drogenabhängiger, dies gilt insbesondere für die Substitutionsbehandlung.

Zum Spektrum verfügbarer spezialisierter ambulanter Angebote gehören Sucht-/Drogenberatung inklusive Rechtsberatung sowie ambulante Entzugsbehandlung, psychosoziale Betreuung und Behandlung (z. B. Soziotherapie, Lebenskompetenztraining, verhaltens- oder kognitivtherapeutische

83

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

Interventionen – inklusive Abklärung psychischer Grunderkrankungen). Weitere wichtige Dienstleistungen ambulanter Einrichtungen sind die Vermittlung zu stationären Angeboten sowie eine entsprechende Vor- und Nachbetreuung; dazu gehört nicht nur die Suche nach einem Behandlungsplatz, sondern auch die Unterstützung bei der Regelung der Kostenübernahme sowie die Betreuung während allfälliger Wartezeiten. In der Regel werden zusätzlich auch Maßnahmen zur Förderung der Reintegration (inklusive Maßnahmen zur Arbeitsplatzhaltung oder Schulung) sowie spezifische Leistungen für Angehörige von Personen mit Abhängigkeitserkrankungen angeboten.

Das Ziel spezieller Angebote ist einerseits die Trennung von Gruppen mit einem unterschiedlichen Abhängigkeitsschweregrad, andererseits der Abbau von Hürden, eine Beratung, Betreuung oder Behandlung in Anspruch zu nehmen. Spezifische Angebote im ambulanten Bereich sind z. B. *Beyond the line*, die gesonderten Öffnungszeiten (Sprechstunden) des *Vereins Dialog* für Kokain- bzw. Crystal-Meth-Konsumierende oder das Projekt *Candis*, das von der *Drogenberatung Z6* für Personen mit Cannabiskonsum angeboten wird (Drogenarbeit Z6 2020). *Checkit!* bietet Konsumreduktionsgruppen an, die sich früher eher an Cannabiskonsumierende gerichtet haben, mittlerweile aber auch für Amphetamin-, Ecstasy-, MMC-, Kokainkonsumierende u. a. angeboten werden⁸⁴.

Die Möglichkeit, ein geschlechterspezifisches Angebot in Anspruch zu nehmen, ist gerade hinsichtlich der Behandlung drogenabhängiger Frauen hochrelevant. Diesem Bedarf steht der Umstand gegenüber, dass spezifische Angebote für Frauen nicht überall verfügbar sind. Der *Verein Dialog* bietet aber beispielsweise eigene Beratungszeiten für Frauen (*Frauensache*) an, während deren auch keine Männer in der Einrichtung anwesend sind.

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

Darüber hinaus gibt es etliche ambulante Einrichtungen, die speziell auf Jugendliche ausgerichtet sind, etwa die in Jugendberatungen bzw. Jugendeinrichtungen integrierten Jugendsuchtberatungen in Niederösterreich, die dadurch sehr niederschwellig zugänglich sind, sowie allgemeine ambulante Einrichtungen, die in ihrem Betreuungs- und Behandlungsspektrum auch Angebote für Jugendliche bereitstellen wie z. B. der *Verein Dialog* (Verein Dialog 2019).

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

84

Mehr Information unter <http://www.checkyourdrugs.at/beratung-2/homebase> (Zugriff am 25. 6. 2020)

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

Stationäre Angebote

Einen Überblick über spezialisierte stationäre Einrichtungen bieten der Suchthilfekompass⁸⁵ und andere, regionale Informationsplattformen (z. B. eine einschlägige Liste für die Steiermark⁸⁶). Der Großteil dieser Einrichtungen bietet Suchtbehandlung unabhängig von den konsumierten illegalen Substanzen an.

Interventionen und Programme für spezifische Zielgruppen im ambulanten und stationären Setting

Spezielle Einrichtungen gibt es v. a. für Personen, die ausschließlich legale Substanzen (Alkohol) konsumieren. In allen stationären Behandlungseinrichtungen für Personen, die illegale Substanzen konsumieren, werden legale Substanzen jedenfalls thematisiert und berücksichtigt, wenn sie Teil des polytoxikomanen Konsums sind. Doch es gibt auch verstärkt Konzepte zur gemeinsamen Behandlung verschiedener Suchtformen innerhalb einer stationären Einrichtung. Beispielsweise steht die Abteilung für Abhängigkeitserkrankung des Landeskrankenhauses Amstetten-Mauer für den körperlichen Entzug sowohl von Alkohol und illegalen Substanzen als auch von Medikamenten offen⁸⁷. Die abstinenzenorientierten Tiroler Einrichtungen Landeskrankenhaus Hall in Tirol⁸⁸ und Emmaus⁸⁹ behandeln sowohl Personen mit Alkohol- als auch Personen mit Opioidabhängigkeit.

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

85

Im Suchthilfekompass werden all jene Einrichtungen aufgelistet, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (<https://suchthilfekompass.goeg.at>; Zugriff am 25. 6. 2020).

86

<http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/11656021/72562450> (Zugriff am 25. 6. 2020)

87

<https://mauer.lknoe.at/landeskrankenhaus-mauer/das-landeskrankenhaus-mauer.html> (Zugriff am 25. 6. 2020)

88

<https://www.tirol-kliniken.at/page.cfm?vpath=standorte/landeskrankenhaus-hall> (Zugriff am 25. 6. 2020)

89

<https://www.emmaus-innsbruck.at/was/was.php> (Zugriff am 25. 6. 2020)

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

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

E-Health-Interventionen im Drogenbereich

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

Die *Stiftung Maria Ebene* betreut ein SOS-Forum im Internet, in dem Hilfesuchende einen kurzen anonymen Rat bekommen. In der gleichen Einrichtung wurde auch ein digitaler Therapiepass namens *ROSL* eingeführt, der die Möglichkeit der Therapieplanung, Selbstbeobachtung und Selbstbelohnung bietet (Stiftung Maria Ebene 2018). Der *Verein Dialog* stellt seit dem Jahr 2016 das Videodolmetschen als Regelangebot bereit (Verein Dialog 2017).

In Wien wurde eine digitale Plattform für psychische Gesundheit entwickelt, die im Dezember 2019 unter dem Namen *MINDBASE* online ging. Dort wird neben Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen auch eine Reihe geprüfter Onlinetools als Hilfe zur Selbsthilfe kostenlos und anonym zur Verfügung gestellt. (SDW 2020)

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

Evaluation von Suchtbehandlung

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

Zur Evaluation der Substitutionsbehandlung werden indes immer wieder Studien durchgeführt (u. a. Springer et al. 2008), deren Ergebnisse in früheren Berichten zur Drogensituation zu finden sind. Auch die GÖG führt regelmäßig Auswertungen des pseudonymisierten Substitutionsregisters durch, die einzelne Aspekte untersuchen und ebenfalls in früheren Berichten zur Drogensituation dargestellt sind, z. B. in Analysen von Haltequoten oder von Zusammenhängen zwischen Behandlungsdauer und Anzeigen (Weigl et al. 2015 und 2016). 2018 wurde eine Mortalitätskohortenanalyse von Personen in Opioid-Substitutionsbehandlung für den Zeitraum 2002 bis 2016 berechnet (vgl. Kapitel 6 bzw. Horvath et al. 2018 für detaillierte Informationen).

Soziale Reintegration

Sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen bieten Maßnahmen an, die Menschen in der Aufrechterhaltung oder Wiederherstellung ihrer Selbstständigkeit und sozialen Integration unterstützen. Dazu gehören Maßnahmen im Freizeitbereich, Schulungen und Ausbildungen, die Unterstützung bei Job- und Wohnungssuche sowie Beschäftigungs- und Übergangswohnmöglichkeiten. Maßnahmen im Freizeitbereich haben einerseits das Ziel, gewisse Fähigkeiten und Kompetenzen zu trainieren (u. a. Ausdauer und Konzentration, Fähigkeit zur Selbsteinschätzung, Umgang mit Frustration), andererseits zeigen sie Beschäftigungsmöglichkeiten auf, die zur Strukturierung der Freizeit und zum Knüpfen sozialer Kontakte genutzt werden können. Der Psychosoziale Dienst Niederösterreich bietet beispielsweise sogenannte Clubs an, die von Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeitern betreut werden und gemeinsame Freizeitaktivitäten ermöglichen (Hörhan, p. M.). Neben den arbeitsmarktintegrativen Angeboten der Suchthilfeeinrichtungen und den spezifischen sozialökonomischen Betrieben (z. B. *fix & fertig* in Wien⁹⁰), die Tagesarbeitsplätze und befristete Dienstverhältnisse anbieten, gibt es sozialintegrative Einrichtungen, deren Angebote auch von suchtkranken Personen in Anspruch genommen werden können. Um dies zu fördern, werden in den Bundesländern v. a. Fortbildungsmaßnahmen für Mitarbeiter/-innen umgesetzt.

Eine zentrale Voraussetzung für die (Re-)Integration suchtkranker Menschen sind bedarfsgerechte Maßnahmen der aktiven Arbeitsmarktpolitik. In Wien entwickelte daher die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) gemeinsam mit dem Arbeitsmarktservice Wien (AMS) und dem Wiener ArbeitnehmerInnen Förderungsfonds (waff) unter Mitfinanzierung des Europäischen Sozialfonds (ESF) das Projekt *FöBeS* (Förderung der Beschäftigungsfähigkeit Suchtkranker), das auf bereits etablierte arbeitsmarktpolitische Betreuungsstrukturen im Bereich von Suchterkrankungen (z.B. *Standfest*

90

Mehr Information unter <https://www.fixundfertig.wien> (Zugriff am 16. 7. 2020)

vom *Verein Dialog* in Wien oder das einschlägige Angebot des Vereins *Wiener BerufsBörse*) zurückgreift. Neben einer ganzheitlichen umfassenden Abklärung der Suchterkrankung wird ein individueller beruflicher Maßnahmenplan erstellt und bei Bedarf zu medizinischen Angeboten vermittelt. So wird eine enge Verschränkung medizinischer und arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen für Menschen mit Suchterkrankung geschaffen. (SDW 2020)

Aktuelle Daten aus Vorarlberg zeigen, dass die Hälfte der Klientinnen und Klienten der Therapiestation *Carina*, die im Jahr 2019 ihre Therapie erfolgreich abgeschlossen haben (15 von 30 Personen), wieder in den ersten Arbeitsmarkt vermittelt werden konnten (Stiftung Maria Ebene 2020). Für acht Personen wurden über das AMS Schulungen oder Qualifizierungsmaßnahmen in diversen Beschäftigungsprojekten vereinbart (27 %). Eine Person hat ein Studium begonnen. Drei Personen haben Mindestsicherung bezogen (10 %). Eine Person blieb in Invaliditäts- bzw. Berufsunfähigkeitspension, und zwei Klientinnen und Klienten erhielten Rehabilitationsgeld (7 %).

Umsetzung der Substitutionsbehandlung für Opioidabhängige

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

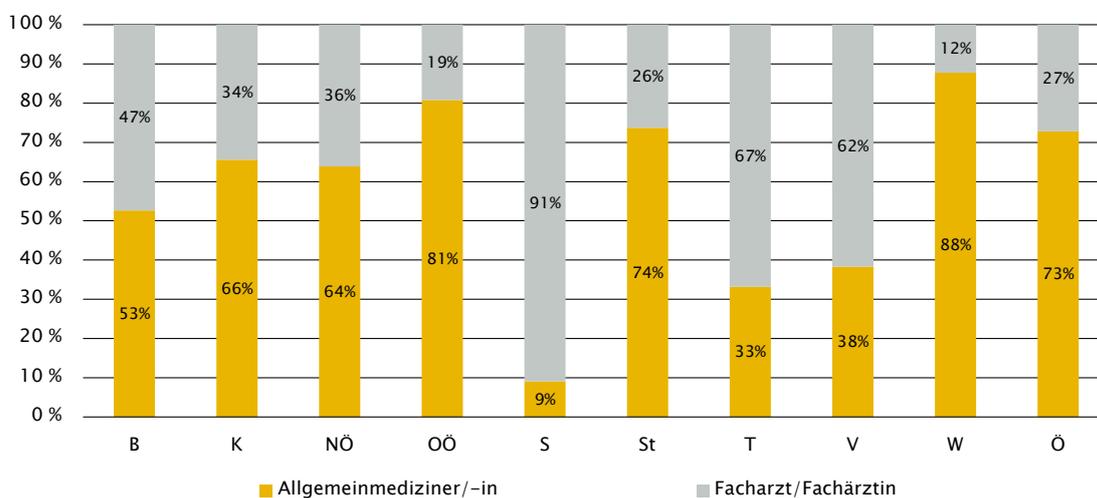
Wer unter welchen Voraussetzungen Substitutionsbehandlung durchführen darf, ist in der *Suchtgiftverordnung* (BGBl II 1997/374) bzw. der *Weiterbildungsverordnung Opioid-Substitution* (BGBl II 2006/449) geregelt (vgl. Kapitel 2 bzw. Abschnitt 5.2.5). Österreicher*innen sind laut BMSGPK 674 Ärztinnen und Ärzte dazu berechtigt (Bayer p. M.). 575 (85 %) von ihnen haben im Jahr 2019 per Stichtag 31. 12. 2019 auch Substitutionsbehandlungen durchgeführt.

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

Abbildung 5.6 zeigt, dass in Österreich insgesamt die Allgemeinmediziner/-innen eine wichtige Rolle in der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger spielen. Deren Anteil ist in den Bundesländern jedoch unterschiedlich: Während in Salzburg 91 Prozent der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung von Fachärztinnen/Fachärzten behandelt werden, werden in Oberösterreich, der Steiermark und Wien über 70 Prozent von Allgemeinmedizinerinnen/-medizinern betreut.

Abbildung 5.6:

Versorgungspraxis Substitutionsbehandlung: Betreuung von Patientinnen/Patienten durch Fachärztinnen/-ärzte versus Allgemeinmediziner/-innen nach Bundesländern (Stichtag 31. 12. 2019)



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

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

Inanspruchnahme der Substitutionsbehandlung

Im Jahr 2019 waren insgesamt 19.587 Personen als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldet, 1.197 von ihnen zum ersten Mal in ihrem Leben. Tabelle 5.3 zeigt die Verteilung dieser Personen über die österreichischen Bundesländer. Die Zahlen in puncto Substitutionsbehandlung in Haft sind in Kapitel 8 zu finden.

Tabelle 5.3:

Anzahl der dem BMSGPK für das Jahr 2019 gemeldeten Personen in Substitutionsbehandlung nach Erst- und fortgesetzter Behandlung und nach Bundesländern

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Ö
fortgesetzte Behandlung	312	1.037	2.877	2.155	515	1458	1.149	658	8.229	18.390
Erstbehandlung	45	113	212	175	53	77	81	46	395	1.197
Gesamt	357	1.150	3.089	2.330	568	1.535	1.230	704	8.624	19.587

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

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

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

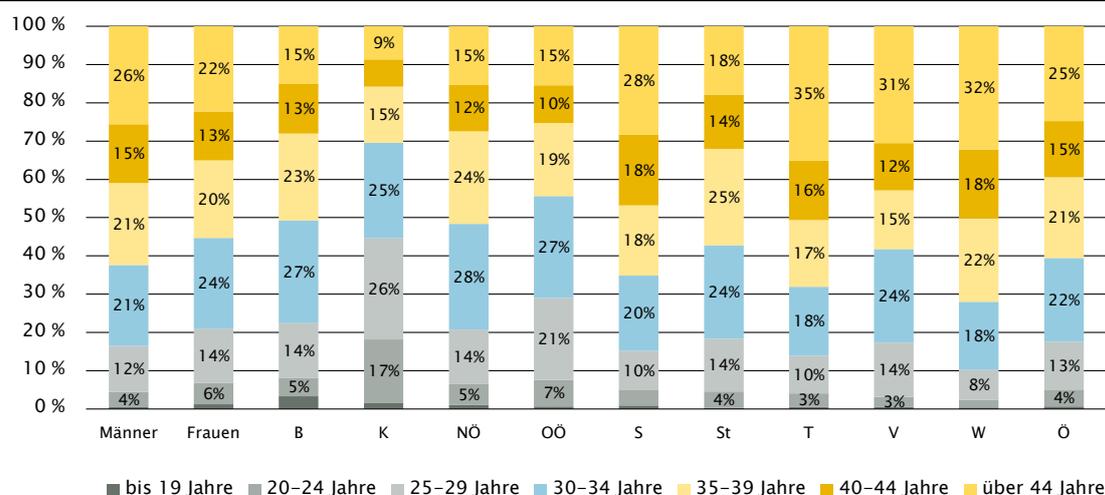
Quelle: BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel; Berechnung und Darstellung: GÖG

Charakteristika der Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung

Von den 19.587 insgesamt im Jahr 2019 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen sind 75 Prozent männlich. Die Geschlechterverteilung der 1.197 im Jahr 2019 erstmals Gemeldeten ist ähnlich (21 % Frauen).

Abbildung 5.7:

Altersstruktur der als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland 2019



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

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

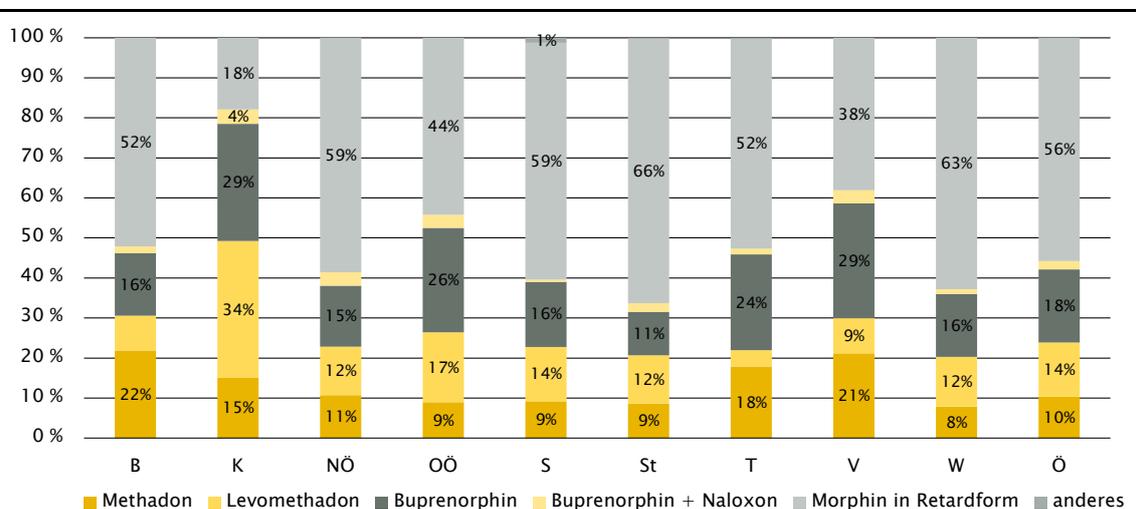
Abbildung 5.7 zeigt die Altersstruktur der im Jahr 2019 als in Substitutionsbehandlung befindlich gemeldeten Personen nach Geschlecht und Bundesland. Österreichweit sind fünf Prozent der Personen in Substitutionsbehandlung unter 25 Jahre alt. 13 Prozent gehören der Altersgruppe 25 bis 29 Jahre an, 43 Prozent sind im Alter von 30 bis 39 Jahren, und 40 Prozent sind 40 Jahre oder älter. Die weibliche Klientel ist tendenziell jünger. Auch regional lassen sich Unterschiede feststellen: Während beispielsweise in Kärnten fast die Hälfte der betreuten Personen unter 30 Jahre alt ist, beträgt dieser Anteil in Salzburg, Tirol und Wien 15 Prozent oder weniger.

Weitere Aspekte der Organisation und Verfügbarkeit von Substitutionsbehandlung

Abbildung 5.8 zeigt die Verteilung der verschriebenen Substitutionsmittel und den insgesamt recht hohen Anteil von Morphin in Retardform (56 %), gefolgt von Buprenorphin (18 %) und Methadon (10 %) bzw. Levomethadon (14 %). Auffällig ist, dass die Verschreibungspraxis bundeslandspezifisch sehr unterschiedlich ist. Die Verteilung der in Haftanstalten eingesetzten Substitutionsmittel ist in Kapitel 8 ersichtlich, Methadon spielt dort eine wesentlich größere Rolle (38 %) als außerhalb des Strafvollzugsbereichs.

Abbildung 5.8:

Personen in Substitutionsbehandlung nach Substitutionsmittel und Bundesland 2019



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

Die Angaben beziehen sich auf 19.476 der insgesamt 19.587 Personen, da bei 111 Personen keine Angabe zum Substitutionsmittel vorlag. Wurde das Substitutionsmittel im Lauf des Jahres gewechselt, so ging in die Berechnung immer das letzte verwendete Substitutionsmittel ein.

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

5.2.5 Qualitätssicherung

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

Für die **Qualitätssicherung** in der Substitutionsbehandlung ist vor allem die medizinische Leitlinie *Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionsbehandlung*⁹¹ von Bedeutung, die von vier Fachgesellschaften approbiert und vom Gesundheitsministerium veröffentlicht wurde (ÖGABS et al. 2017). Dort wird zunächst auf die ärztliche Haltung und ethische Grundlagen sowie den Verlauf einer Opioidabhängigkeit eingegangen. In der Folge werden verschiedene Formen der Opioid-Substitutionstherapie (OST) dargestellt, und schließlich konkrete Hinweise für die Umsetzung jedes einzelnen Schrittes gegeben. Auch andere Erkrankungen und Interventionen, Beikonsum und missbräuchliche Anwendung sowie spezifische Lebenssituationen werden berücksichtigt. Weiters

91

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Drogen-und-Sucht/Suchtmittel-NPS-Drogenausgangsstoffe/Leitlinie-%E2%80%93-Qualit%C3%A4tsstandards-f%C3%BCr-die-Opioid-Substitutionstherapie.html> (Zugriff am 11.09.2020)

ist ein Ausblick in Betreff einer möglichen Erweiterung der bestehenden Angebote enthalten. Diese Leitlinie bildet die Basis dafür, dass OST wie andere medikamentöse Behandlungen gewertet wird.

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

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

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

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

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

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

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

Zusätzlich werden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen angeboten, z. B. für Amtsärztinnen und -ärzte oder für die Mitarbeiter/-innen von Suchthilfeeinrichtungen im Rahmen der ÖAKDA oder (auf regionaler Ebene) die Wiener Fortbildungsreihe *Substitutionsbehandlung mit Opioiden – leicht gemacht*. Jährlich werden Fachtagungen (z. B. das Substitutionsforum der ÖGABS in Mondsee und das Interdisziplinäre Suchtsymposium am Grundlsee) abgehalten. Zusätzlich finden unregelmäßig themenspezifische Tagungen wie z. B. der Fachtag des *Angehörige Netzwerk Sucht OSTösterreich* (ANS-Ost) in Wien (SDW 2019) statt.

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

5.3 Trends

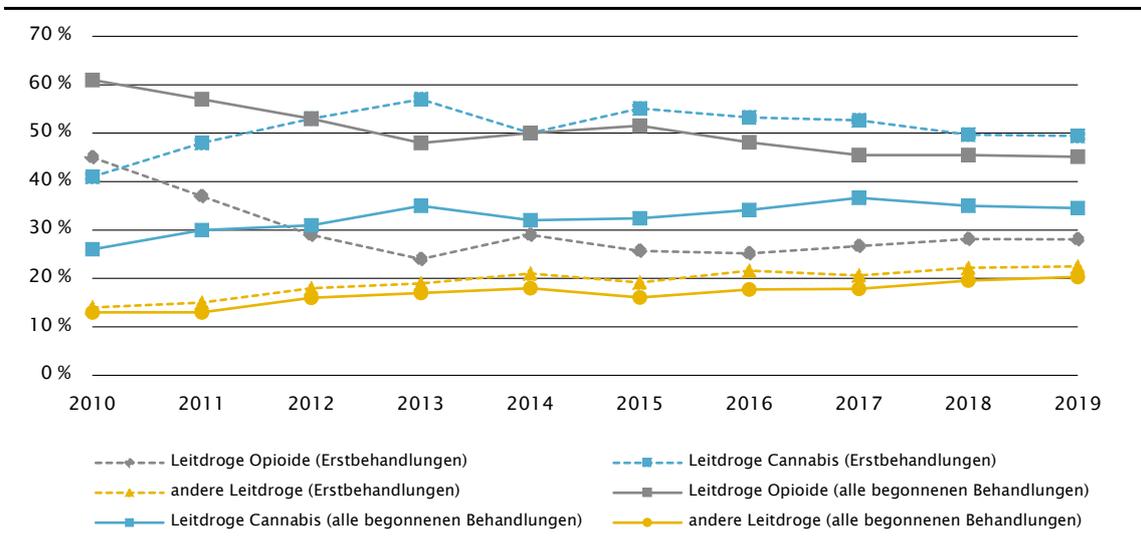
Seit 2010 ist der Anteil der Erstpattientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis in ambulanter Betreuung durch Einrichtungen der Suchthilfe gestiegen, während der Anteil jener mit der Leitdroge Opiate gesunken ist. Im Jahr 2011 war der Anteil der Erstpattientinnen/-patienten mit der Leitdroge Cannabis erstmals höher als jener der Erstpattientinnen/-patienten mit der Leitdroge Opiate. Dies ist auch für die Jahre 2015 bis 2019 zu beobachten (vgl. Abbildung 5.9). Mögliche Erklärungen dieser Entwicklung sind eine tatsächliche Verschiebung des Problemkonsums von Opiaten zu Cannabis oder der Umstand, dass lediglich ein sinkender Behandlungsbedarf von Opiatkonsumentinnen/-konsumenten durch Cannabiskonsumentinnen/-konsumenten auf Einrichtungsebene kompensiert wird. Im Rahmen einer Fokusgruppe⁹² mit Vertreterinnen/Vertretern von Suchthilfeeinrichtungen wurden unterschiedliche Merkmale einer veränderten Patientenklientel genannt: Einerseits wurde von einem Anstieg der Zahl jener Personen berichtet, die sich freiwillig in Behandlung begeben, was mit einer Entstigmatisierung des Cannabiskonsums erklärt wird. Andererseits wurde von einem Anstieg der Zahl junger und sozial auffälliger Klientinnen/Klienten berichtet, der wiederum mit einer weiteren Verbreitung von hochpotentem Cannabis in Verbindung gebracht wurde. (vgl. Kapitel 3) Zu beobachten ist auch, dass der Anteil anderer Leitdrogen seit 2015 geringfügig gestiegen ist. In dieser Kategorie macht Kokain den größten Anteil aus, gefolgt von Stimulanzien (Erstbehandlungen: Kokain 13 %, Stimulanzien 7 %; neue Betreuungen: Kokain 11 %, Stimulanzien 6 %).

92

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

Abbildung 5.9:

Personen, die (erstmalig) mit einer ambulanten Betreuung begonnen haben, nach den Leitdrogen Opioiden und Cannabis (hierarchische Definition) 2010–2019



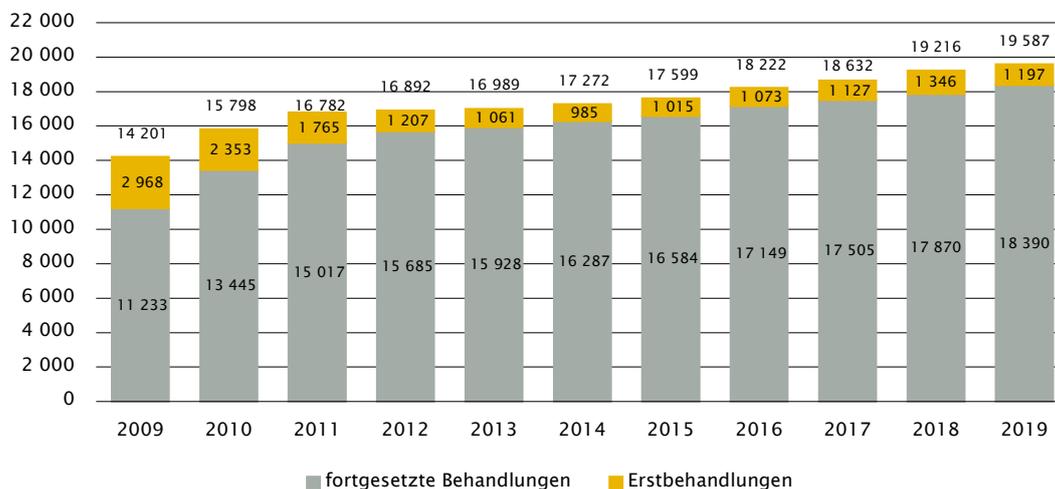
Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

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

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

Abbildung 5.10:

Jährlich gemeldete aktuell in Substitutionsbehandlung befindliche Personen nach Erst- und fortgesetzter Behandlung 2009–2019



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

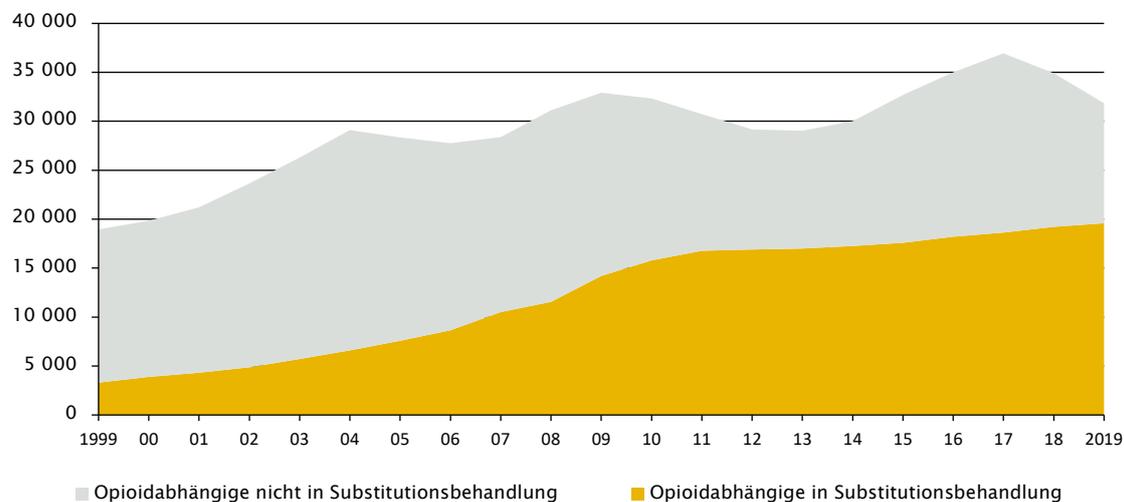
Erstbehandlung bedeutet, dass die entsprechende Person davor noch nie in Substitutionsbehandlung war.

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

Setzt man die Behandlungszahlen in Relation zu den Prävalenzschätzungen, wird deutlich, dass es in den letzten 20 Jahren gelungen ist, die Rate jener Personen mit Opioidproblematik, die sich in Substitutionsbehandlung begeben, massiv zu erhöhen. Während sich die Zahl der in Substitutionsbehandlung Befindlichen seit 2000 nahezu verfünffacht hat (2019: 19.587 Personen), hat sich die geschätzte Anzahl der Personen mit risikoreichem Konsum von Opioiden nicht ganz verdoppelt. Insgesamt werden von den aktuell geschätzten 31.000 bis 37.000 Personen mit risikoreichem Opioidkonsum 53 bis 63 Prozent durch Substitutionsbehandlung (vgl. Abbildung 5.11) bzw. 57 bis 68 Prozent durch drogenspezifische Behandlung erreicht (Anzenberger et al. 2020a und 2020b). Dies kann als großer Erfolg gewertet werden.

Abbildung 5.11:

Opioidabhängige Personen nach Integration in Substitutionsbehandlung 1999–2019



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

5.4 Neue Entwicklungen

Mit Mai 2020 wurde durch eine Novelle der Suchtgiftverordnung (BGBl II 2020/215) eine zusätzliche Behandlungsalternative im Bereich der Opioid-Substitutionstherapie geschaffen, indem das Applikationsspektrum von Substitutionsmitteln um eine subkutane Verabreichungsmöglichkeit mittels Depot-Injektionslösung erweitert wurde (vgl. Kapitel 2). Aufgrund der verabreichten Depot-Injektionslösung kann die täglich kontrollierte Einnahme des Substitutionsmittels in der Apotheke entfallen.

Mehrere Arbeitsgruppen der SDW beschäftigen sich mit der Überarbeitung und Entwicklung von Qualitätsstandards und Handlungsleitlinien in unterschiedlichen Bereichen wie z. B. die Arbeitsgruppe „Handlungsleitlinien Pflege und Sucht“. 2019 wurden die Qualitätsstandards für Medizin im Wiener Sucht- und Drogenhilfenetzwerk (SDHN Wien) überarbeitet. Die Arbeitsgruppe „Mutter/Kind“ entwickelte 2019 Qualitätsstandards für das Procedere bei der Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder im AKH / Station 04A1, um während des stationären Aufenthalts sowie davor und danach eine gute Betreuung zu gewährleisten. Die Steuerungsgruppe „Rehabilitation und Substitution“ hat Richtlinien für die Versorgung substituierter Patientinnen und Patienten in Rehabilitationszentren und Sonderkrankenanstalten erarbeitet. Die Arbeitsgruppe „Diversität und Sucht“ setzte sich damit auseinander, auf welche Themen im Umgang mit der Gruppe von Klientinnen und Klienten besonders zu achten ist und wie deren Zugang zum SDHN erleichtert werden kann. (SDW 2020).

Hinsichtlich der **Versorgung** opioidabhängiger Personen mit **Opioid-Substitutionsbehandlung** ist nach wie vor der teilweise schon bestehende oder drohende Ärztemangel in der Substitutionsbehandlung (z. B. durch Pensionierung) ein wichtiges Thema. In den Bundesländern laufen verschiedenste Bemühungen, um dieser Situation entgegenzuwirken und die Versorgung zu verbessern (vgl. für die Steiermark [Horvath et al. 2017]). So fand z. B. im März 2019 in Wien die jährliche Fortbildung „Substitutionsbehandlung mit Opioiden – leicht gemacht“ in Zusammenarbeit mit der Ärztekammer Wien, der Wiener Gebietskrankenkasse, der Wiener Apothekerkammer, dem Sucht- und Drogenbeauftragten der Stadt Wien und der MA 15 statt, mit dem Ziel, Ärztinnen und Ärzte zur Substitutionsbehandlung zu motivieren (SDW 2020).

COVID-19

Bedingt durch die im Rahmen der COVID-19-Pandemie gesetzten Maßnahmen dürfte es im April 2020 zu einem leichten Rückgang der Inanspruchnahme von Einrichtungen der Drogenhilfe und von Beratungs- und Behandlungsangeboten gekommen sein. Die Rückgänge werden mit der Reduktion bzw. der Veränderung von Angeboten erklärt. Eingespart/Reduziert wurden in einigen Bundesländern beispielsweise Gruppenangebote, geplante Entzüge und Betreuungskontakte externer Suchthilfeeinrichtungen bei Personen in Haftanstalten. Die Reduktion der persönlichen Kontakte bzw. die Umstellung auf Telefon- oder Videokontakte aufgrund der COVID-19-Maßnahmen erschwerten Erst- und Aufnahmegespräche und somit Neuaufnahmen. Es wurde aber auch berichtet, dass vor allem Cannabisklientinnen/-klienten die Telefon- und Videoberatung gut angenommen haben. Anstiege in der Inanspruchnahme wurden zum Teil bei Klientinnen und Klienten bemerkt, bei denen zusätzlich zum Thema Sucht noch eine behandlungsbedürftige psychiatrische Erkrankung vorlag (Leitdroge Benzodiazepine zur Selbstbehandlung von Unruhezuständen bzw. Ängstlichkeit und Leitdroge Amphetamine [z. B. Speed] zur Selbstbehandlung von Leistungstiefs).

Bezüglich der Opioid-Substitutionsbehandlung (OST) wurden keine negativen Auswirkungen auf den Fortbestand bereits begonnener Behandlungen wahrgenommen. Dies wird auf die raschen rechtlichen Anpassungen betreffend die Vidierung, die klientenbezogene Lockerung der Mitgaberegulierung und die Faxübermittlung von Rezepten zurückgeführt (siehe dazu auch Kapitel 2). Es hatte jedoch zum Teil den Anschein, dass weniger Opioid-Substitutionsbehandlungen begonnen wurden, wobei dies weniger als eine Frage der Angebotskapazität eingeschätzt wird. Sowohl die psychosoziale Gesamtbetreuung als auch die Einschätzung der Stabilität der Patientinnen/Patienten und jene ihres allgemeinen Gesundheitszustands wurden als durch die Einschränkung des persönlichen Kontakts im Rahmen der Behandlung erschwert beschrieben. (Horvath et al. 2020)

5.5 Quellen und Methodik

Quellen

Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe

Daten zur Beschreibung der Drogenhilfeklientel liefert seit 2006 die einheitliche *Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen* (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen. Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich erfasst werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenfalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die aktuell über 70 Prozent der Substitutionsbehandlungen durchführen, sind nicht an DOKLI beteiligt. Über ihre Patientinnen und Patienten in Substitutionsbehandlung finden sich lediglich Daten im bundesweiten Substitutionsregister. Weitere Erläuterungen – auch zur Coverage – sind in Anzenberger et al. (2018) zu finden. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten zwar auf Einrichtungsebene ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Jahr 2019 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten und anonymisierten Charakters der Daten (mit Ausnahme innerhalb Wiens) nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil solcher Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht von 2011 zu entnehmen, in dem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut worden waren, über einen Identifier eruiert werden konnten. Im Jahr 2010 wurden demnach rund 22 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (13,5 % in zwei Einrichtungen, 7,6 % in mehr als zwei; IFES 2012). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und dass daher der Anteil der Mehrfachbetreuungen für Gesamtösterreich etwas geringer ausfällt.

Substitutionsbehandlungen

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

Studien

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

5.6 Bibliografie

- Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2020a). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Wien
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2020b). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Annex. Wien
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2018). Epidemiologiebericht Sucht 2018. Wien
- BMGF (2017). Handbuch für die Vollziehung des § 12 Suchtmittelgesetz. Leitlinie für die Gesundheitsbehörden. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Kellner, K.; Kerschbaum, H.; Klein, C.; Türscherl, E., (2014). Epidemiologiebericht Drogen 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Drogenarbeit Z6. Innsbruck
- Gesundheitsfonds Steiermark (2017). Regionaler Strukturplan Gesundheit Steiermark (RSG-St 2025). Version 1.0. Gesundheitsfonds Steiermark (Hrsg.). Graz
- GÖG/ÖBIG (2010). Drogen-Monitoring. Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2012). Bericht zur Drogensituation 2012. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013a). DOKLI 2.1 – Basismanual, Version 1.0. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013b). Epidemiologiebericht Drogen 2012/2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

- Horvath, I.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020). EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union. Gesundheit Österreich, Wien.
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- IFES (2012). BADO-Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2011. Institut für empirische Sozialforschung. Wien
- Land Salzburg (2016). Suchthilfe im Land Salzburg. Rahmenplan 2016 bis 2020. Salzburg
- Land Vorarlberg (2014). Vorarlberger Psychiatriekonzept 2015–2025. Amt der Vorarlberger Landesregierung, Abteilung Gesellschaft, Soziales und Integration (IVa). Bregenz
- ÖBIG (2003). Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien
- ÖGABS, ÖGAM, ÖGKJP, ÖGPP (2017). Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. Wien
- SDW (2019). Schriftlicher Input zu Wien für den „Bericht zur Drogensituation in Österreich 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- SDW (2020). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den Bericht zur Drogensituation 2020. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- Springer, A.; Uhl, A.; Strizek, J. (2008): Opiatabhängige in Substitutionsbehandlung in Österreich: Ergebnisse einer Querschnittstudie. Wiener Zeitschrift für Suchtforschung, 31, 2, Wien, 5–18
- Stiftung Maria Ebene (2018). Jahresbericht 2017. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2020). Jahresbericht 2019. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Verein Dialog (2017). Jahresbericht 2016. Verein Dialog. Wien
- Verein Dialog (2019). Jahresbericht 2018. Verein Dialog. Wien
- Weigl, M.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Horvath, I.; Türscherl, E. (2015). Bericht zur Drogensituation 2015. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

5.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

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

BGBl II 2020/215. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

5.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bayer, Raphael	Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich

5.9 Anhang

Tabelle A5.1:

Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter, Geschlecht und Betreuungsart

Alter (in Jahren)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO		KUKO alle	NIS		NIS alle	LBamb		LBamb alle	LBstat		LBstat alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
0 bis 4 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14 (in Prozent)	2	4	2	0	1	0	1	3	1	0	0	0
15 bis 19 (in Prozent)	22	31	24	3	5	4	15	22	16	6	7	6
20 bis 24 (in Prozent)	21	16	20	7	7	7	18	17	18	19	21	20
25 bis 29 (in Prozent)	17	15	16	14	17	15	18	15	17	22	24	22
30 bis 34 (in Prozent)	14	15	14	23	27	24	16	19	17	19	24	20
35 bis 39 (in Prozent)	10	8	10	20	21	20	14	10	13	17	13	16
40 bis 44 (in Prozent)	6	4	6	14	11	13	9	7	8	10	6	9
45 bis 49 (in Prozent)	4	4	4	10	7	9	5	3	5	4	1	3
50 bis 54 (in Prozent)	2	2	2	4	3	4	3	3	3	2	3	2
55 bis 59 (in Prozent)	1	1	1	3	1	2	2	1	2	1	1	1
60 bis 64 (in Prozent)	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
65 bis 69 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79 (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	3.137	854	3.991	1.638	534	2.172	3.390	923	4.313	601	142	743
unbekannt (absolut)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

Quellen: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.2:

Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n), Geschlecht und Betreuungsart

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBam w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
Opioide (in Prozent)	26	28	27	69	64	68	44	48	45	55	66	57
Heroin (in Prozent)	19	19	19	54	52	53	38	39	38	36	44	37
Methadon (in Prozent)	2	1	2	10	6	9	4	4	4	8	10	8
Buprenorphin (in Prozent)	3	3	3	8	3	7	5	6	5	4	9	5
Morphin in Retardform (in Prozent)	8	10	8	20	15	19	12	15	13	22	22	22
anderes Opioid (in Prozent)	2	1	2	9	5	8	2	3	2	1	3	2
Kokaingruppe (in Prozent)	11	9	11	2	3	2	16	12	15	39	28	37
Kokain (in Prozent)	11	9	11	2	3	2	16	12	15	39	28	37
Crack (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
anderes Kokain (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulanzien (in Prozent)	11	14	12	1	4	2	8	14	10	13	15	13
Amphetamine (z. B. Speed; in Prozent)	8	9	8	1	2	1	7	9	7	11	12	11
MDMA (Ecstasy) und Derivate (in Prozent)	4	6	4	0	3	1	3	5	3	4	6	4
anderes Stimulans (in Prozent)	3	4	3	0	0	0	1	3	2	1	4	1
Tranquilizer/Hypnotika (in Prozent)	5	6	5	6	5	5	8	11	9	13	27	16
Benzodiazepine (in Prozent)	5	6	5	6	5	5	8	11	8	13	27	15
Barbiturate (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
anderer Tranquilizer / anderes Hypnotikum (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene (in Prozent)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	4	3
LSD (in Prozent)	1	1	1	1	0	0	1	1	1	2	3	2
anderes Halluzinogen (in Prozent)	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Cannabis (in Prozent)	66	60	64	26	28	26	51	47	50	46	42	45
Schnüffelstoffe (in Prozent)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Alkohol (in Prozent)	8	7	8	1	4	2	6	7	6	16	18	16
andere Drogen (in Prozent)	1	0	1	2	1	2	1	1	1	1	3	2
Leitdroge (Nennungen)	3.058	843	3.901	498	142	640	4.592	1.326	5.918	968	255	1.223
Leitdroge (Personen)	2.157	618	2.775	362	112	474	2.983	811	3.794	470	109	579
ausschließlich rechtliche Problematik (Personen)	182	44	226	42	14	56	104	17	121	8	0	8
nur Begleitdroge (Personen)	785	187	972	1.234	408	1.642	254	76	330	11	3	14
Drogenanamnese fehlt (Personen)	13	5	18	0	0	0	49	19	68	112	30	142

m = männlich, w = weiblich

Anmerkung: Der Prozentanteil bezieht sich auf die gültigen Nennungen.

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.3:

Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum (jemals) und Geschlecht (in Prozent)

intravenöser Drogenkonsum / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
nein (in Prozent)	83	79	82	38	33	37	72	70	72	54	46	52
ja (in Prozent)	17	21	18	62	67	63	28	30	28	46	54	48
gültige Angaben (absolut)	2.922	775	3.697	1.372	448	1.820	3.250	895	4.145	482	114	596
unbekannt (absolut)	197	71	268	222	73	295	123	23	146	14	2	16
missing (absolut)	18	8	26	44	13	57	17	5	22	105	26	131

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

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

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.4:

Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation, Geschlecht und Betreuungsart

aktuelle Wohnsituation (wie?) / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung; in Prozent)	—	—	—	60	58	59	86	85	86	73	74	73
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit; in Prozent)	—	—	—	35	36	35	6	7	6	14	11	13
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben gesicherte Wohnsi- tuation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	1	3	2	1	2	1	7	3	6
Institution (z. B. Therapiestation, Klinik), daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	4	3	3	1	1	1	4	5	5
betreutes Wohnen, daneben gesicherte Wohnsituation (z. B. Wohnung; in Prozent)	—	—	—	0	0	0	0	1	0	1	5	1
betreutes Wohnen, daneben keine gesicherte Wohnsituation (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	3	3	3	1	3	1
Haft (in Prozent)	—	—	—	0	0	0	1	0	1	0	0	0
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	1.353	454	1.807	3.214	897	4.111	470	110	580
unbekannt (absolut)	—	—	—	245	67	312	158	20	178	19	6	25
missing (absolut)	—	—	—	40	13	53	18	6	24	112	26	138

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

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

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.5:

Ab 25-Jährige, die im Jahr 2019 mit einer drogenspezifischen Betreuung begonnen haben, nach höchster abgeschlossener Schulbildung und Geschlecht (in Prozent)

höchste positiv abgeschlossene Schulbildung / Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
keine (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	3	1	2	3	4	3
Volksschule bzw. 4 Jahre Sonderschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	1	2	1	1	0	0
Pflichtschule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	38	43	39	44	39	43
Lehrabschlussprüfung (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	45	34	43	41	40	41
berufsbildende mittlere Schule (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	4	7	4	5	3	4
AHS, BHS (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	6	10	7	6	13	7
Studium, Fachhochschule, Kolleg (in Prozent)	—	—	—	—	—	—	3	3	3	1	3	1
gültige Angaben (absolut)	—	—	—	—	—	—	2.048	507	2.555	349	80	429
unbekannt (absolut)	—	—	—	—	—	—	192	26	218	15	4	19
missing (absolut)	—	—	—	—	—	—	13	3	16	85	18	103

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

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

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A5.6:

Personen, die im Jahr 2019 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,
nach Lebensunterhalt, Geschlecht und Betreuungsart

Lebensunterhalt gesamt (Mehrfachnennungen möglich)/ Betreuungsart* und Geschlecht	KUKO m	KUKO w	KUKO alle	NIS m	NIS w	NIS alle	LBamb m	LBamb w	LBamb alle	LBstat m	LBstat w	LBstat alle
erwerbstätig (in Prozent)	—	—	—	14	11	13	38	26	35	16	15	16
arbeitslos (in Prozent)	—	—	—	45	41	44	34	31	34	58	46	56
bedarfsorientierte Mindestsicherung (in Prozent)	—	—	—	16	23	18	6	10	7	5	16	8
Kind, Schüler/-in, Student/-in (= sog. erhaltene Person; in Prozent)	—	—	—	2	2	2	4	8	5	1	1	1
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/-in (in Prozent)	—	—	—	5	7	6	4	8	5	5	5	5
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges (in Prozent)	—	—	—	13	11	13	10	11	10	11	13	12
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt (in Prozent)	—	—	—	25	22	24	18	23	19	22	18	22
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	—	—	—	1.385	459	1.844	3.167	882	4.049	461	110	571
unbekannt (absolut)	—	—	—	211	61	272	201	33	234	37	9	46
missing (absolut)	—	—	—	42	14	56	22	8	30	103	23	126

m = männlich, w = weiblich

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

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

Quelle: GÖG - DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

Inhalt

6	Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen.....	163
6.1	Zusammenfassung.....	163
6.2	Aktuelle Situation.....	164
6.2.1	Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität	164
6.2.2	Drogenbezogene Notfälle.....	165
6.2.3	Drogenbezogene Infektionskrankheiten	166
6.2.4	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	170
6.2.5	Schadensminimierende Maßnahmen	171
6.2.6	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	176
6.2.7	Qualitätssicherung	178
6.3	Neue Entwicklungen.....	178
6.4	Zusätzliche Information	181
6.5	Quellen und Methodik.....	182
6.6	Bibliografie	185
6.7	Zitierte Bundes- und Landesgesetze	187
6.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	187
6.9	Anhang.....	187

6 Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum und schadensminimierende Maßnahmen

6.1 Zusammenfassung

Gesundheitliche Folgen von Drogenkonsum

Die Infektionsraten von HIV und Hepatitis variieren stark sowohl innerhalb als auch zwischen den verfügbaren Datenquellen. Es zeigt sich dennoch deutlich, dass Hepatitis C bei intravenös (i. v.) Drogenkonsumierenden ein gravierendes Problem darstellt (2019 je nach Datenquelle bis zu 87 % bei HCV-Antikörpern). Die Zahlen zur HIV-Prävalenz bewegen sich im Zeitraum der letzten zehn Jahre hingegen auf niedrigem Niveau (2019: 0 % bis 1 %). Auch die Hepatitis-B-Prävalenz (HBV) bei i. v. Konsumierenden ist seit Jahren annähernd gleichbleibend (2019: 16 % bis 25 %).

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

Aufgrund der COVID-19-Pandemie war es nicht allen Institutionen möglich, die Verdachtsfälle für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle 2019 zeitgerecht für eine Aufbereitung im Drogenbericht 2020 zu übermitteln. Daher werden die Daten der drogenbezogenen Todesfälle 2019 nur im Epidemiologiebericht Sucht 2020 publiziert (Anzenberger et al. 2020).

Schadensminimierung/Harm-Reduction

Grundlegend für Maßnahmen zur Schadensminimierung sind die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* wie auch die neun Strategien der Bundesländer für ihre jeweilige Sucht- und Drogenpolitik. Angebote werden zumeist im niederschweligen Setting umgesetzt. Hohen Stellenwert hat dabei die Abgabe sterilen Injektionszubehörs, die in sieben von neun Bundesländern – vorwiegend in den Städten – angeboten wird. Zudem werden in niederschweligen Einrichtungen der Drogenhilfe weitere Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe (wie kostenfreie Statusbestimmungen und HAV-/HBV-Impfprogramme), sozialarbeiterische Betreuung sowie fachärztliche Behandlung angeboten. Auch die Substitutionsbehandlung kann als (höher-schwellige) schadensminimierende Maßnahme gesehen werden. Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich sind die physische, aber vor allem auch psychische Gesundheit immer öfter zentrale Themen der Beratungsgespräche.

Neue Entwicklungen

In Wien besteht seit November 2019 für Klientinnen und Klienten österreichweit erstmals die Möglichkeit, kostenlos und anonym in zwei Apotheken Spritzen zu tauschen. Eine Ausweitung dieses Angebots auf insgesamt fünf Wiener Apotheken befindet sich in Vorbereitung.

Das *ambulatorium suchthilfe wien* erarbeitete 2019 ein **Schulungskonzept für kompetentes Handeln bei Opiatüberdosierungen** auch in Bezug auf die Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon in Form eines Nasensprays. Damit gibt es in Wien nun neben jenem der Steiermark ein zweites österreichisches Naloxon-Projekt.

COVID-19

In der ersten Phase der Beschränkungen im Zuge der COVID-19-Pandemie wurden im April 2020 leichte bis starke Rückgänge bei **der Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung** gemeldet. Es zeigte sich, dass vor allem Angebote des aufsuchenden Streetworking, des Drug-Checking und Angebote in niederschweligen Einrichtungen mit direktem Kontakt eingestellt bzw. stark reduziert worden waren. Die Inanspruchnahme der noch aufrechten Angebote zum Spritzentausch erschien insgesamt leicht rückgängig, zum Teil wurde – sofern verfügbar – vermehrt auf Angebote von Spritzenautomaten ausgewichen.

6.2 Aktuelle Situation

6.2.1 Drogenbezogene Todesfälle und Mortalität

Entwicklung der drogenbezogenen Todesfälle

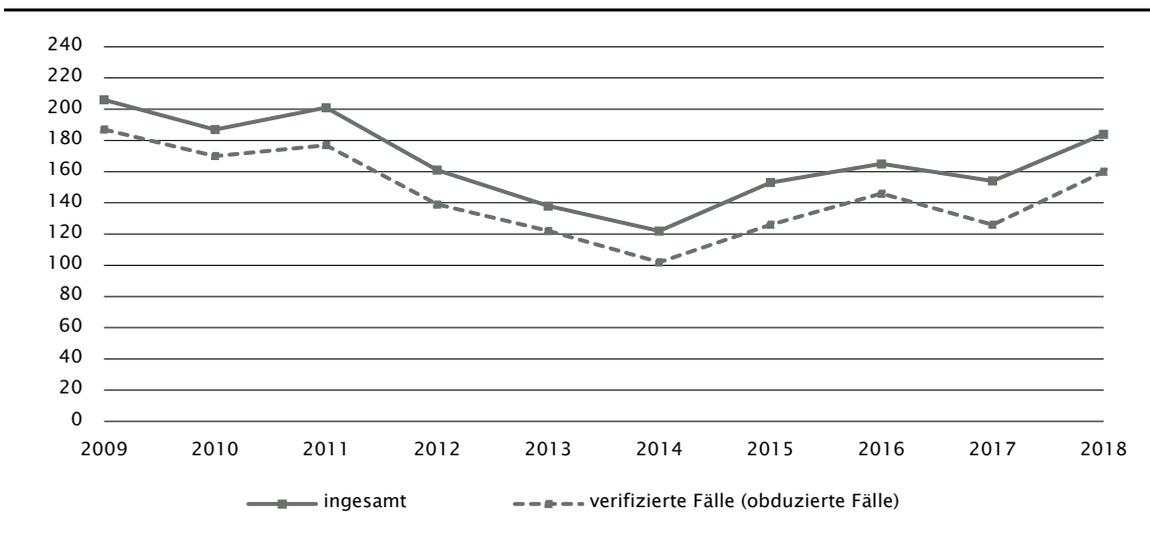
Aufgrund der verspäteten⁹³ Meldung von Verdachtsfällen für das Jahr 2019 werden im Folgenden nur die Zahlen bis 2018 dargestellt. Von 2011 bis 2014 zeigt sich ein Rückgang der direkt drogenbezogenen Todesfälle. Im Jahr 2014 erreichten sie den niedrigsten Wert seit über zehn Jahren (vgl.

93

Aufgrund der COVID-19-Pandemie war es nicht allen Institutionen, die Verdachtsfälle für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle liefern, möglich, die Verdachtsfälle des Jahres 2019 vor Redaktionsschluss zu übermitteln.

Abbildung 6.1). Seither ist wieder ein Anstieg zu beobachten, der nur von einem neuerlichen Sinken im Jahr 2017 unterbrochen wurde. Die Zahlen nach Bundesländern finden sich in Tabelle A6.2 und Tabelle A6.3 im Anhang.

Abbildung 6.1:
Anzahl direkt drogenbezogener Todesfälle in Österreich, insgesamt und verifiziert durch Obduktionsgutachten, 2009–2018



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

6.2.2 Drogenbezogene Notfälle

Es gibt keine routinemäßige Erfassung von Drogennotfällen und aktuell auch keine anekdotischen Berichte zu Notfällen im Zusammenhang mit NPS. Eine Auswertung der Spitalsentlassungsdiagnosen hinsichtlich Drogennotfällen ist nicht möglich, da bei Überdosierungen in der Praxis zum Teil T-Diagnosen des ICD-10⁹⁴, zum Teil F10-/F19-Diagnosen, die für psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen stehen, ohne zusätzliche T-Diagnosen vergeben werden – Letzteres vor allem bei Patientinnen und Patienten mit zugrunde liegender Suchterkrankung.

Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) wurde im Jahr 2019 insgesamt 256-mal betreffend Suchtmittelintoxikationen kontaktiert (insg. 23.464-mal). Diese Kontaktaufnahmen beziehen sich auf eine vorselektierte Patientengruppe, deren Zustand durch eine Vergiftung als bedrohlich eingestuft wird. Im überwiegenden Ausmaß wird bei Drogennotfällen die VIZ von Krankenhausärztinnen/-ärzten (67 %), von der Rettung (15 %), von (Not-)Ärztinnen/(Not-)Ärzten (5 %) kontaktiert.

94

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

Nur 11,3 % der Anrufe kommen von Laiinnen/Laien. Beteiligte illegale Substanzen (Mehrfachnennungen möglich) betreffen vorwiegend Kokain (n = 60), THC (n = 51), MDMA (n = 44), Speed (n = 21), Heroin (n = 17), Crystal Meth (n = 14), LSD (n = 13), GHB (n = 11), alle weiteren Substanzen waren weniger als zehnmals beteiligt. Die meisten Kontaktaufnahmen erfolgen aufgrund einer Mischintoxikation. (GÖG/VIZ 2019 Sonderauswertung Drogen).

6.2.3 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die wichtigsten drogenbezogenen Infektionskrankheiten bei i. v. Drogenkonsumierenden (HBV, HCV, HIV)

Die folgenden Ergebnisse beruhen auf verschiedensten Datenquellen, die in der Übersicht in Tabelle 6.1 dargestellt sind. Da die Daten nur aus wenigen einzelnen Einrichtungen sowie aus der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle stammen und stark streuen, sind genaue Prävalenzen und Trends schwer auszumachen. Unterschiede in der Häufigkeit verschiedener Infektionskrankheiten zeichnen sich dennoch deutlich ab.

Im Jahr 2019 streute die Prävalenzrate für Hepatitis B in den verfügbaren Datenquellen von 16 Prozent bis 25 Prozent. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch die Legende von Tabelle 6.1). In den vergangenen Jahren war die Hepatitis-B-Prävalenz bei intravenös Drogenkonsumierenden annähernd gleichbleibend: Die Werte aus den vorhandenen Datenquellen liegen seit dem Jahr 2010 zwischen 0 und 36 Prozent.

Die Hepatitis-C-Prävalenz wird in diesem Bericht über die HCV-Antikörper-Positivität (HCV-Ab) dargestellt, weil hierzu die meisten Daten vorliegen. Der Nachweis von Antikörpern gegen das Hepatitis-C-Virus ist ein Hinweis auf eine akute, chronische oder durchgemachte bzw. erfolgreich behandelte HCV-Infektion. Zur Feststellung einer akuten oder chronischen HCV-Infektion muss ein positiver HCV-Antikörpernachweis durch eine Bestätigungsuntersuchung verifiziert werden. Dazu dient die HCV-PCR (Polymerasekettenreaktion), die zum Nachweis viraler Erbsubstanz (HCV-RNA, Hepatitis-C-Virus-Ribonukleinsäure) im Blut verwendet wird.

Im Jahr 2019 lag die HCV-Ab-Prävalenz bei 84 bis 87 Prozent. Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt (vgl. *Kontaktladen, Graz*: 29 %; *ambulatorium suchthilfe wien*: 66 %). Zum Teil wird der Anteil der in den einzelnen Einrichtungen ermittelten chronischen Fälle noch innerhalb des Jahres der Erhebung durch Vermittlung in eine Behandlung und deren erfolgreiche Absolvierung gesenkt. 2019 konnten beispielsweise von den 16 im Grazer *Kontaktladen* als HCV-RNA positiv ermittelten Personen mindestens vier erfolgreich behandelt werden. Die übrigen sind noch in Behandlung oder gelten als nicht compliant. Die HCV-Ab-Prävalenz hat sich in den letzten Jahren auf hohem Niveau eingependelt. Abbildung 6.2 zeigt die Entwicklung der HCV-Infektionsraten aus unterschiedlichen Datenquellen seit dem Jahr 2000.

Tabelle 6.1:

Infektionsraten von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper und HIV bei intravenös Drogenkonsumierenden in Österreich 2019

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Antikörper-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld, Vorarlberg ¹	—	—	—
ambulatorium suchthilfe wien	25 % (35/140) ²	87 % (158/182)	1 % (2/201)
Kontaktladen ³ , Graz	16 % (11/67) ²	84 % (56/67)	0 % (0/67)
drogenbezogene Todesfälle (mit Toxikologie) 2019 ⁴	nicht erfasst	—	—

¹ Die Statistik zu Infektionskrankheiten konnte bis Redaktionsschluss nicht erstellt und übermittelt werden.

² Die Hepatitis-B-Prävalenz bezieht sich hier auf Personen, deren Hepatitis-B-Antikörper-Positivität nicht allein auf eine Hepatitis-B-Impfung zurückzuführen ist. Getestet wurde jeweils auf HBsAg, anti HBc und anti HBs.

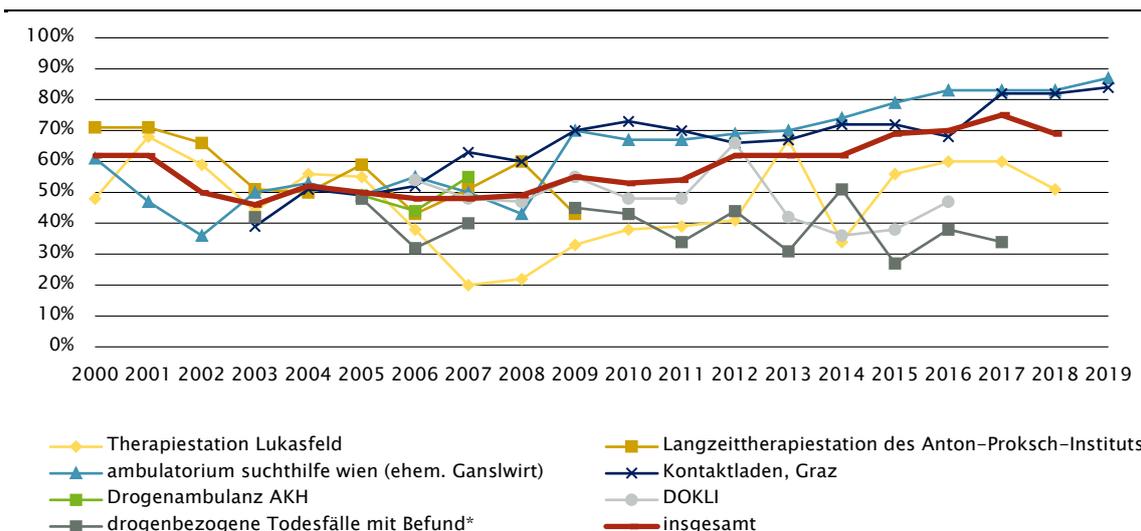
³ vormals in den Berichten zur Drogensituation als Caritas Marienambulanz bezeichnet

⁴ Aufgrund der verspäteten Meldung von Verdachtsfällen für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2019 konnte für den vorliegenden Bericht bis Redaktionsschluss keine Statistik über Infektionskrankheiten bei drogenbezogenen Todesfällen erstellt werden.

Quelle: ST9; Berechnung und Darstellung: GÖG

Abbildung 6.2:

HCV-Antikörper-Infektionsraten in Österreich 2000–2019



*Aufgrund der verspäteten Meldung von Verdachtsfällen für die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle für das Jahr 2019 konnte für den vorliegenden Bericht bis Redaktionsschluss keine Statistik über HCV-Antikörper-Infektionsraten bei drogenbezogenen Todesfällen erstellt werden. Es werden in dieser Zeitreihe daher nur die Zahlen bis 2018 dargestellt. Ebenfalls nicht bis Redaktionsschluss erstellt werden konnte für 2019 die Hepatitis-C-Statistik von Patientinnen und Patienten der Therapiestation Lukasfeld. Da bis Redaktionsschluss nur die Ergebnisse zweier Datenquellen vorlagen, wurde der Trend über alle vorhandenen Datenquellen („insgesamt“) in der Abbildung vorerst noch nicht weitergeführt.

Quelle: ST9, GÖG – DOKLI bzw. Schmutterer/Busch 2016; Berechnung und Darstellung: GÖG

Die HIV-Prävalenzrate lag 2019 in der Gruppe der Personen mit intravenösem Konsum zwischen null und einem Prozent.

Anfang der 1990er-Jahre lag die HIV-Prävalenzrate bei Personen mit i. v. Konsum noch bei etwa 20 Prozent, seither bewegt sie sich auf niedrigerem Niveau, wobei die höchsten Werte jeweils bei den drogenbezogenen Todesfällen gefunden werden. Hier wurden auch in der jüngeren Vergangenheit immer wieder etwas höhere Raten festgestellt (z. B. 2017: 3–8 %; 2018: 0–9 %, vgl. Horvath et al. 2018 und 2019).

Prävalenzen drogenbezogener Infektionskrankheiten (HCV, HIV) außerhalb des Routinemonitorings

Bezüglich Hepatitis C weisen Daten aus der *aCtion-Hepatitis-C-Datenbank* darauf hin, dass der häufigste Hepatitis-C-Ansteckungsweg aktuell der intravenöse Drogenkonsum ist. Dabei muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass der wahrscheinliche Ansteckungsweg in vielen dokumentierten Fällen nicht bekannt oder nicht angegeben ist (aCtion-Hepatitis-C-Datenbank, 2012).

Eine Erhebung in sechs österreichischen Gefängnissen zeigte, dass 74 Prozent der in Opioid-Substitutionsbehandlung befindlichen inhaftierten Personen HCV-Antikörper-positiv waren; 45 Prozent (d. h. 60 % der HCV-Ab-Positiven) waren HCV-RNA-positiv, also chronisch an Hepatitis C erkrankt. Rund zehn Prozent waren HIV-positiv (Zeitraum der Datenerhebung inkl. Testungen: Mai 2016 bis Mai 2017; Silbernagl et al. 2018; vgl. Kapitel 8).⁹⁵

Im Jahr 2019 wurden insgesamt 225 Personen in die österreichische HIV-Kohortenstudie (AHIVCOS) eingeschlossen. Bei 19 von ihnen (bzw. 8 %) wird davon ausgegangen, dass sie sich durch intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben. Bei 50 Prozent wird der Ansteckungsweg MSM⁹⁶ vermutet, bei 31 Prozent heterosexuelle Handlungen. Bei zehn Prozent blieb der Ansteckungsweg unbekannt (AHIVCOS und Zangerle p. M.). Die Anzahl der Personen mit Ansteckungsweg i. v. Konsum war in den letzten zehn Jahren relativ konstant rückläufig, wobei 2019 erstmals wieder fast das Niveau von 2015 erreicht wurde. (siehe Abbildung 6.3). Der Rückgang in den letzten zehn Jahren könnte auf einen Rückgang der Neuinfektionen in dieser Risikogruppe hindeuten.

95

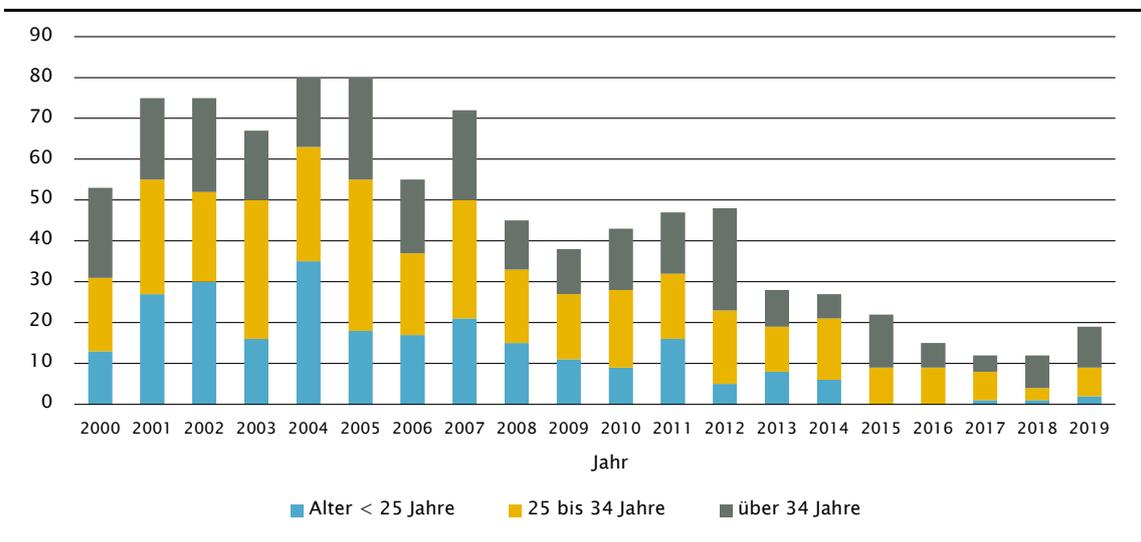
Zu Beginn der Erhebung befanden sich in den sechs Gefängnissen 218 Personen in Opioid-Substitutionstherapie. 129 von ihnen (d. h. 59 %) konnten in die Studie aufgenommen und auf Hepatitis C getestet werden; das sind rund 15 Prozent aller österreichweit Inhaftierten, die zum Zeitpunkt der Erhebung in Opioid-Substitutionstherapie waren.

96

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

Abbildung 6.3:

AHIVCOS: Anzahl der Personen in Österreich, die sich wahrscheinlich über intravenösen Drogenkonsum mit HIV infiziert haben, nach Alter und Jahr der Aufnahme in die Österreichische HIV-Kohortenstudie 2000–2019



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

Gemeinsames Benutzen von Spritzen (Needle-Sharing)

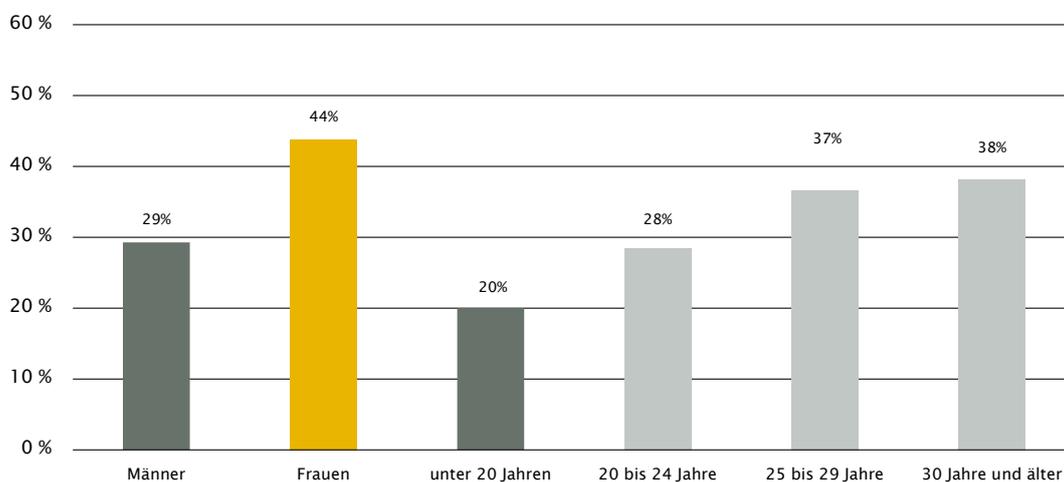
Seit dem Jahr 2014 werden in DOKLI Daten zum Needle-Sharing (gemeinsames Benutzen von Spritzen) erhoben. Die Daten beziehen sich auf Österreich ohne Wien⁹⁷ und auf Personen, die bereits intravenös konsumiert haben oder konsumieren und 2019 eine ambulante Betreuung begonnen haben. 33 Prozent dieser Personengruppe geben an, bereits einmal eine gebrauchte Spritze verwendet zu haben, im stationären Bereich sind es 31 Prozent. Das Needle-Sharing liegt bei den meisten Personen im ambulanten Bereich länger als ein Jahr zurück (81 %). Im stationären Bereich gaben 43 Prozent der Personen mit Needle-Sharing-Erfahrung an, innerhalb der letzten 30 Tage Needle-Sharing betrieben zu haben, weitere 26 Prozent innerhalb der letzten zwölf Monate (nicht aber innerhalb der letzten 30 Tage). Vor allem die Angaben im stationären Bereich schwanken über die Jahre; ein Grund dafür kann auch die geringe Anzahl von Personen sein, deren Angaben vorliegen (n = 61). Frauen im ambulanten Betreuungssetting geben Needle-Sharing öfter an als Männer. Bezüglich des Alters zeigt sich der erwartete Trend, dass die Häufigkeit, jemals Needle-Sharing betrieben zu haben, mit dem Alter zunimmt (siehe Abbildung 6.4).

97

In der Wiener „DOKU neu“ wird diese Variable nicht erhoben.

Abbildung 6.4:

Jemals Needle-Sharing bei Personen mit i. v. Konsumerfahrung, die im Jahr 2019 eine ambulante Betreuung begonnen haben, nach Geschlecht und Alter (n = 514)*



* = Österreich ohne Wien, da diese Variable in der Wiener „DOKU neu“ nicht erhoben wird

Quelle: GÖG – DOKLI; Berechnung und Darstellung: GÖG

6.2.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Sucht ist häufig mit zahlreichen somatischen Krankheiten assoziiert, die Ursache, Begleiterscheinung und/oder Folge des chronischen Konsums sein können. Psychiatrische Komorbidität von Suchterkrankungen und anderen behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen bezieht sich in erster Linie auf Persönlichkeitsstörungen, schizophrene Erkrankungen und bipolare Störungen. Die niederschwellige medizinische Einrichtung *I.K.A.* (Graz) berichtet beispielsweise für das Jahr 2019, dass rund 65 Prozent ihrer 360 langfristig betreuten Patientinnen/Patienten mindestens eine psychiatrische Komorbiditätsdiagnose aufweisen (rund 27 % ohne Komorbiditätsdiagnosen und rund 7 % ohne Angabe; *I.K.A.* 2020).

Die Statistik der Themen, die in den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des *jedmayer* in Wien angesprochen werden, zeigt, dass nach „Finanzielles/Versicherung“ und „Wohnen/Schlafplatz“ die „Gesundheit“ als dritter großer Problembereich thematisiert wird, wobei es hier nicht nur um physische Leiden, sondern sehr oft auch um psychiatrische Komorbidität geht. Bei *change* und der Anlaufstelle *homebase* in Wien zeigt sich ein ähnliches Bild, bei Letzteren stehen vor allem Themen im Bereich Soziales (Ausbildung, Freunde, Familie, Liebesbeziehungen etc.) im Vordergrund. (SHW 2020a).

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 2015 veröffentlichte *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* beinhaltet ein klares Bekenntnis zur Überlebenshilfe und Schadensminimierung wie auch zu zielgruppenorientierten suchtpolitischen Umsetzungsmaßnahmen. Sie setzt sich u. a. zum Ziel, die negativen Auswirkungen und Probleme durch den Gebrauch psychotroper Substanzen und durch Verhaltenssuchte so gering wie möglich zu halten bzw. suchtkranke Menschen – häufig mit chronischem Krankheitsverlauf – bedarfsorientiert im Gesundheits- und Sozialsystem zu betreuen (BMG 2015; vgl. auch Kapitel 1). Die Sucht- bzw. Drogenstrategien der Bundesländer (vgl. Kapitel 1) enthalten Hinweise darauf, dass im Sinne einer Diversifikation der Angebote u. a. Schadensminimierung als ein zentraler Bestandteil gesehen wird. Unter schadensminimierenden Maßnahmen wird eine niederschwellige ausgerichtete sozialarbeiterische wie auch medizinische Betreuung und Behandlung Hochrisikokonsumierender verstanden. Auch die Substitutionsbehandlung kann als schadensminimierende Maßnahme verstanden werden (vgl. Kapitel 5).

Die Umsetzungsverantwortung für schadensminimierende Maßnahmen liegt in Österreich ausschließlich bei den Ländern. Darunter fällt eine Vielzahl von Interventionen, die vorwiegend von Einrichtungen angeboten werden, die auf die Arbeit mit Suchtkranken spezialisiert sind. Zumeist sind es voneinander unabhängige Trägerorganisationen, die eine oder mehrere Einrichtungen führen und mit den jeweiligen Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen/-koordinatoren kooperieren. Finanziert werden die schadensminimierenden Maßnahmen jeweils durch verschiedene Ressortbudgets auf Länderebene (vgl. Kapitel 1).

Einrichtungen der niederschweligen Drogenhilfe gibt es in sieben von neun Bundesländern; sie sind vorwiegend in den Landeshauptstädten angesiedelt. In Oberösterreich, Salzburg, Tirol und Vorarlberg gibt es szenebedingt zusätzlich auch Angebote in Kleinstädten. Träger der schadensminimierenden Angebote sind vorwiegend (karitative) Vereine oder – wie in Wien – eine gemeinnützige Gesellschaft im Eigentum der Stadt. Schadensminimierende Ansätze werden in Niederösterreich durch die Suchtberatungen und im Burgenland durch den Psychosozialen Dienst abgedeckt. Für das Drogenambulatorium Klagenfurt wurde zusätzlich für die Zielgruppe instabile Patientinnen/Patienten, Nichtversicherte, Patientinnen/Patienten, die sich noch nicht in Behandlung befinden, Hochrisikokonsumentinnen/-konsumenten und Konsumentinnen/Konsumenten, die sich in einer Krise befinden, eine **niederschwellige Anlaufmöglichkeit** konzipiert, deren Umsetzung 2020 erfolgt.

Generell kann gesagt werden, dass schadensminimierende Interventionen schwerpunktmäßig im Bereich Prävention drogenrelevanter Infektionskrankheiten liegen; dazu gehören vor allem Spritzentausch, HIV- bzw. Hepatitis-Tests, HAV-/HBV-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sowie Notfallprophylaxe. Vor allem niederschwellige Einrichtungen und aufsuchende Angebote (Streetwork) decken diese Interventionen ab. Spritzentausch wird in wenigen Fällen zudem von

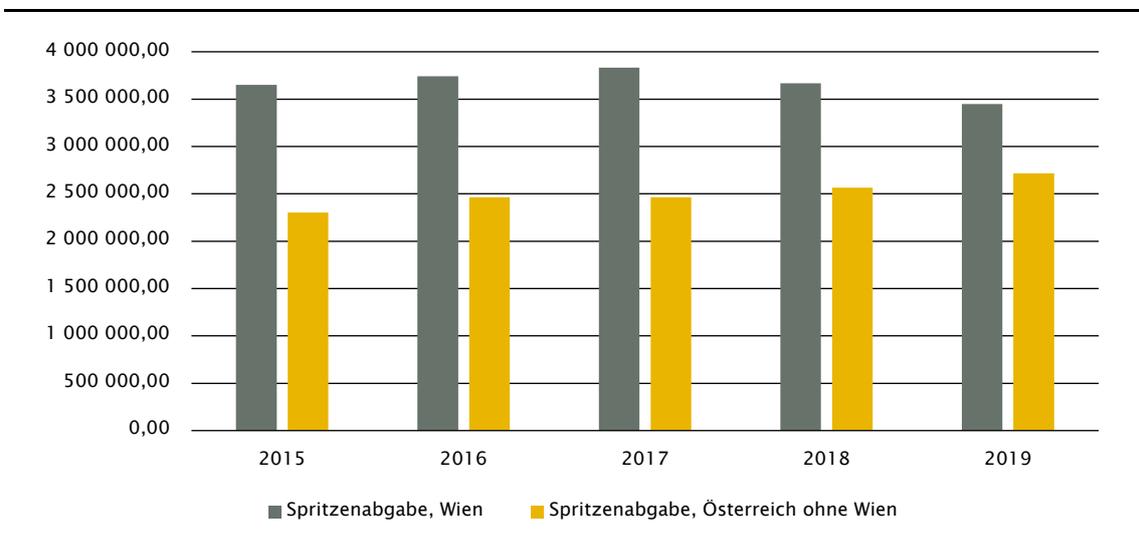
nichtsuchtspezifischen Einrichtungen wie der AIDS-Hilfe oder von Privatanbietern (z. B. Spritzenautomat im Eigentum einer Apotheke) angeboten.

Die Behandlung gesundheitlicher Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und (Fach-)Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Diese erfüllen eine Schnittstellenfunktion in Bezug auf höherschwellige medizinische Versorgungsstrukturen (z. B. Überweisung zur Hepatitis-C-Behandlung).

Die **Infektionsprophylaxe** ist eine wesentliche Aufgabe niederschwelliger Einrichtungen und aufsuchender Angebote, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Das Angebot zum kostenlosen Spritzentausch wird mit Ausnahme von Niederösterreich und dem Burgenland in allen Bundesländern umgesetzt, insgesamt gibt es 17 derartige Angebote in 14 Städten, über die steriles Injektionszubehör erhältlich ist. Die Rücklaufquote gebrauchter Spritzen beträgt in den meisten Einrichtungen über 98 Prozent und bewegt sich seit Jahren auf sehr hohem Niveau (vgl. u. a. SHW 2020a). 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 steriler Spritzen erfolgt in der Steiermark, in Kärnten, Vorarlberg und Wien zudem über aufsuchende Angebote (Drogenstreetwork).

Die Zahl der im Rahmen des Spritzentauschs/-verkaufs abgegebenen Spritzensets ist in den letzten fünf Jahren österreichweit zunächst kontinuierlich gestiegen, nämlich von 5.157.666 abgegebenen Spritzen im Jahr 2014 auf 6.234.094 im Jahr 2018. Seither stagniert der Wert bei etwas über 6.000.000 (2019: 6.164.781 abgegebene Spritzen; vgl. Abbildung 6.5 bzw. Tabelle A6.4). In Kärnten, der Steiermark und Wien wurden im Jahr 2019 etwas weniger Spritzen abgegeben als im Jahr davor.

Abbildung 6.5:
Anzahl der verteilten Spritzen in Wien und Österreich ohne Wien 2015–2019



Quelle: ST10, Darstellung: GÖG

Mengenmäßig werden österreichweit die meisten Spritzen in Drogenhilfeeinrichtungen ausgehändigt, im Jahr 2019 waren es über 6.000.000 (vgl. Tabelle A6.4). Darüber hinaus wurden über Spritzenautomaten um die 131.000 Spritzensets und im Rahmen des aufsuchenden Drogenstreetworks in Wien, der Steiermark und Kärnten rund 18.300 Spritzen abgegeben⁹⁸. 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.

Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf ist es in Österreich möglich, Spritzen und Nadeln in Apotheken käuflich zu erwerben. Seit November 2019 besteht für Klientinnen und Klienten die Möglichkeit, in zwei Wiener Apotheken (eine befindet sich im 11., die andere im 20. Bezirk), kostenlos und anonym Spritzen zu tauschen. Eine Ausweitung dieses Angebots auf insgesamt fünf Wiener Apotheken befindet sich in Vorbereitung. (SDW 2020)

Auf Einrichtungsebene werden im Rahmen des Spritzentauschs auch Einzelberatungen sowie vereinzelt Trainings zu Safer Use / Safer Injecting angeboten. Über verschiedene Onlineangebote der Einrichtungen finden zudem Beratungen anonym sowie zeit- und ortsunabhängig statt. Konkrete Daten betreffend die Anzahl der Trainings bzw. die Besucherzahlen liegen nicht vor. Interventionen im Sinne eines Peer-Involvements und Ansätze der aufsuchenden Gesundheitserziehung („health education approach“) finden in Österreich wenig Beachtung.

98

Die Zahlen beziehen sich auf Wien, die Steiermark und Kärnten. In Vorarlberg ist die Zahl der durch das Drogenstreetwork abgegebenen Spritzen in den Spritzenzahlen der Einrichtungen inkludiert.

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der Infektionsprophylaxe betrifft kostenlose **HIV- bzw. Hepatitis-Status-Bestimmungen**. HIV-Status-Bestimmungen werden kostenlos in vierzehn niederschweligen Einrichtungen in sechs Bundesländern angeboten, kostenlose Hepatitis-Status-Bestimmungen in zehn niederschweligen Einrichtungen in vier Bundesländern.

Der DOKLI-Datensatz ermöglicht Aussagen über HIV- und HCV-Status-Erhebungen bei i. v. Drogenkonsumierenden⁹⁹, die vor dem in DOKLI dokumentierten Behandlungsbeginn stattfanden. Im stationären Betreuungssetting haben sich 80 Prozent der dokumentierten Personen innerhalb der letzten zwölf Monate einem Test unterzogen (HIV-Test: 79 %, HCV-Test: 80 %). Im längerfristig ambulanten Betreuungsbereich liegen die Testhäufigkeiten bei 51 % für HIV-Tests und 54 % für HCV-Tests.

In Kärnten, Oberösterreich, der Steiermark, Vorarlberg und Wien bieten insgesamt zwölf niederschwellige Einrichtungen kostenlose **HBV- und HAV-Impfungen** für Drogenkonsumierende an. Im Rahmen der Infektionsprophylaxe des *ambulatoriums suchthilfe wien* erhielten im Berichtsjahr 52 Personen mindestens eine Teilimpfung gegen Hepatitis A/B. 15 von ihnen haben die Grundimmunisierung 2019 erfolgreich abgeschlossen, weitere zehn erhielten eine Auffrischungsimpfung. Die übrigen 27 haben die Grundimmunisierung entweder begonnen oder fortgesetzt (SHW 2020a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus (HAV-Impfstatus) liegen im DOKLI-Datensatz Angaben von 231 Personen vor, zum HBV-Impfstatus solche von 240 Personen. Die **Durchimpfungsrate** betrug im Jahr 2019 für HAV 34 Prozent und für HBV 35 Prozent¹⁰⁰. Die aus dem DOKLI-Datensatz ermittelte Tbc-Impfrate von sieben Prozent basiert auf den Angaben von 134 Personen. Anzumerken ist jedoch, dass die genannten Zahlen weniger über den tatsächlich bestehenden Impfschutz aussagen, als rein über eine vorangegangene Impfung zu informieren.

Mittlerweile gibt es in fast allen Bundesländern Initiativen zur **Behandlung von Hepatitis C**. Im niederschweligen Setting sind es Einrichtungen in Wien und Graz, die durch eigene Hepatitisambulanzen und enge Kooperationen mit Krankenhäusern die Schwelle zur Behandlung möglichst niedrig halten. In Oberösterreich werden über niederschwellige Anlauf- und Kontaktstellen kostenlose Schnelltests angeboten und Klientinnen/Klienten mit positivem Testergebnis über Kooperationsprojekte mit den regionalen Krankenanstalten in weitere diagnostische Abklärung und Behandlung geführt. In Tirol gibt es im niederschweligen Setting ebenfalls Testungen an mehreren Orten mit Vermittlung in gastroenterologische und hepatologische Ambulanzen im Falle einer positiven Befundung. In Kärnten und Vorarlberg werden in Drogenberatungsstellen kostenlose Testungen angeboten und Beratungen über Behandlungsmöglichkeiten an Kliniken durchgeführt. In Salzburg gibt es ein Kooperationsprojekt zwischen substituierenden Ärztinnen/Ärzten und dem Uniklini-

99

Diese Variablen werden gemäß TDI-Protokoll 3.0 in DOKLI seit dem Betreuungsjahr 2014 erhoben. Allerdings werden weder Testergebnis noch Testzeitpunkt abgefragt.

100

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

kum Salzburg. In Niederösterreich startete 2019 am Universitätsklinikum St. Pölten ein Pilotprojekt, das Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm den Zugang zur Behandlung vereinfachen soll (Näheres siehe Abschnitt 1.3). Die Behandlungskosten mit modernen DAA¹⁰¹ werden von den Krankenkassen unabhängig von Fibrosegrad und Genotyp übernommen (vgl. Schwarzenbrunner p. M., Grüner p. M., Neubacher, p. M., Drobesh-Binter, p. M., Caritas Diözese Graz-Seckau 2018, Schabus-Eder p. M.; DVSV 2020).

In Wien besteht eine Kooperation zwischen dem *ambulatorium suchthilfe wien*, dem *Verein Dialog*, dem Krankenhaus Ottakring / 4. Medizinische Abteilung sowie mehr als 50 Wiener und niederösterreichischen Apotheken, die sich durch einen niederschweligen Zugang zur Therapie mit modernen DAA in Form einer *directly observed therapy (DOT)* für Personen in Substitutionsbehandlung auszeichnet. Bis Ende 2019 haben insgesamt 406 Patientinnen/Patienten die Behandlung begonnen, 281 von ihnen haben sie und das Zwölf-Wochen-Follow-up beendet. Bei 280 der 281 Patientinnen und Patienten konnte eine virologische Heilung der Hepatitis-C-Infektion erzielt werden (SVR12-Rate: 99,6 %; Schütz et al. 2018, SHW 2020a). Zudem gibt es in Wien seit 2019 ein Projekt zur Testung aller Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten (siehe Abschnitt 1.3).

Bezüglich Testungen auf, Behandlungen von und Impfungen gegen Infektionskrankheiten in Haft siehe Kapitel 8.

Schadensminimierung und Überlebenshilfe ist ein wesentliches Interventionsfeld der nationalen *Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1, BMG 2015). Konkrete Initiativen zur Prävention von Überdosierungen und zum Umgang mit Notfällen sind vorwiegend im niederschweligen Bereich verankert. Angeboten werden Informations- und Beratungsleistungen und auch spezifische Erste-Hilfe-Kurse für Drogenkonsumierende wie auch für Mitarbeiter/-innen der niederschweligen Einrichtungen. Informationen zum Umgang mit Notfällen sind auch über spezielle Websites verfügbar.¹⁰²

Naloxon ist ein gängiges Notfallmedikament bei Opioidüberdosierungen und ist in Österreich verschreibungspflichtig, die Abgabe erfolgt ausschließlich über Ärztinnen und Ärzte bzw. gehört zur Standardausrüstung von Notärzten und Rettungswägen. Derzeit wird es in Österreich nicht flächendeckend direkt an Drogenkonsumierende oder deren Umfeld im Sinne einer Notfallprophylaxe bei Überdosierung abgegeben. In der Steiermark und in Wien gibt es jedoch erste Take-home-Naloxon-Projekte (siehe Abschnitt 6.3).

Drug-Checking ist nach wie vor eine wichtige Maßnahme zur **Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting**, wird aber ausschließlich in Wien (*checkit!*) und Tirol (*Drogenarbeit Z6*) umgesetzt (vgl. SHW 2020b und Drogenarbeit Z6 2020). Beide Einrichtungen melden ihre Ergebnisse

101
direct acting antiviral agents

102
z. B. <https://doit.at/safer-use/>; <http://www.checkyourdrugs.at/infos/gesundheitsstipps/uberdosierung-notfalle/>;
<https://checkit.beranet.info/>; <https://www.drogenarbeitz6.at/konsum/drogennotfall.html> (Zugriff jeweils am 10. 6. 2020)

in Hinblick auf besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum (vgl. Kapitel 3) dem österreichischen Informations- und Frühwarnsystem. Eine Beschreibung der pharmakologischen Analyseergebnisse findet sich in Kapitel 7. Die Wiener Einrichtung *checkit!* nahm im Berichtsjahr 2019 1.050 Proben zur Analyse an 20 Eventbetreuungstagen (davon zwölf Tage mit Analyseangebot) entgegen (2018: 1.165 Proben).

In Tirol gab *Drogenarbeit Z6* im Jahr 2019 insgesamt 513 Substanzproben zur Testung an der Gerichtsmedizin ab (2016: 286, 2017: 428, 2018: 483 Substanzproben¹⁰³), von denen 276 als hochdosiert eingestuft wurden. Vor dem Inhalt von 369 Proben musste gewarnt werden, 167 Proben waren verunreinigt¹⁰⁴. In Tirol wurden erstmals auch 13 Cannabisproben auf das Vorhandensein synthetischer Cannabinoide¹⁰⁵ hin analysiert und wurde ein Red Alert für das in vier Proben enthaltene hochpotente synthetische Cannabinoid 4F-MDMB-BINACA ausgerufen. Durch Mithilfe unterschiedlicher Systempartner/-innen in der Tiroler Soziallandschaft sowie des Bildungsbereichs und anhand der darauffolgenden zahlreichen Anfragen bzgl. Cannabis und der Möglichkeit, dieses auch analysieren zu können, wurde gezeigt, dass Drug-Checking auch bei Cannabis ein sinnvolles und nachhaltiges Instrument in der Prävention sein kann (vgl. *Drogenarbeit Z6* 2020).

6.2.6 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Versorgungsangebote hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in vielen Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (vgl. Weigl et al. 2014). Die Behandlung von Klientinnen und Klienten mit psychotischem Krankheitsbild stellt die Einrichtungen der Suchthilfe vor besondere Herausforderungen, da diese Klientel neben einer suchtmmedizinischen Betreuung auch eine psychiatrische Behandlung benötigt. Die Integration von Menschen mit Suchterkrankungen in die medizinische Regelversorgung wird zunehmend Thema, wobei in diesem Zusammenhang von einem umfassenden Suchtbegriff ausgegangen wird (vgl. Weigl et al. 2017).

103

Pro Kalenderjahr können derzeit im Rahmen des Projekts maximal 500 Testungen durchgeführt werden, mehr werden nicht finanziert. 2019 wurde das ursprünglich mit dem Land Tirol vereinbarte Kontingent von max. 500 Testungen überschritten (Grüner, p. M.).

104

„Das bedeutet, dass zusätzlich zum deklarierten Wirkstoff **mindestens ein** die Wirkung beeinflussendes bzw. gesundheitsschädigendes Streckmittel in der Substanz analysiert wurde oder der deklarierte Wirkstoff gar nicht enthalten war.“ (Drogenarbeit Z6 2019)

105

Synthetische Cannabinoide sind im Vergleich zu THC um ein Vielfaches potenter. Akute und schwerwiegende Vergiftungen sind bei synthetischen Cannabinoiden wahrscheinlicher. So kann der Konsum hochpotenter synthetischer Cannabinoide u. a. zu rascher Ohnmacht, Herzinfarkt, Herzrasen, Bluthochdruck, Krampfanfällen, Übelkeit mit Erbrechen, akuten Psychosen sowie aggressivem und gewaltsamen Verhalten führen.“ (Drogenarbeit Z6 2019)

Die Wiener sozialmedizinische Einrichtung *jedmayer* bietet seit 2014 eine ambulante Therapie in Form einer „Bezugsbetreuung“ an, mit dem Ziel, konkrete sozialintegrative Schritte zu setzen. Zielgruppe sind suchtkranke Menschen mit multiplen Problemlagen, die motiviert sind, eine individuelle Stabilisierung in den Bereichen Konsum, Soziales und Gesundheit in Angriff zu nehmen. Im Jahr 2019 nahmen 289 Personen eine solche Bezugsbetreuung in Anspruch, wobei 71 von ihnen bereits 2018 und 218 erst 2019 mit der Betreuung begonnen haben (SHW 2020a; Weigl et al. 2016).

Der Verein *Suchtberatung Tirol* bietet seit Herbst 2018 einmal pro Monat in der Beratungsstelle Wörgl allgemeinspsychiatrische Sprechstunden an. Damit wird den Klientinnen und Klienten schnell und unbürokratisch Zugang zu psychiatrischer Betreuung beispielsweise für Diagnosen, Medikamentierungsfragen und Abklärung von Komorbiditäten ermöglicht. Seit Beginn der psychiatrischen Sprechstunden wurden 57 Einzelkontakte vereinbart (Suchtberatung Tirol 2020).

Im Dezember 2019 ging MINDBASE.at, eine digitale Plattform für psychische Gesundheit online, die Informationen zum Thema Sucht und zu anderen psychischen Erkrankungen kompakt und übersichtlich zusammenfasst. Als Hilfe zur Selbsthilfe steht dort außerdem eine Reihe geprüfter Onlinetools kostenlos und anonym zur Verfügung. Das Angebot soll laufend erweitert werden. (SDW 2020)

Interventionen und Maßnahmen, die auf den allgemeinen Gesundheitszustand der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Im niederschweligen Bereich ist psychische bzw. physische Gesundheit oftmals zentrales Thema der Beratungsgespräche (vgl. Abschnitt 6.2.4).

Im Rahmen der niederschweligen medizinischen Grundversorgung des *ambulatoriums suchthilfe wien* erfolgten im Berichtsjahr 13.713 ärztliche Konsultationen (SHW 2020a).

In Wien übernimmt der Spitalsverbindungsdienst *CONTACT*, der in das *Ambulatorium der Sucht- und Drogenkoordination Wien* eingebettet ist, die Beratung und Betreuung suchtkranker Patientinnen und Patienten in Wiener Spitälern und ihre Vermittlung an spezialisierte Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Im Jahr 2019 erbrachte *CONTACT* Leistungen für 624 Klientinnen und Klienten mit illegalem Substanzkonsum. Zudem führten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von *CONTACT* Fortbildungen für verschiedene Berufsgruppen im Krankenhaus durch. Die inhaltlichen Schwerpunkte waren 2019 die Betreuung suchtkranker Schwangerer und Mütter, eine verstärkte Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Suchtkranke im Sozialmedizinischen Zentrum Baumgartner Höhe der Klinik Penzing im Bereich der Vermittlung der vor Ort behandelten Klientinnen und Klienten in das Sucht- und Drogenhilfenetzwerk sowie die Betreuung der Zielgruppe 40+. Bei Letzteren stellt der hohe Anteil Pflegebedürftiger bzw. Schwerkranker mit ihren besonderen Bedürfnissen eine große Herausforderung für die Betreuung und Behandlung dar (SDW 2020).

Ziel des Liaisondienstes *Konnex*, der ebenfalls ein Teil des *Ambulatoriums der Sucht- und Drogenkoordination Wien* ist, ist es, die Betreuung von Menschen mit Suchterkrankung in Einrichtungen des Wiener allgemeinen Gesundheits- und Sozialbereichs zu unterstützen. Im Rahmen der Fachberatungstätigkeit haben im Jahr 2019 591 Multiplikatorenkontakte und 26 Begutachtungen von

Klientinnen/Klienten stattgefunden. Genutzt wurden die Angebote von *Konnex* 2019 u. a. von Einrichtungen der Wiener Wohnungslosenhilfe, der mobilen und stationären Pflege und Betreuung, der Jugendwohlfahrt, der Behindertenhilfe, der Flüchtlingshilfe sowie von arbeitsmarktpolitischen Einrichtungen (SDW 2020).

6.2.7 Qualitätssicherung

Spezielle Standards zur Qualitätssicherung schadensminimierender Maßnahmen sind auf Bundesebene bzw. Länderebene nicht vorhanden. Teilweise sind jedoch einzelne der in Kapitel 5 genannten Maßnahmen zur Qualitätssicherung anwendbar, z. B. die Förderrichtlinien der SDW oder – im Falle von Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht wurden (z. B. das *ambulatorium suchthilfe wien*) – die entsprechenden Qualitätskriterien. Richtlinien in Bezug auf schadensminimierende Maßnahmen in Haftanstalten werden in Kapitel 8 beschrieben.

Neben der vom BMSGPK herausgegebenen *Leitlinie zum Umgang mit dem schädlichen Gebrauch und der Abhängigkeit von Benzodiazepinen bei Patientinnen und Patienten in Erhaltungstherapie mit Opioiden* besteht auch in der Steiermark eine *Benzodiazepin-Richtlinie* (vgl. Weigl et al. 2016) und in Wien eine von der Sucht- und Drogenkoordination Wien erstellte Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen, die auch von Kärnten übernommen wurde. Letztere zielt darauf ab, das Problembewusstsein hinsichtlich der Verschreibung und des Gebrauchs zu erhöhen und der verschreibenden Ärzteschaft eine fachliche Unterstützung und Orientierungshilfe im Umgang mit diesem Medikament zu bieten. Die Broschüre beschreibt Wirkungsweisen, unterschiedliche Indikationsbereiche und die Behandlung der Abhängigkeit von Benzodiazepinen (vgl. SDW 2016; Kapitel 5).

6.3 Neue Entwicklungen

Im März 2019 startete in Wien das Projekt *Let's end hepatitis C in Vienna* unter der Federführung der Klinik Ottakring (ehem. Wilhelminenspital) in Kooperation mit dem *ambulatorium suchthilfe wien*. Im Sinne der von der WHO vorgeschlagenen Strategie der „micro-elimination“ zur Erreichung der von ihr formulierten Ziele „Senkung der Neuinfektionen mit Hepatitis B und C“, „Senkung der Todesfälle infolge der beiden Erkrankungen“ und „Steigerung der Diagnoserate“ wird hier versucht, in einer definierten, überblickbaren Subgruppe – in diesem Fall die Wiener Substitutionspatientinnen und -patienten – virale Hepatitiden zu eliminieren. Da die Patientinnen und -patienten einmal pro Monat eines von mittlerweile acht Bezirksgesundheitsämtern in Wien aufsuchen müssen, wird ihnen im Rahmen des Projekts dort die Möglichkeit zur Information und Testung angeboten, mit dem Ziel eines möglichst lückenlosen HCV-Screenings. Bis Ende 2019 konnte das Projekt in fünf von acht Bezirksgesundheitsämtern umgesetzt werden. Obwohl dadurch viele Patientinnen und Patienten erreicht werden konnten und auch die Testbereitschaft als zufriedenstellend eingestuft wurde, zeigte sich, dass eine anschließende Behandlung nicht in dem erhofften Ausmaß in Anspruch genommen wurde. Um positiv getestete Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen,

Barrieren zu überwinden und ihren Weg in die Behandlung zu finden, ist ein neues Projekt in Vorbereitung. (SHW 2020a).

In Niederösterreich startete 2019 am Universitätsklinikum St. Pölten ein Pilotprojekt, das für Patientinnen und Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm den Zugang zur Behandlung vereinfachen soll. Dabei sollen die Patientinnen und Patienten von den Apothekerinnen und Apothekern, die ihnen die Substitutionsmedikation aushändigen, auf das Projekt angesprochen werden. Neben Aufklärung über Transmission, Gesundheitsrisiko und Therapie erfolgt eine Grunduntersuchung durch die Hausärztin bzw. den Hausarzt. Die Therapieindikation wird durch das Universitätsklinikum St. Pölten ausgestellt. Die Hepatitis-C-Medikation (DAA) wird, gekoppelt an die tägliche Ausgabe der Substitutionsmedikation, in der Apotheke ausgegeben und dort unter Aufsicht eingenommen. (Maieron o. J., Hörhan p. M.)

Im Berichtszeitraum haben sich in den Einrichtungen u. a. folgende Änderungen in Hinblick auf schadensminimierende Angebote ergeben:

Österreichs erstes **Take-home-Naloxon-Projekt** in der Steiermark wurde 2019 fortgesetzt. Es wurden elf Schulungstermine abgehalten und 30 Klientinnen und Klienten (acht Frauen, 22 Männer) mit Naloxon-Kits ausgestattet. (Ladenhauf p. M.)

Das *ambulatorium suchthilfe wien* erarbeitete 2019 ein **Schulungskonzept für kompetentes Handeln bei Opiatüberdosierungen** auch in Bezug auf die Verabreichung des Opioidantagonisten Naloxon in Form eines Nasensprays. Das Projekt wurde in der Folge einrichtungsübergreifend vom *ambulatorium suchthilfe wien* und von *jedmayer* durchgeführt. Eigens dafür geschulte Mitarbeiter/-innen vermitteln den Klientinnen und Klienten, wie man sich im Notfall richtig verhält, wie man Erste Hilfe leistet und wie man das Nasenspray mit Wirkstoff Naloxon richtig anwendet. Zudem wird den Teilnehmenden eine Packung mit zwei Einzeldosen des Medikaments ausgehändigt. Beginnend mit Oktober 2019 fanden bis Jahresende drei Schulungen mit insgesamt zehn Klientinnen/Klienten statt. Die ersten Erfahrungen sind positiv, und das Projekt wird 2020 fortgesetzt (vgl. SHW 2020a).

Im Herbst 2019 wurde durch die Landes-Zielsteuerung ein dreijähriges Projekt zur Finanzierung der „Substitutionsbehandlung opiatabhängiger Patientinnen/Patienten im Bereich Obersteiermark mit Schwerpunkt Leoben“ beschlossen. In enger Zusammenarbeit mit der Suchtmedizinischen Ambulanz (SMA) in Bruck werden vorerst stabile Patientinnen/Patienten übernommen. Die Indikationsstellung zu deren Substitutionsbehandlung soll weiterhin in der SMA Bruck erfolgen; die medizinische Weiterbehandlung sowie die psychosozialen Begleitmaßnahmen werden in der Suchtberatung durchgeführt. Ziel dieser Maßnahmen ist es, die Weiterversorgung der in der SMA Bruck auf Substitutionsmedikamente eingestellten opiatabhängigen Patientinnen/Patienten sicherzustellen (Cichy p. M.)

Im Jahr 2019 wurde die **Kärntner Suchthilfestrategie 2020–2030** ausgearbeitet (siehe Kapitel 1). Für das Drogenambulatorium Klagenfurt wurde zusätzlich für die Zielgruppen „Instabile Patientinnen/Patienten“, „Nichtversicherte“, „Patientinnen/Patienten, die sich noch nicht in Behandlung befinden“, „Hochrisikokonsumentinnen/-konsumenten“ und „Konsumentinnen/Konsumenten, die

sich in einer Krise befinden“ eine **niederschwellige Anlaufmöglichkeit** konzipiert, deren Umsetzung 2020 erfolgt (Drobesch-Binter p. M.).

In Kärnten wurde 2019 mit der Genehmigung der Sucht- und Drogenkoordination Wien die Broschüre *Benzodiazepine – Empfehlung zur ärztlichen Verordnung* übernommen und über die Ärztekammer an alle niedergelassenen Ärztinnen/Ärzte und Fachärztinnen/-ärzte in Kärnten ausgesandt. Anlass war das Ergebnis einer Analyse aller Kärntner drogenbezogenen Todesfälle von 2015 bis 2018 (2018 wurden insgesamt 53 Todesfälle analysiert), auf dessen Basis Problemfelder definiert wurden, die der Drogenkoordination als zusätzliche Planungsgrundlage dienen. Zudem wurde über die Abteilung Sanitätswesen der Kärntner Landesregierung ein Informationsschreiben an alle Ärzte/Ärztinnen im niedergelassenen Bereich mit Suchgiftvignettenbezug verschickt, um Doppelverschreibungen von opioidhaltigen Schmerzmedikamenten und/oder Benzodiazepinen zu vermeiden. Zusätzlich wurde durch gezielte Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzungsgespräche die Aufmerksamkeit bei Medizinerinnen und Medizinern in Bezug auf eine restriktivere Verschreibungspraxis bei Benzodiazepinen erhöht (Drobesch-Binter p. M.).

Im Juni 2019 wurde in Tirol das Angebot rund um die Mentlvilla und die Anlaufstelle durch die **mobile Betreuung und Begleitung** erweitert. Hier gibt es die Möglichkeit, dass suchtkranke Menschen, die außerhalb der Mentlvilla untergebracht sind bzw. selbstständig wohnen durch Sozialarbeiter/-innen beraten und bei Bedarf auch begleitet werden. Das neu geschaffene Angebot zeichnet sich unter anderem durch eine hohe Flexibilität, Niederschwelligkeit und die Anbindung an Expertinnen/Experten in unterschiedlichen Kontexten aus und richtet sich an erwachsene Frauen und Männer mit eigener Unterkunft (Caritas Diözese Innsbruck, 2020).

Da die Opioid-Substitutionstherapie (OST) für die weitere Behandlung psychischer und somatischer Grund- und Begleiterkrankungen nahezu ideale Voraussetzungen schafft, entwickelten sich mit dem Ausbau der OST auch die medizinischen Diagnostik- und Therapieangebote im niederschweligen Setting des *ambulatoriums suchthilfe wien* weiter.

Im April 2019 begann das Pilotprojekt „*Psychotherapie im niedrigschwelligen Setting*“ der *suchthilfe wien*. Bis Ende des Jahres wurden (für Erst- oder Therapiegespräche) 436 Termine vergeben, von denen 65 Prozent eingehalten wurden – ein sehr guter Wert angesichts der oft instabilen Lebenslage der Zielgruppe. Insgesamt gab es 337 persönliche Termine. (SHW 2020a)

Die Arbeitsgruppe „Mutter/Kind“ entwickelte 2019 Qualitätsstandards bei der Aufnahme substituierter Mütter und ihrer Kinder im Wiener AKH / Station 04A1, um ihnen während des stationären Aufenthalts sowie davor und danach eine gute Betreuung zu gewährleisten. Die Arbeitsgruppe „Handlungsleitlinien Pflege und Sucht“ überarbeitet seit 2018 die bestehenden Handlungsleitlinien und führt das ambulante und (teil)stationäre Setting zusammen (SDW 2020).

Das Team der *Mobilen Drogenarbeit Z6* hat im Jahr 2019 vermehrt auf eine einfache, visuelle Vermittlung von substanzspezifischen Informationen und Harm-Reduction gesetzt und dabei u. a. Plakate mit QR-Codes versehen, welche die Nutzer/-innen zu Safer-Use-Anleitungen auf der Webseite der *Drogenarbeit Z6* führen (Drogenarbeit Z6 2020).

COVID-19

Bei der **Verfügbarkeit und Inanspruchnahme von Angeboten zur Schadensminimierung** wurden im April 2020 leichte bis starke Rückgänge gemeldet. Es zeigt sich, dass vor allem Angebote des aufsuchenden Streetworking, des Drug-Checking und Angebote in niederschweligen Einrichtungen mit direktem Kontakt eingestellt bzw. stark reduziert wurden. Die Inanspruchnahme der noch aufrechten Angebote zum Sprizentausch erschien insgesamt leicht rückgängig, zum Teil wurde – sofern verfügbar – vermehrt auf Angebote von Spritzenautomaten ausgewichen. Das Drug-Checking wurde an beiden Standorten eingestellt, die Onlineberatung fand aber weiterhin statt. Im Betrachtungszeitraum wurden keine **drogenassoziierten gesundheitlichen Folgen** beobachtet (beispielsweise Not-/Todesfälle aufgrund von Überdosierungen, drogenbezogene Gewalt), die mit den COVID-19-Maßnahmen in Zusammenhang stehen. Beschrieben wurden jedoch soziale Folgen wie Isolation, die Notwendigkeit von Essensspenden und psychische Krisen, v. a. bei jenen mit zusätzlichen psychiatrischen Erkrankungen (Horvath et al. 2020).

Das Institut für Suchtprävention der Sucht- und Drogenkoordination Wien erarbeitete infolge der COVID-19-Eindämmungsmaßnahmen mehrere Informationsblätter, darunter zwei Factsheets zum „Umgang mit Suchtmitteln in Krisenzeiten“ – Informationen für Erwachsene¹⁰⁶ und Jugendliche¹⁰⁷, die im April 2020 veröffentlicht wurden. In kompakter Form werden dort mögliche Auswirkungen der Krise auf das psychische Befinden und den Konsum von Suchtmitteln beschrieben. Es werden Tipps zum Umgang mit Suchtmitteln und digitalen Medien in Belastungssituationen vermittelt und Beratungs- und Behandlungseinrichtungen sowie Unterstützungsmöglichkeiten angeführt. (SDW 2020).

6.4 Zusätzliche Information

Seit 2019 ist das *ambulatorium suchthilfe wien* auch eine Praktikumsinstitution für Gesundheits- und Krankenpfleger/-innen. Erster Kooperationspartner war das Krankenhaus Rudolfinerhaus mit seiner angeschlossenen Pflegeakademie. Weitere Kooperationen sind in Planung (SHW 2020a).

Das im Jahr 2019 von der europäischen Kommission genehmigte Projekt *SCANNER* (DG Justice) stellt eine internationale Kooperation zwischen dem *checkit!*-Labor und ausgewählten Drug-Checking-Einrichtungen dar. Hauptziel des Projekts ist es, Erkenntnisse über die Dynamik und die Folgen des Konsums neuer psychoaktiver Substanzen in einem sich schnell verändernden (Online-)Drogenmarkt zu gewinnen. Das *checkit!*-Labor an der medizinischen Universität Wien wird dabei als Referenzlabor zur Identifizierung neuer psychoaktiver Substanzen dienen (SHW 2020b).

106

https://sdw.wien/wp-content/uploads/drw-factsheet-Umgang_mit_Suchtmitteln_in_Krisenzeiten_Erwachsene-2.pdf (Zugriff am 15. 9. 2020)

107

https://sdw.wien/wp-content/uploads/drw-factsheet-Umgang_mit_Suchtmitteln_in_Krisenzeiten_JUGENDLICHE-RZ_web....pdf (Zugriff am 15. 9. 2020)

6.5 Quellen und Methodik

Sämtliche Quellen sind in der Bibliografie in Abschnitt 6.6 aufgelistet.

Quellen

Seit 1989 sammelt in Österreich das Gesundheitsressort Daten **drogenbezogener Todesfälle**. Die entsprechenden Meldeverpflichtungen sind im § 24c des Suchtmittelgesetzes (SMG) geregelt, dem entsprechend dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK) polizeiliche Meldungen über mutmaßlich drogenbezogene Todesfälle, Obduktionsergebnisse und Totenbeschauscheine übermittelt werden. Ergänzt werden die gemeldeten Verdachtsfälle durch eine Liste der Statistik Austria, die Todesfälle mit ausgewählten drogenbezogenen Todesursachen (ICD-10-Codes) enthält. Zur Klassifizierung der sogenannten verifizierten Fälle werden die (gerichtsmedizinischen) Obduktionen herangezogen. In Fällen, in denen keine Leichenöffnung vorgenommen wurde, dient der Totenbeschauschein zur Klassifizierung (nichtverifizierte Fälle). Direkt drogenbezogene Todesfälle sind Todesfälle infolge **akuter Intoxikationen** („Überdosierung“), d. h. es gibt bei diesen Fällen einen zeitlichen und medizinischen Zusammenhang zwischen Intoxikation und Tod der durch eine Ärztin / einen Arzt festgestellt wurde. Es gilt dabei zu bedenken, dass es keine allgemeingültigen definierten Grenzen für toxische Mengen an Suchtgiften gibt, die unmittelbar zum Tod führen. Häufig führt das Zusammenspiel mehrerer Substanzen im Rahmen eines Mischkonsums zum Tode, wobei die einzelnen Substanzmengen für sich allein nicht unbedingt in letaler Konzentration nachgewiesen sein müssen. Einbezogen werden dabei sowohl Intoxikationen mit **Suchtgift** (§ 2 Suchtmittelgesetz – SMG, BGBl I 1997/112 in der geltenden Fassung) als auch solche mit **neuen psychoaktiven Substanzen** (NPS) im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetzes (NPSG, BGBl I 2011/146).

Die gesammelten Daten werden in ein Onlineregister eingespeist und jährlich ausgewertet. In der Arbeitsgruppe¹⁰⁸ zu drogenbezogenen Todesfällen im November 2016 wurden Überdosierungen verschreibungspflichtiger opioidhaltiger Schmerzmittel (ohne andere Suchtgifte) diskutiert. Hintergrund der Diskussion: Ziel der Statistik und Analyse der drogenbezogenen Todesfälle ist die Darstellung des hochriskanten Drogenkonsums, die in Zusammenschau mit vier weiteren epidemiologischen Schlüsselindikatoren die Einschätzung der Drogensituation erlaubt. Personen ohne Verbindung zur „Suchtgiftszene“, die z. B. mithilfe eines verschreibungspflichtigen Opioids (ohne andere Substanzen, die im SMG oder NPSG gelistet sind) Suizid verüben, oder Schmerzpatientinnen/-patienten zählen nicht zu diesem Kontext. In der Arbeitsgruppe wurde daher beschlossen, dass Fälle, bei denen starke Zweifel bezüglich der Zugehörigkeit zur „Suchtgiftszene“ bestehen, nicht in die Statistik aufgenommen werden (anhand einer Zusammenschau diesbezüglicher Hinweise). Aus Gründen der Transparenz und zur Beobachtung der Entwicklung dieser Situation werden diese Fälle jedoch separat beschrieben.

108

In dieser Arbeitsgruppe diskutieren jährlich Expertinnen und Experten verschiedener Bereiche (der Suchthilfe, des BMSGPK, BMJ und BMI, gerichtsmedizinischer Institute, der Statistik Austria) aktuelle Themen betreffs drogenbezogener Todesfälle.

Durch das Erfassen von Daten aus verschiedenen Quellen (BMI, gerichtsmedizinische Institute, privat tätige gerichtsmedizinische Gutachter/-innen, Landessanitätsdirektionen aller Bundesländer, Statistik Austria) kann davon ausgegangen werden, dass die Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vollständig ist. Da es aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht allen Institutionen möglich war, die Verdachtsfälle 2019 vor Redaktionsschluss zu übermitteln, können die Ergebnisse der drogenbezogenen Todesfälle 2019 im Drogenbericht 2020 nicht berücksichtigt werden.

In Österreich besteht weder auf Bundes- noch auf Länderebene eine einheitliche Definition bzw. eine routinemäßige Erfassung **drogenbezogener Notfälle**. Daten bezüglich Prävention und Reduktion von Notfällen im Partysetting werden in den Jahresberichten der Einrichtungen *checkit!* und *Drogenarbeit Z6* beschrieben. Die Vergiftungsinformationszentrale (VIZ) bietet bei Vergiftungsverdacht rund um die Uhr kostenlose telefonische Beratung an. Ihre Zielgruppe sind Laiinnen und Laien, die eine toxikologische Beratung im Anlassfall benötigen, oder medizinisches Fachpersonal, welches das spezifische toxikologische Fachwissen der Konsiliarärztinnen/-ärzte in Anspruch nimmt. Dort eingehende Anrufe werden systematisch dokumentiert. Neben Angaben zu den Patientinnen/Patienten werden u. a. die Exposition, die Substanz(en), Ort, Hergang, Symptome und der „poisoning severity score“ erhoben. Drogenbezogene Anrufe werden in den meisten Fällen als *Abusus* codiert, in selteneren Fällen als Selbstvergiftung bzw. akzidentiell (GÖG/VIZ 2019: Sonderauswertung Drogen).

Die Datenlage hinsichtlich **Infektionskrankheiten** bei Personen mit i. v. Drogenkonsum kann als sehr schlecht bzw. nichtrepräsentativ bezeichnet werden. Es liegen lediglich Daten von Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung und der Statistik der drogenbezogenen Todesfälle vor. Die wichtigsten Datenquellen stellen das Behandlungsdokumentationssystem DOKLI (siehe auch Kapitel 5) und die Meldungen aus drei Drogenhilfeeinrichtungen (*ambulatorium suchthilfe wien*, *Therapiestation Lukasfeld* in Vorarlberg, *Kontaktladen* in Graz) dar. Für beide Datenquellen ist anzumerken, dass zum Teil nicht die gesamte Klientel getestet wird und davon ausgegangen werden kann, dass die Testmotivation in einigen Fällen nicht unabhängig vom Infektionsstatus ist. Die Angaben getesteter Personen in DOKLI erfolgen auf freiwilliger Basis und nur sporadisch und sind daher als nichtrepräsentativ zu bezeichnen. Dieses Bias besteht zwar bei drogenbezogenen Todesfällen nicht, allerdings findet der Infektionsstatus hinsichtlich HCV und HIV nicht in allen Obduktionsgutachten Erwähnung, und es ist zu vermuten, dass diese Gruppe einen besonders risikoreichen Drogenkonsum aufweist. Angaben zu HBV und Tbc finden sich nicht in den Obduktionsgutachten. Das Fehlen eines verlässlichen Monitoringsystems für drogenassoziierte Infektionskrankheiten stellt eine große Limitation dar und macht sowohl Inzidenz- als auch Prävalenz- sowie Trendaussagen sehr unsicher bis unmöglich. Um gesicherte Aussagen über die Prävalenz von Infektionskrankheiten bei Personen mit Drogenproblemen machen zu können, wäre eine Verbesserung des nationalen Monitorings dringend erforderlich.

Die Daten bezüglich der **Durchimpfungsrate** stammen aus DOKLI. U. a. weil es sich dabei um freiwillige Angaben handelt, sind die Daten mit entsprechender Vorsicht zu interpretieren. Daten zum allgemeinen Impfschutz hinsichtlich Hepatitis A und B können dem *Gesundheitsbericht Österreich 2009* (GÖG/ÖBIG 2009) entnommen werden. Sie beziehen sich allerdings auf das Jahr 2007 und sind daher nur eingeschränkt zu verwenden.

Die **aCtion-Hepatitis-C-Datenbank** wurde 2004 ins Leben gerufen, um mehr Einblicke in die Epidemiologie der Hepatitis C in Österreich zu gewinnen. Über teilnehmende Zentren wurden dort Fälle chronischer Hepatitis C erfasst und dokumentiert. Die so generierten Daten liefern hilfreiche Antworten auf Fragen z. B. zum vermuteten Ansteckungsweg oder zur Genotypenverteilung. Leider wurde die Datenbank mit Ende 2014 eingestellt, da die teilnehmenden Zentren immer weniger Daten lieferten. Eine letzte noch einigermaßen repräsentative Auswertung aus dem Jahr 2012 wird für diesen Bericht verwendet (Bauer p. M.).

Im Jahr 2016 wurde eine Studie über die aktuelle Datenlage in Hinblick auf **Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich** veröffentlicht. Dabei wurden Datenbanken und -quellen aus den Bereichen Sucht und Gesundheitsberichterstattung mit Bezug zu Hepatitis-C-Erkrankungen beschrieben, vorhandene Daten analysiert und zueinander in Bezug gebracht. Zudem wurde ein Szenario zur Verbesserung der Datenlage entworfen. Der Bericht zur Studie beinhaltet ein Kapitel über Hepatitis C bei i. v. Drogenkonsumierenden, in dem Daten der Jahre 2000 bis 2014 aus DOKLI, einzelnen Einrichtungen der Drogenhilfe und der Statistik drogenbezogener Todesfälle in ihrer Gesamtschau beschrieben werden (Schmutterer/Busch 2016).

Bezüglich **schadensminimierender Angebote** bzw. psychiatrischer Komorbiditäten im Kontext von Drogenabhängigkeit gibt es keine Routinedaten, sondern vorwiegend Informationen aus den Jahresberichten der niederschweligen Einrichtungen. Mittels *Standard Table 10* der EBDD bzw. EMCDDA werden jährlich aktuelle Zahlen zum Spritzentausch / zur Spritzenabgabe sowie zum Angebot von Safer-Use-Utensilien innerhalb der Einrichtungen gesammelt (vgl. Tab. A6.4).

Studien

Die wichtigsten Informationen zur HIV-Epidemiologie in Österreich kommen derzeit aus der österreichischen Kohortenstudie AHIVCOS, in die mittlerweile die Daten von neun Behandlungszentren einfließen. Die österreichische HIV-Kohortenstudie startete im Jahr 2001 in fünf österreichischen HIV-Behandlungszentren (AKH Wien, Klinik Penzing Wien, Med Campus III des Kepler-Universitätsklinikums Linz, LKH Innsbruck und LKH Graz West). Seit 2008 nehmen auch das LKH Salzburg und das LKH Klagenfurt daran teil. Im Jahr 2016 kam noch die Klinik Favoriten (ehem. Kaiser-Franz-Josef-Spital) in Wien dazu und 2018 ein Zentrum in Feldkirch. Für die Studie wurde eigens die Software „HIV Patient Management System“ entwickelt. Bis 1. 9. 2019 wurden insgesamt 10.066 HIV-Infizierte in die Kohorte aufgenommen. Das Studienteam geht davon aus, dass 75 Prozent aller in antiretroviraler Therapie (ART) befindlichen HIV-positiven Personen und rund 60 Prozent aller derzeit in Österreich mit HIV lebenden Personen (inkl. der nichtdiagnostizierten Fälle) erfasst werden. Im Rahmen der Studie wird neben dem vermutlichen Ansteckungsweg und neben soziodemografischen Charakteristika eine Fülle medizinischer Parameter erhoben. Weitere verhaltensbezogene Daten i. v. Drogenkonsumierender werden in der Studie nicht erfasst (AHIVCOS 2019).

6.6 Bibliografie

- aCtion-Hepatitis-C-Datenbank (2012). Auswertung vom 12. Dezember 2012. Durchgeführt von Tschapeller, B. für Joanneum Research, Graz. Übermittelt von Bauer, B., LKH Hörgas/Enzenbach. Graz
- AHIVCOS (2019). HIV/AIDS in Austria – 37th Report of the Austrian HIV Cohort Study. Editiert von Zangerle, R., Innsbruck
- Anzenberger, J.; Busch, M.; Gaiswinkler, S.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Klein, C.; Schmutterer, I.; Schwarz, T.; Strizek, J. (2020). Epidemiologiebericht Sucht 2020. Wien
- BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2018). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2017. Graz.
- Caritas, Diözese Graz-Seckau (2020). Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich, Jahresbericht 2019. Graz
- Caritas, Diözese Innsbruck (2020). Mentlvilla, Jahresbericht 2019. Innsbruck
- Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Innsbruck
- GÖG/ÖBIG (2009). Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A.; Weigl, M. (2018). Bericht zur Drogensituation 2018. Gesundheit Österreich, Wien
- Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Schmutterer, I.; Tanios, A.; Weigl, M. (2019). Bericht zur Drogensituation 2019. Gesundheit Österreich, Wien
- Horvath, I.; Schmutterer, I.; Schwarz, T. (2020): EMCDDA-Trendspotting-Studie über Auswirkungen von COVID-19 auf Menschen mit illegalem Substanzkonsum (PWUD) und auf Einrichtungen der Drogenhilfe in der Europäischen Union. Gesundheit Österreich, Wien
- DVSV (2020). Erstattungskodex – EKO. Stand 1. Jänner 2020. Dachverband der Sozialversicherungsträger. Wien
- I.K.A. (2020). Statistiken I.K.A. 2019. Interdisziplinäre Kontakt- und Anlaufstelle – Medizinische und psychosoziale Suchtkrankenversorgung. In: WAVM-Jahresbericht 2019. Wissenschaftliche Akademie für Vorsorgemedizin. Graz

Maieron, A. (o. J.). Pilotprojekt. Vereinfachter Behandlungszugang für Patienten mit Hepatitis C im Opioid-Substitutionsprogramm in Niederösterreich. Präsentation.

Schmutterer, I.; Busch, M. (2016). Datenanalyse zu Inzidenz und Prävalenz von Hepatitis-C-Erkrankungen in Österreich. Gesundheit Österreich. Wien

Schütz, A.; Moser, S.; Schwanke, C.; Schubert, R.; Luhn, J.; Gutic, E.; Lang, T.; Schleicher, M.; Haltmayer, H.; Gschwantler, M. (2018). Directly observed therapy of chronic hepatitis C with ledipasvir/sofosbuvir in people who inject drugs at risk of nonadherence to direct-acting antivirals. *Journal of Viral Hepatitis*. 2018 Jul; 25(7): 870–873. doi: 10.1111/jvh.12857. Epub 2018 Feb 6

SDW (2016). Empfehlung zur ärztlichen Verordnung von Benzodiazepinen. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SDW (2020). Input der Sucht- und Drogenkoordination Wien für den „Bericht zur Drogensituation 2019“. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

SHW (2020a). Bereich Beratung, Betreuung, Behandlung, Versorgung und Wohnen. Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

SHW (2020b). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien gGmbH. Wien

Silbernagl, M.; Slamanig, R.; Fischer, G.; Brandt, L. (2018). Hepatitis C infection and psychiatric burdens in two imprisoned cohorts: Young offenders and opioid-maintained prisoners. *Health Policy* 122 (2018): 1392–1402

Suchtberatung Tirol (2020). Jahresbericht 2019. Suchtberatung Tirol. Innsbruck

Weigl, M.; Busch, M.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Klein, C.; Türscherl, E. (2014). Bericht zur Drogensituation 2014. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

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

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

6.7 Zitierte Bundes- und Landesgesetze

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

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

6.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Bauer, Bernd	Kontaktladen, Graz
Cichy, Juliane	Suchtkoordination Steiermark
Drobesch-Binter, Barbara	Drogenkoordination Kärnten
Grüner, Beate	Suchtkoordination Tirol
Hörhan, Ursula	Suchtkoordination Niederösterreich
Ladenhauf, Martin	Caritas der Diözese Graz-Seckau, Kontaktladen & Streetwork im Drogenbereich
Neubacher, Thomas	Suchtkoordination Vorarlberg
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Salzburg
Schwarzenbrunner, Thomas	Suchtkoordination Oberösterreich
Zangerle, Robert	Universitätsklinik für Dermatologie und Venerologie, Innsbruck

6.9 Anhang

Tabelle A6.1:

Anzahl der direkt drogenbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache 2010–2019

Todesursache	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Intoxikation mit Opiat(en) ¹	13	11	11	10	10	6	7	8	9	n. v.
Mischintoxikation mit Opiat(en) ¹	148	151	111	103	85	107	120	97	136	n. v.
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) oder NPS ohne Opiate	0	8	8	6	7	10	13	17	12	n. v.
Intoxikation unbekannter Art	9	7	9	3	0	3	6	4	3	n. v.
Summe verifizierter direkt drogenbezogener Todesfälle	170	177	139	122	102	126	146	126	160	n. v.
nichtobduzierte drogenbezogene Todesfälle	17	24	22	16	20	27	19	28	24	n. v.
Summe der drogenbezogenen Todesfälle	187	201	161	138	122	153	165	154	184	n. v.

¹ inklusive opiathaltiger NPS

n. v. = nicht verfügbar (aufgrund der COVID-19-Pandemie standen die Daten für 2019 zu Redaktionsschluss nicht zur Verfügung)

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

Tabelle A6.2:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2010–2019 nach Bundesland
(pro 100.000 15- bis 64-Jährige)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	3,2	2,1	1,0	0,5	1,0	1,6	1,6	1,6	1,0	n. v.
Kärnten	1,6	1,1	1,9	1,9	1,4	2,4	3,0	3,5	6,6	n. v.
Niederösterreich	2,9	2,7	2,1	1,8	0,8	1,9	1,4	1,4	2,0	n. v.
Oberösterreich	1,3	1,5	2,0	1,5	0,6	0,8	1,6	1,9	1,1	n. v.
Salzburg	5,0	1,7	2,7	1,1	1,1	0,6	1,4	2,2	1,1	n. v.
Steiermark	1,4	2,0	0,9	0,7	1,3	1,1	1,6	1,8	1,6	n. v.
Tirol	3,7	4,7	2,9	2,9	2,4	2,8	4,8	2,2	4,7	n. v.
Vorarlberg	4,0	3,2	2,8	4,0	3,2	5,9	4,3	2,3	1,9	n. v.
Wien	6,4	8,2	6,0	5,3	5,4	5,8	5,3	5,0	6,1	n. v.
unbekannt	—	—	—	—	—	—	—	—	—	n. v.
Österreich	3,3	3,5	2,8	2,4	2,1	2,6	2,8	2,6	3,1	n. v.

n. v. = nicht verfügbar (aufgrund der COVID-19-Pandemie standen die Daten für 2019 zu Redaktionsschluss nicht zur Verfügung)

Quellen: GÖG – Statistik der drogenbezogenen Todesfälle, BMSGPK – Statistikregister eSuchtmittel, STAT – Statistik des Bevölkerungsstandes; Berechnung und Darstellung: GÖG

Tabelle A6.3:

Direkt drogenbezogene Todesfälle in den Jahren 2010–2019 nach Bundesland (absolut)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	6	4	2	1	2	3	3	3	2	n. v.
Kärnten	6	4	7	7	5	9	11	13	24	n. v.
Niederösterreich	31	29	23	19	9	21	15	15	22	n. v.
Oberösterreich	12	14	19	14	6	8	16	19	11	n. v.
Salzburg	18	6	10	4	4	2	5	8	4	n. v.
Steiermark	11	16	7	6	11	9	13	15	13	n. v.
Tirol	18	23	14	14	12	14	24	11	24	n. v.
Vorarlberg	10	8	7	10	8	15	11	6	5	n. v.
Wien	75	97	72	63	65	72	67	64	79	n. v.
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	n. v.
Österreich	187	201	161	138	122	153	165	154	184	n. v.

n. v. = nicht verfügbar (aufgrund der COVID-19-Pandemie standen die Daten für 2019 zu Redaktionsschluss nicht zur Verfügung)

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

Tabelle A6.4:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern 2019

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten	3 ¹	0	115.912
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	5	3	798.880
Salzburg	1	2	14.509
Steiermark	2 ¹	3 ²	769.911
Tirol	2	6	602.500
Vorarlberg	5 ¹	7	415.655
Wien	3 ^{1,3}	0	3.447.414
Gesamt	21	21	6.164.781

¹ inkludiert ein Streetwork-Angebot² inkludiert einen Präventionsautomaten einer Apotheke³ inkludiert zwei spezialisierte Angebote in Apotheken

Quelle: ST10; Berechnung und Darstellung: GÖG

Drogenmärkte und Drogendelikte

Inhalt

7	Drogenmärkte und Drogendelikte	193
7.1	Zusammenfassung.....	193
7.2	Aktuelle Situation.....	194
7.2.1	Drogenmärkte.....	194
7.2.2	Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen	198
7.2.3	Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots.....	200
7.3	Trends.....	201
7.4	Neue Entwicklungen.....	207
7.5	Quellen und Methodik.....	208
7.6	Bibliografie	209
7.7	Zitierte Bundesgesetze.....	209
7.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	209
7.9	Anhang.....	210

7 Drogenmärkte und Drogendelikte

7.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Österreich ist Transit- und Verbraucherland für illegale Drogen. Virtuelle Drogenmärkte gewinnen zunehmend mehr Bedeutung, auch die Sicherheitsbehörden richten verstärkt einen Fokus auf diese neuen zusätzlichen Drogenmärkte. Die Produktion illegaler Drogen spielt in Österreich eine geringe Rolle.

Insgesamt bezogen sich im Jahr 2019 in Österreich 43.329 Anzeigen gemäß SMG auf Suchtmittel. Von diesen galten 42.657 Anzeigen gemäß SMG Suchtgiften, wobei der größte Teil davon (30.905) Cannabis betraf. Die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (39.290) überstiegen die Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen¹⁰⁹ (3.404) bei weitem. Im Jahr 2019 kam es zu 4.364 Anzeigen wegen einer Beeinträchtigung durch Suchtgift im Straßenverkehr gemäß StVO bzw. FSG. Dem stehen 30.930 Anzeigen wegen Alkohols im Straßenverkehr gegenüber.

Die Sicherheitsbehörden setzen Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots: Dazu gehört neben der Kontrolltätigkeit auch die Sicherstellung von illegalen Suchtmitteln sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe oder Suchtgifte (inkl. Substitutionsmitteln) enthalten, und *neuen psychoaktiven Substanzen*. Im Bundeskriminalamt ist zudem eine Meldestelle für Drogenausgangsstoffe eingerichtet. Weiters kommt dem Drogenhandel in virtuellen Märkten¹¹⁰ per Postsendungen, die illegale Suchtmittel beinhalten, sowohl im Regeldienst als auch im Rahmen internationaler Projekte weiterhin Aufmerksamkeit zu.

COVID-19

Laut Bundeskriminalamt konnte durch die Ausgangsbeschränkungen zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie zwischen März und April 2020 ein Rückgang der Sicherstellungen beobachtet werden. Der individuelle Handel hat sich vom öffentlichen Raum hin zu privaten Räumen verschoben. Auch eine Einschränkung des Drogenhandels im Internet/Darknet auf den nationalen Versand konnte beobachtet werden.

¹⁰⁹

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“.

¹¹⁰

Darunter fallen das Darknet wie auch das offen zugängliche Internet und ebenso Messenger-Dienste.

Laut Bundeskriminalamt gibt es keine grundlegenden Änderungen in Bezug auf die Preisgestaltung sowie auf die Verfügbarkeit illegaler Substanzen durch die Ausgangsbeschränkungen. In einer von zwei niederschweligen Einrichtungen durchgeführten Onlinebefragung zum Substanzkonsum in dieser Zeit finden sich Hinweise auf eine Marktveränderung und eine erschwerte Beschaffung illegaler Substanzen.

7.2 Aktuelle Situation

7.2.1 Drogenmärkte

Produktion von Drogen in Österreich

Österreich ist Transit- und Verbraucherland. Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich grundsätzlich keine wesentliche Rolle. Die erzeugten Cannabismengen sind im internationalen Vergleich gering. In Österreich konnten im Jahr 2019 insgesamt 976 Anlagen zur Herstellung von Cannabisprodukten ausgeforscht werden. Bei fast zwei Dritteln davon handelt es sich um Indoor-Anlagen. In Oberösterreich (1), der Steiermark (1) und Wien (2) wurden im Jahr 2019 insgesamt vier Labore zur Herstellung illegaler synthetischer Substanzen entdeckt, deren Synthesziel vorwiegend die Herstellung von Methamphetamin und Amphetamin war. Die erzeugten Suchtmittel dienten ebenfalls dem Eigenbedarf bzw. einem regional begrenzten Kreis von Abnehmerinnen/Abnehmern (BMI 2020; Lichtenegger, p. M.).

Handelsrouten für den Import von Drogen nach Österreich

Heroin wird vor allem über die „Balkanroute“ via Türkei, Bulgarien, die Balkanregion und Österreich nach Westeuropa geschmuggelt. Der Kokainschwarzmarkt in Österreich wird u. a. über den internationalen Flughafen Wien-Schwechat aus Süd- und Mittelamerika versorgt. Cannabisprodukte werden meist in Albanien erzeugt. Aus Marokko wird vor allem Cannabisharz via Westeuropa (Spanien, Frankreich) geschmuggelt. Amphetamin, „Ecstasy“ und MDMA werden hauptsächlich aus den Niederlanden direkt oder via Deutschland und Methamphetamin und Amphetamin teilweise auch aus Polen und Tschechien nach Österreich eingeführt. *Neue psychoaktive Substanzen*¹¹¹ (NPS) werden via Internet in China bestellt. Geliefert wird nach Vorauszahlung aus Europa und Asien per Versand durch Post oder Paketdienste. Auch Drogenausgangsstoffe¹¹² werden via Internet und in größeren Mengen in Asien bestellt. Sie werden aber auch aus Europa durch Österreich in Richtung Zentralasien geschmuggelt (BMI 2020; Lichtenegger, p. M.).

Preise und Reinheit der Substanzen

In der nachfolgenden Tabelle 7.1 werden die **Preise** (Unter-, Obergrenze, typischer Preis¹¹³) diverser Drogen im **Großhandel** dargestellt. Angaben, die vom BMI zu Preisen der diversen Drogen auf **Straßenverkaufsniveau** gemacht werden, sind Tabelle 7.2 zu entnehmen. Hinsichtlich der Preise zeigen sich erhebliche Schwankungsbreiten. Tabelle 7.3 zeigt den **Schwarzmarktwert der Sicherstellungen** sechs ausgewählter illegaler Suchtmittel im Jahr 2019. Die Daten des BMI hinsichtlich Preisen beruhen auf Informationen aus Ermittlungen und Einvernahmen. Statistiken über die Anzahl der Fälle/Stichproben und deren Bewertungen liegen nicht vor.

111

Darunter fallen unterschiedliche Substanzen mit unterschiedlichen Wirkspektren. Die meisten dieser Substanzen sind durch das NPSG (BGBl I 2011/146)_reglementiert. Darüber hinaus werden hier weitere Substanzen, die nicht unter das NPSG fallen, als NPS eingestuft, z. B. Mephedron oder sogenannte Research-Benzodiazepine.

112

Detailangaben zu Drogenausgangsstoffen sind nicht möglich, da deren statistische Erfassung ressourcenbedingt nicht durchgeführt werden kann.

113

Der „typische“ Preis wird über Einvernahmen und verdeckte Ermittlungen festgestellt.

Tabelle 7.1:

Preise (in Euro pro Kilogramm bzw. pro 1.000 Tabletten) der diversen Drogen im Großhandel in Österreich 2019

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Untergrenze	1.500	2.500	13.000	35.000	2.000	15.000	2.500
Obergrenze	5.000	6.000	70.000	60.000	20.000	60.000	9.000
typisch	4.000	4.000	45.000	45.000	10.000	35.000	6.000

* Preis pro Kilogramm

** Preis pro 1.000 Tabletten

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.2:

Preise (in Euro pro Gramm/Stück/Einheit) der diversen Drogen im Straßenverkauf in Österreich 2019

Preise	Cannabis-kraut*	Cannabis-harz*	braunes Heroin*	Kokain*	Amphetamin*	Meth-amphetamin*	MDMA („Ecstasy“)**
Untergrenze	6	6	20	50	10	20	10
Obergrenze	15	12	90	120	40	150	15
typisch	10,5	9	55	85	25	85	12,5

* Preis pro Gramm

** Preis pro Tablette

Quelle: BMI/.BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.3:

Schwarzmarktwert der Sicherstellungen (in Euro) 2019

Substanz	Schwarzmarktwert der Sicherstellungen
Cannabis	12.994.729
Heroin	4.495.595
Kokain	7.187.392
„Ecstasy“	1.207.791
Amphetamin	2.902.587
Methamphetamin	1.943.971

Quelle: BMI 2020; Darstellung: GÖG

Informationen zur **Reinheit von Substanzen** stehen aus zwei niederschweligen Einrichtungen (*checkit!*/Wien, *Drogenarbeit Z6*/Tirol) zur Verfügung (vgl. auch Kapitel 3 bzw. 6). In der Einrichtung *checkit!* der Suchthilfe Wien wurden im Berichtsjahr insgesamt 1.050, in der Einrichtung *Drogenarbeit Z6*/Tirol insgesamt 513 Substanzproben zur Analyse abgegeben (vgl. SHW 2020, *Drogenarbeit Z6* 2020, Oberacher 2020). Eine Zehn-Jahres-Entwicklung der **Reinheit von Substanzen im Straßenhandel**, basierend auf den Daten des BMI/BK, wie auch die Entwicklung der Reinheit der analysierten Substanzproben in Wien werden in Kapitel 7.3 dargestellt.

In den als **MDMA**¹¹⁴ in Pulver-, Kristall- oder Kapselform in Wien zur Analyse gebrachten Proben wurde im Berichtsjahr in etwa 96 Prozent der Fälle ausschließlich der zu erwartende Inhaltsstoff nachgewiesen¹¹⁵. Der Anteil der Proben in Reinform ohne andere Wirkstoffe ist hier seit 2011 konstant hoch. Die in Tirol als **MDMA** abgegebenen Tabletten wiesen einen durchschnittlichen Wirkstoffgehalt von 190 mg, die Kristalle bzw. die Pulver von 81,4 Prozent auf.

In Wien enthielten die als „**Speed**“ gekauften Proben zu rund 28 Prozent ausschließlich Amphetamin als pharmakologisch aktive Komponente. Dieser Reinheitswert ist erstmals seit 2014 wieder steigend. Von 88 in Tirol als „**Speed**“ untersuchten Tabletten enthielten zwei kein Amphetamin, sondern nur Koffein, während 13 Proben ausschließlich Amphetamin enthielten. Der durchschnittliche Wirkstoffgehalt liegt bei 31,8 Prozent. 73 Proben waren verunreinigt, 71 davon mit Koffein. Der aus gesundheitlicher Sicht problematische Trend der Koffeinbeimengung setzt sich in Tirol fort¹¹⁶ (vgl. Kapitel 6).

Von als **Kokain** gekauften und von *checkit!* analysierten Proben enthielten 62 Prozent Kokain ohne weitere pharmakologisch aktive Beimengungen (2016: 26 %, 2017: 58 %, 2018: 67 %). Die in Tirol analysierten Kokainproben enthielten einen durchschnittlichen Wirkstoffgehalt von 73,2 Prozent. Dies kann als Beleg für eine hohe Reinheit gesehen werden. Levamisol stellt in Tirol das gängigste Streckmittel dar (in 24 % der Proben). Deutlich wird, dass der Anteil der verschnittenen Kokainproben über die Jahre hinweg abnimmt.

Von den als „**Ecstasy**“ bei *checkit!* in Wien¹¹⁷ zur Testung abgegebenen Tabletten enthielten fast 95 Prozent außer dem erwarteten Inhaltsstoff MDMA keine pharmakologisch aktiven Substanzen. Damit wird der Trend zu „Ecstasy“ in Reinform weiterhin bestätigt.¹¹⁸

Der Anteil der in Wien analysierten Proben, die **NPS** erwarteterweise beinhalten (3,1%), ist größer als der Anteil jener, die NPS unerwarteterweise beinhalten (1,5 %; vgl. Abbildung 7.1). In Tirol konnten 81 abgegebene NPS-Proben klassifiziert werden, mit insgesamt 41 Wirkstoffen. Insgesamt wurden in Tirol 13 Cannabisproben wegen Verdachts auf eine Verunreinigung mit synthetischen Cannabinoiden analysiert. In vier Proben konnte der Wirkstoff 4F-MDMB-BINACA nachgewiesen werden.

114

3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

115

Details zu den Inhaltsstoffen der analysierten MDMA-Proben siehe Tabelle A7.10 im Anhang

116

Der höchste Koffeingehalt lag bei 920 mg/g (92,0 %).

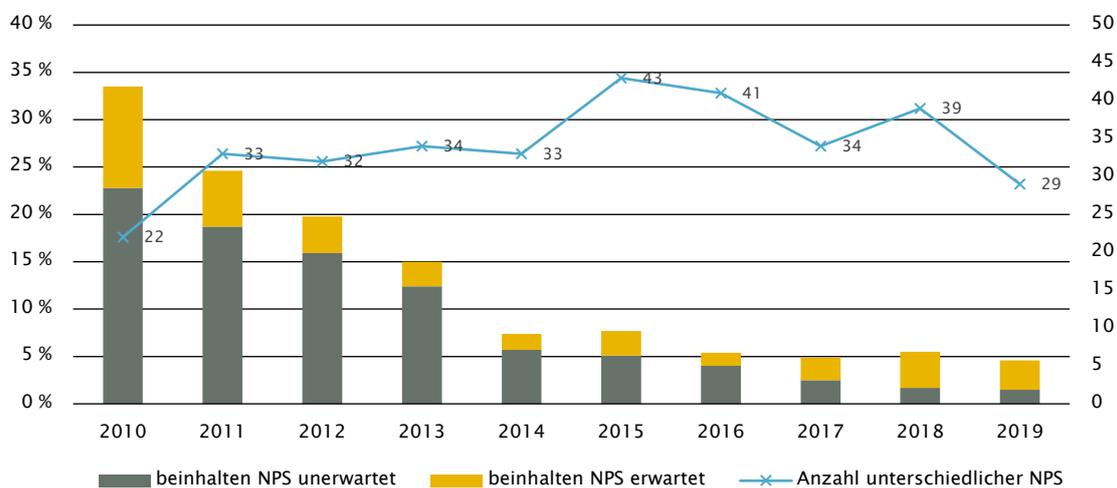
117

Details zu den Inhaltsstoffen der analysierten „Ecstasy“-Proben siehe Tabelle A7.9 im Anhang

118

100 Prozent Reinheit bedeutet, dass keine andere pharmakologisch wirksame Substanz enthalten ist. Dennoch können Streckmittel enthalten sein, deren Anteil wiederum Einfluss auf die Dosisstärke hat.

Abbildung 7.1:
 Beinhaltete NPS in den Analyseergebnissen von *checkit!* (gesamt, unerwartet und erwartet)
 2010–2019



Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH, Darstellung: GÖG

Das BMI/BK analysierte im Jahr 2019 insgesamt 327 Proben mit Verdacht auf Verstoß gegen das Neue-Psychoaktive-Substanzen-Gesetz (NPSG), die Ergebnisse für das Monitoring wurden dem Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum übermittelt. Insgesamt wurden 122 verschiedene Substanzen bzw. Substanzkombinationen identifiziert. Die am häufigsten gefundene Substanz war 5F-MDMB-PICA (ein synthetisches Cannabinoid) in rund zwölf Prozent aller Proben, gefolgt von Ketamin in rund neun Prozent. Alle anderen Substanzen wurden in weniger als fünf Prozent der Fälle entdeckt. Die Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit (AGES) meldete dem Informations- und Frühwarnsystem über besondere Gesundheitsgefahren im Zusammenhang mit Substanzkonsum im Jahr 2019 keine neu analysierten Substanzen.

7.2.2 Straftaten im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Anzeigen im Zusammenhang mit illegalen Drogen

Im Jahr 2019 gab es insgesamt 43.329 **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG)**. Davon bezogen sich 42.657 Anzeigen auf Suchtgifte. Die meisten der übrigen 633 Anzeigen betrafen psychotrope Stoffe.¹¹⁹ Die gestiegene Zahl der Anzeigen gemäß SMG gründet auf

119

Details siehe Tabelle A7.1 bis A7.3 im Anhang

österreichweit gesetzten Schwerpunktkontrollen der Exekutive, die auch verstärkte Kontrollen des Onlinehandels inkludieren (BMI 2020).

Differenziert nach der **Art der Anzeige** (vgl. Abbildung 7.4), zeigt sich, dass die Anzahl der Anzeigen nach Vergehenstatbeständen (39.290) wegen unerlaubten Umgangs mit Suchtgift gemäß § 27 SMG) die Anzahl der Anzeigen nach Verbrechenstatbeständen bei weitem überstieg (3.404 wegen Vorbereitung von Suchtgifthandel gemäß § 28 SMG bzw. wegen Suchtgifthandels gemäß § 28a SMG). Unterschieden **nach involvierten Substanzen**, fällt auf, dass Anzeigen wegen Cannabis rund 71 Prozent (30.905) der Anzeigen ausmachen. An zweiter Stelle stehen Anzeigen wegen Kokain und Crack (5.653; rd. 13 %), danach folgen Anzeigen wegen Heroin und Opiaten (8 %) sowie Amphetamin (rd. 7 %). Jeweils (teilweise deutlich) weniger als fünf Prozent der Anzeigen betrafen die übrigen Substanzen (vgl. Tabelle A7.5 und Abbildung 7.5).

Im Jahr 2019 wurden 438 Anzeigen an die Staatsanwaltschaft wegen Verstoßes gegen das NPSG eingebracht, was mehr als eine Verdreifachung im Vergleich zum Vorjahr bedeutet (vgl. Tabelle A7.4). Den insgesamt 43.329 Anzeigen des Jahres 2019 stehen 2.880 Festnahmen in Zusammenhang mit dem Suchtmittelgesetz gegenüber, wobei es keine genaueren Aufschlüsselungen der Festnahmen nach Art des Vergehens, nach Substanz etc. gibt (vgl. Kapitel 2).

Suchtmittelbezogene Anzeigen außerhalb der Drogengesetzgebung

Die nachfolgende Tabelle 7.4 zeigt, dass die Zahl der Anzeigen wegen Alkohols jene wegen Suchtgifts im Straßenverkehr um ein Vielfaches übertrifft. Im Jahr 2019 stieg die Zahl der vorläufigen Führerschein- und Mopedausweisabnahmen gemäß § 39 FSG auf 18.298, was eine Steigerung im Vergleich zu den Vorjahren bedeutet (2018: 16.277, 2017: 15.766; Schmid, p. M.). Diese Steigerung bezieht sich sowohl auf alkohol- wie auch auf suchtgiftbezogene Anzeigen. Die Zahlen spiegeln vor allem die Aktivitäten der Exekutive (z. B. Schwerpunktkaktionen) sowie deren technische Ausstattung (z. B. Drogenvortestgeräte) wider.

Tabelle 7.4:

Anzahl der Anzeigen wegen Alkohols gemäß § 5 StVO und § 14 (8) FSG sowie wegen Suchtgifts gemäß § 5 StVO 2014–2019

Anzeigen	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Suchtgift im Straßenverkehr (§ 5 StVO)	847	1.068	1.491	2.192	3.011	4.364
Alkohol im Straßenverkehr (§ 5 StVO bzw. § 14 [8] FSG)	33.418	26.327	27.896	28.109	28.067	30.930
Gesamt	34.265	27.395	29.387	30.301	31.078	35.294

Quelle: BMI; Darstellung: GÖG

7.2.3 Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots

Für die Organisation der Aktivitäten zur Verringerung des Drogenangebots und zur Leitung und Koordinierung der Sicherheitsbehörden und -dienststellen, der Ermittlungen sowie internationaler polizeilicher Kooperation gegen organisierte Suchtmittelkriminalität ist das Bundesministerium für Inneres (Bundeskriminalamt, Büro 3.3 – Suchtmittelkriminalität) zuständig. Auf Länderebene liegen unter Fachaufsicht des Bundeskriminalamts die entsprechenden Aufgaben bei neun Landeskriminalämtern mit dem Ermittlungsbereich „Suchtmittelkriminalität“. Stadtpolizeikommanden mit dem Fachbereich „Suchtmittelkriminalität“ sowie Bezirkspolizeikommanden mit eingerichteten Ermittlungsgruppen zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität sind ebenfalls mit der Thematik befasst. Letztlich werden die erforderlichen Erstmaßnahmen beim Vollzug des SMG sowie des NPSG von jeder Polizeibeamtin bzw. jedem Polizeibeamten wahrgenommen und entsprechend dem jeweiligen Fall den Fachdienststellen übergeben bzw. selbst abgearbeitet. Insgesamt werden in Österreich etwa 670 speziell ausgebildete Exekutivbedienstete im Bereich der Suchtmittelkriminalität primär eingesetzt.

Die in Österreich von den Sicherheitsbehörden gesetzten Maßnahmen zur Verringerung des Drogenangebots umfassen – neben der Kontrolltätigkeit – auch die Sicherstellung von Suchtgiften sowie von Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten (siehe Abschnitt 7.3). Im Jahr 2019 gingen zudem 18 Verdachtsmeldungen betreffend Chemikalien und Substanzen in der Meldestelle für Drogenausgangsstoffe (sowie Ausgangsstoffe für Explosivstoffe) des Bundeskriminalamts¹²⁰ ein. Es erfolgten in diesem Zusammenhang zudem 203 Vertriebswegüberprüfungen (BMI 2020).

Im Rahmen der Aktivitäten im Bereich der Bekämpfung des Suchtmittelhandels via Postversand und Internet läuft weiterhin eine Kooperation mit dem internationalen Postzentrum Frankfurt am Main. Überdies wurde die Kooperation mit der Zollverwaltung in Österreich weiter ausgebaut. Die für Österreich bestimmten beschlagnahmten Postsendungen enthielten zwischen 2016 und 2019 rund 163 kg – hauptsächlich synthetische – Suchtmittel (u. a. Amphetamine). Mittels Kontrollen durch die österreichische Zollverwaltung konnten im besagten Zeitraum 9.100 Postsendungen mit insgesamt rund 232 kg sowie 67.300 Stück Suchtmittel sichergestellt werden. Folgeermittlungen zeigen, dass die aufgegriffenen Briefsendungen ausschließlich über Darknet-Marktplätze bestellt wurden (BMI 2020).

120

Referat 3.3.2 Synthetische Suchtgifte, Precursor-Competence-Center des BMI/BK

Das ISFP-National-Projekt *Drug Policing – Schwerpunkt Westbalkan und Darknet*¹²¹ zielte darauf ab, die organisierte Suchtmittelkriminalität in internationaler Zusammenarbeit – v. a. mit den Balkanstaaten – zu bekämpfen und operative Maßnahmen dagegen zu unterstützen. Weitere Ziele waren die Stärkung der mit Partnern der Exekutive in der Balkanregion unterhaltenen Netzwerke bzw. die Unterstützung bei Ermittlungsfällen, die zu Festnahmen, großen Suchtgift- und Bargeldsicherstellungen sowie gerichtlichen Verurteilungen im In- und Ausland geführt haben. Das Projekt wurde im Juli 2019 nach zweijähriger Laufzeit erfolgreich beendet (BMI 2020).

7.3 Trends

Die im Folgenden beschriebenen Trends spiegeln in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Aktivitäten der Sicherheitsbehörden wider (BMI 2020).

Über 64 Prozent der **Sicherstellungen** (16.263) im Jahr 2019 betrafen Cannabis, gefolgt von Kokain (2.089; rd. 8 %) und Amphetamin (1.322; rd. 5 %) sowie Heroin (1.267; rd. 5 %). Die Anzahl der Sicherstellungen weiterer Substanzen lag (teils deutlich) unter diesen Anteilen (vgl. Tabelle A7.7).

Abbildung 7.2 veranschaulicht, dass die Anzahl der **Cannabissicherstellungen** 2019 zwar erneut rückgängig ist, aber dennoch rund zwei Drittel aller Sicherstellungen ausmacht. Bei der Anzahl der Sicherstellungen aller anderen Substanzen ist ein fortlaufender Anstieg festzustellen. Im Bereich der Sicherstellungen von Suchtmitteln und NPS im Bereich Post- und Schnelllieferdienste betreffen zwei Drittel der Sicherstellungen synthetische Suchtmittel, allen voran Amphetamin (Lichtenegger, p. M.).

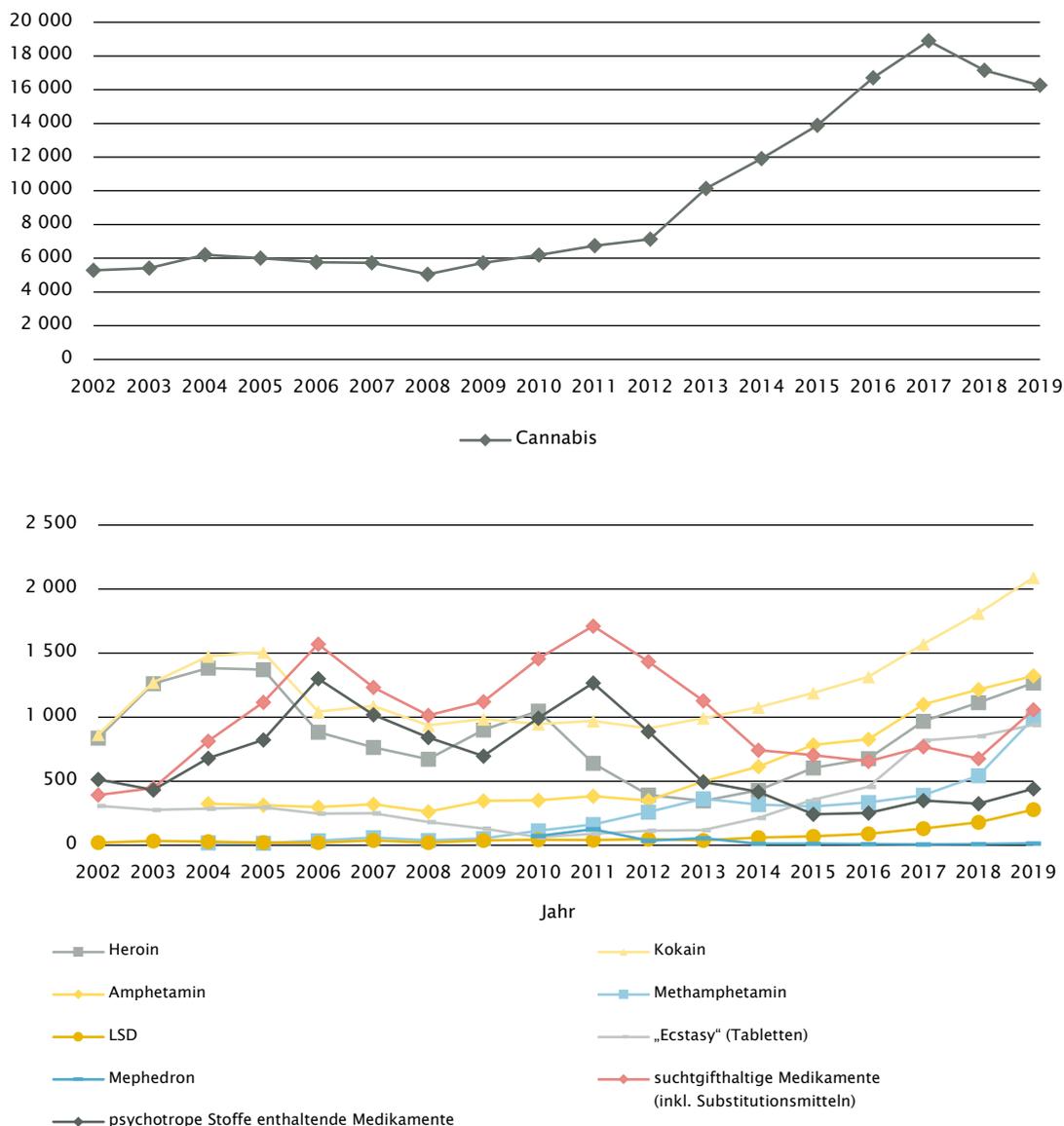
Die **sichergestellten Mengen** schwanken – aufgrund einzelner Grobsicherstellungen – von Jahr zu Jahr mitunter um ein Vielfaches, wie Tabelle A7.8 zu entnehmen ist. Die **beschlagnahmten Mengen** von Cannabis blieben über die letzten zehn Jahre mit geringen Schwankungen relativ konstant. Amphetamin liegt hinsichtlich der Sicherstellungsmenge nach Cannabis erstmals auf Platz zwei. Die Mengen der sichergestellten Suchtmittel unterlagen im Laufe der Jahre mitunter großen Schwankungen (vgl. Tabelle A7.8). Anstiege können mit einem Anstieg der entsprechenden Anzeigen korrelieren (vgl. Tabelle A7.5). Einzelne Beschlagnahmungen großer Mengen, die nicht immer für Österreich bestimmt sind (Transit), können jedoch das Bild verzerren.

121

Der Begriff Darknet beschreibt in der Informatik ein digitales Netzwerk, dessen Teilnehmer/-innen ihre Verbindungen untereinander **manuell** herstellen. Dieses Konzept steht im Gegensatz zu konventionellen Netzwerken, bei denen zumeist die Verbindungen zu den Clients fremder Personen **automatisch und willkürlich** initiiert werden. Im Ergebnis bietet ein Darknet ein höheres Maß an Sicherheit für die Nutzer/-innen, da einem Angreifer der Zugriff auf das Netzwerk nicht ohne weiteres möglich ist oder er im Idealfall gar nichts von der Existenz des Netzwerks, das meist illegalen Geschäften dient, weiß. Um neue Personen in das Darknet zu integrieren, müssen diese mitunter von Teilnehmerinnen/Teilnehmern eingeladen oder akzeptiert werden.

Abbildung 7.2:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften sowie Medikamenten, die psychotrope Stoffe enthalten, in Österreich 2010-2019



Aufgrund der Größenordnung der Cannabisbeschlagnahmen werden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Die **durchschnittliche Reinheit** (Straßenverkaufslevel) der untersuchten Substanzen unterlag über die Jahre unterschiedlich ausgeprägten Schwankungen. Langfristig waren bei Kokain, Cannabis-kraut und Amphetamin Steigerungen des durchschnittlichen Wirkstoffgehalts zu beobachten. Die durchschnittliche Reinheit bei braunem Heroin steigt seit 2011 kontinuierlich an, „Ecstasy“ und Methamphetamin unterliegen starken Schwankungen. (vgl. Tabelle 7.5). Die **maximale Reinheit**

stieg 2019 bei braunem Heroin. Bei allen anderen Substanzen kam es zu einem Rückgang, der beim Cannabiskraut am stärksten war (vgl. Tabelle 7.7).

Tabelle 7.5:
Durchschnittliche Reinheit (Mittelwert) der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2010–2019

Suchtgift/Suchtmittel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cannabisharz (% THC)	12,2	9,1	11,0	9,8	12,0	15,2	15,1	13,2	15,3	16,5
Cannabiskraut (% THC)	7,5	7,0	9,7	9,6	8,9	9,8	10,8	9,6	8,8	7,0
Heroin braun (%)	12,9	5,8	6,4	7,6	11,9	13,7	13,7	15,0	15,8	17,7
Kokain (%)	27,3	27,5	28,1	26,1	31,6	33,4	45,9	51,4	53,2	51,9
Amphetamin (%)	7,8	7,9	8,4	9,5	10,6	18,5	14,5	13,8	12,4	19,8
Methamphetamin (%)	56,7	52,0	54,4	56,0	63,5	51,5	58,7	57,2	55,1	59,4
Ecstasy (mg der MDMA-Base pro Einheit)	90,7	63,4	50,7	46,0	44,6	48,7	47,7	38,3	49,9	41,5

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle 7.6:
Maximale Reinheit der untersuchten Suchtgifte/Suchtmittel im Straßenhandel in Österreich 2010–2019

Suchtgift/Suchtmittel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cannabisharz (% THC)	55,0	51,2	57,7	30,7	38,0	47,4	52,3	43,8	61,1	41,1
Cannabiskraut (% THC)	21,1	21,7	39,2	43,5	57,5	42,7	33,5	54,2	29,7	23,0
Heroin braun (%)	50,0	42,6	30,9	55,1	57,2	58,5	57,4	54,6	60,0	67,0
Kokain (%)	93,50	83,5	87,3	74,8	84,9	83,1	87,7	86,2	89,3	85,7
Amphetamin (%)	27,3	28,5	56,9	59,8	66,4	73,8	82,1	75,2	75,0	73,0
Methamphetamin (%)	100,0	80,3	81,3	80,3	80,6	81,9	81,9	81,3	80,3	80,0
Ecstasy (mg der MDMA-Base pro Einheit)	100,0	83,8	96,7	83,2	90,5	87,3	88,3	57,6	84,1	79,3

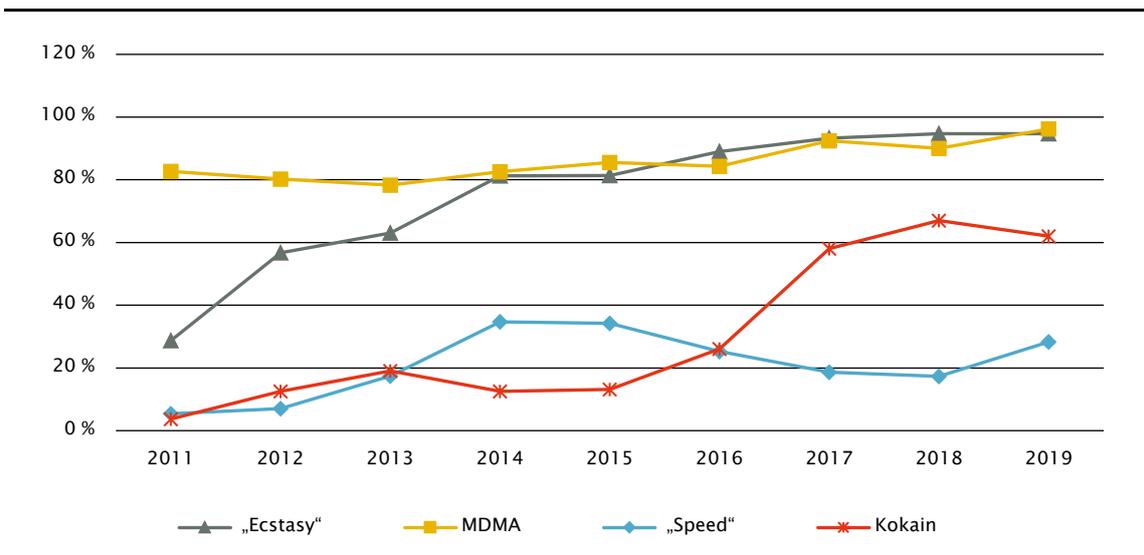
Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Abbildung 7.3 zeigt die Entwicklung der Reinheit der Substanzproben, die im Rahmen von *checkit!* analysiert wurden. Generell ist bei „Ecstasy“, MDMA und Kokain ein Trend dahingehend zu beobachten, dass sie außer den erwarteten Substanzen keine bzw. kaum andere pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhalten. Die auffälligste Entwicklung ist diesbezüglich im Zeitverlauf bei Kokain zu beobachten: Während 2011 nur 3,7 Prozent aller analysierten Proben keine anderen pharmakologisch aktiven Wirkstoffe beinhalten, lag dieser Wert 2018 bei 67 Prozent, 2019 bei 62 Prozent. Eine ähnliche Entwicklung ist bei „Ecstasy“ zu beobachten, seit 2014 gibt es hier kaum

Unterschiede zu MDMA¹²². Bei „Speed“ ist der Anteil der Proben ohne Beimengungen seit 2014 rückläufig, stieg aber 2019 erstmals wieder an.

Abbildung 7.3:

Anteil der bei *checkit!* analysierten Proben, die ausschließlich den erwarteten Inhaltsstoff enthielten, 2011–2019



Quelle: SHW 2020; Darstellung: GÖG

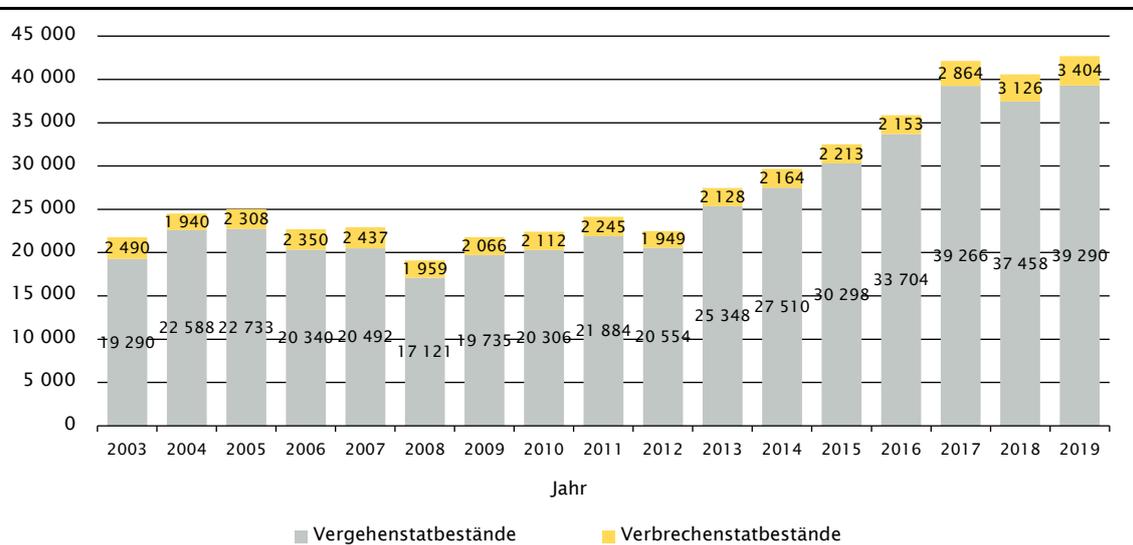
Die Abbildung 7.5 stellt die **langfristige Entwicklung der Anzeigen** wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehenstatbeständen (§ 27 SMG) und Verbrechenstatbeständen (§ 28 und § 28a SMG) dar, wobei hier nur Suchtgifte berücksichtigt wurden. Ab 2013 stiegen die Anzeigen nach Vergehenstatbeständen stark an, 2019 waren dies 39.290 Anzeigen. Die Zahl der Verbrechenstatbestände schwankte bis 2017 auf einem niedrigen Niveau, ein Anstieg ist hier seit 2018 zu beobachten (Lichtenegger, p. M.).

122

„Ecstasy“ ist die Szenebezeichnung für Methylenedioxyamphetamin (MDMA) in Tablettenform, während dieselbe Substanz in Pulver-, Kristall- oder Kapselform schlicht „MDMA“ genannt wird.

Abbildung 7.4:

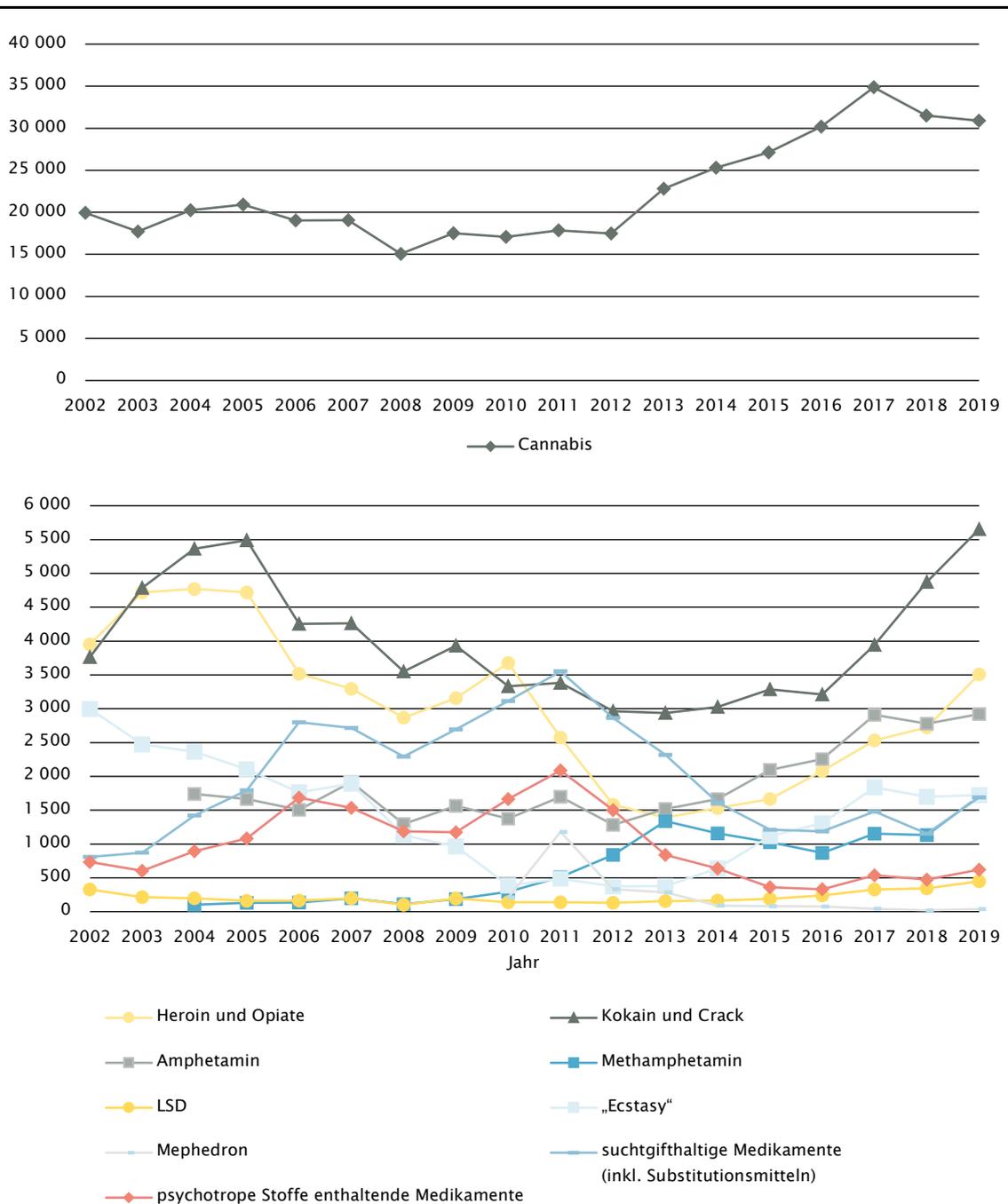
Entwicklung der Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) nach Vergehen- und Verbrechenstatbeständen 2010–2019



Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG Tabelle A7.6).

Abbildung 7.5 präsentiert die Entwicklung der **Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach der Art des Suchtgiftes**. Nachdem es bei einigen Substanzen bis 2013 zu einem Rückgang gekommen ist, weisen vor allem Kokain sowie Heroin und andere Opiate eine steigende Tendenz auf. Die Zahl der Anzeigen wegen Cannabis weist weiterhin den höchsten absoluten Wert auf, ist aber das zweite Jahr in Folge gesunken. An zweiter Stelle stehen die Anzeigen im Zusammenhang mit Kokain (vgl. Tabelle A7.5). Kaum Veränderungen gegenüber den Vorjahren gibt es hinsichtlich Amphetamin- bzw. Ecstasy-Anzeigen. Die Verteilung der Anzeigen auf Länder-ebene unterscheidet sich zwischen den Bundesländern mitunter stark (vgl. Tabelle A7.6).

Abbildung 7.5:
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Art des Suchtgiftes 2010–2019



Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.
Aufgrund der Größenordnung der Anzeigen wegen Cannabis wurden diese in einem gesonderten Diagramm dargestellt.

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Die **Anzahl der Anzeigen im Zusammenhang mit Substitutionsmedikamenten** stieg von 859 Anzeigen (2018) auf 1.277 im Jahr 2019. Die Mehrzahl davon betraf den unerlaubten Umgang mit Suchtgift (§ 27 SMG; im Jahr 2019: 1.211). Ein geringer Teil wurde als Verbrechen eingestuft (§ 28 und § 28a SMG; im Jahr 2019: 66). In Tabelle 7.8 wird sowohl die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten als auch deren beschlagnahmte Menge der Jahre 2015 bis 2019 dargestellt. Die sichergestellten Mengen werden durch Großsicherstellungen der Exekutive maßgeblich beeinflusst.

Tabelle 7.7:
Sicherstellungen von Substitutionsmedikamenten in Österreich nach Menge und Anzahl
2015–2019

Wirkstoff	Menge (Stück) 2015	Sicherstellung 2015	Menge (Stück) 2016	Sicherstellung 2016	Menge (Stück) 2017	Sicherstellung 2017	Menge (Stück) 2018	Sicherstellung 2018	Menge (Stück) 2019	Sicherstellung 2019
Codein	221	14	141	14	170	15	95	12	19	2
Buprenorphin	742	95	488	69	421	91	334	46	172	30
Levomethadon	-	-	7	2	9	3	2.953	6	0	0
Methadon	74	14	71	16	199	13	114	14	1554	19
Morphin retard	3.343	505	2.602	456	3.794	523	2.401	462	4614	802
Gesamt	4.380	628	3.309	557	4.593	645	5.897	570	6359	853

Quelle: BMI/BK

7.4 Neue Entwicklungen

Mit Februar 2019 startete das Büro zur Bekämpfung der Suchtmittelkriminalität im BMI/BK gemeinsam mit dem Rauschgiftdezernat des Bayerischen Landeskriminalamts das von der EU geförderte Projekt *Combatting suspects dealing in drugs on the internet – prosecution and prevention*. Das bis 2021 laufende Projekt zielt darauf ab, die Forensik beim Suchtmittelhandel zu optimieren und mit operativen Maßnahmen zu kombinieren. Neue Ermittlungsmethoden im Bereich der Suchtmittelpostsendungen sollen dabei auf ihre Praxistauglichkeit geprüft werden. In das Projekt sind weiters die Gerichtsmedizin Innsbruck, die Kriminaltechnik des BMI/BK sowie die Zollverwaltung eingebunden (BMI 2020).

Die nationale Reitox Academy 2019, organisiert vom österreichischen Reitox Focal Point, befasste sich mit dem Thema Onlinedrogenmärkte. Ausgehend von einem allgemeinen Überblick über internationale Marktstrukturen, wurden die Aktivitäten des Bundeskriminalamts auf diesem Gebiet vorgestellt. Kaufmotivationen und Bedenken seitens der Nutzerinnen und Nutzer dieser Onlinekaufplattformen wie auch gesundheitsbezogene Aspekte wurden ebenso thematisiert wie technische Möglichkeiten der Marktbeobachtung und die Verwendung dieser Informationen im Sinne der Schadensminimierung (vgl. auch Horvath 2019).

COVID-19

Vonseiten des Bundeskriminalamts wird berichtet, dass während der COVID-19-bezogenen Ausgangsbeschränkungen im März/April 2020 sich weder die Preise noch die Verfügbarkeit illegaler Substanzen grundsätzlich verändert haben. Ein Rückgang war bei den Sicherstellungen zu beobachten, der einerseits durch die Ausgangsbeschränkungen, andererseits durch eingeschränkte polizeiliche Aktivitäten in dieser Zeit bedingt war. Der individuelle Handel hat sich teilweise vom öffentlichen Raum hin zu privaten Räumen (z. B. Wohnungen) verschoben. Hinsichtlich des Drogenhandels im Internet/Darknet konnte eine geografische Einschränkung auf den nationalen Versand beobachtet werden. Weiters schränkten die Verkäufer die Nachsendung verlorengegangener Sendungen („re-shipment“) stark ein (Lichtenegger, p. M.).

Die Einrichtungen *checkit!* (Wien) und *Drogenarbeit Z6* (Innsbruck) erhoben in einer gemeinsamen Onlinebefragung zum Substanzkonsum (vgl. Kap. 3) auch Veränderungen am Substanzmarkt. Rund ein Drittel der Teilnehmer/-innen nahm eine Veränderung in der Verfügbarkeit wahr, wobei am häufigsten von einer erschwerten Beschaffung der illegalen Substanzen berichtet wurde, u. a. aufgrund von Einschränkungen der Bezugsquellen für illegale Substanzen. Berichtet wurden auch längere Wartezeiten bei Lieferungen (10 %) und eine geringere Auswahl an Substanzen. Veränderung beim Preis (14 %) bezog sich hauptsächlich auf wahrgenommene Erhöhung der Preise. Nur rund neun Prozent der Teilnehmenden berichteten von einer negativen Veränderung der Qualität/Wirkung der erworbenen Substanzen (*checkit!* & *Drogenarbeit Z6* 2020).

7.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die in diesem Kapitel referierten Informationen zu Produktion, Schmuggel, Nachschubwegen und Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/BK), das auch die Daten betreffend Anzeigen, Preise und Reinheit bereitstellte. Weitere Angaben zu Inhaltsstoffen und Reinheit stammen von *checkit!*¹²³ und *Drogenarbeit Z6*¹²⁴. Zahlen hinsichtlich Anzeigen wegen Suchtgifts und Alkohols im Straßenverkehr wurden ebenfalls vom Bundesministerium für Inneres zur Verfügung gestellt.

Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar (vgl. Kapitel 2).

123

checkit! ist ein Kooperationsprojekt der *Suchthilfe Wien gGmbH* mit dem Klinischen Institut für medizinische Labordiagnostik der MedUni Wien und bietet u. a. Laboranalysen psychoaktiver Substanzen im Rahmen von Events (Partys, Raves, Festivals etc.) an.

124

Drogenarbeit Z6 bietet in Kooperation mit der Gerichtsmedizin Innsbruck *Drug-Checking* auf Musikevents, Konzerten und Partys in Innsbruck und ganz Tirol an.

Details zur Onlinestudie „Substanzkonsum zur Zeit von COVID-19“ der Einrichtungen *checkit!* und *Drogenarbeit Z6* bietet Kapitel 3.

7.6 Bibliografie

BMI (2020). Anzeigen, Ermittlungen und Sicherstellungen. Lagebericht Suchtmittelkriminalität 2019. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

checkit! & Drogenarbeit Z6 (2020). Ergebnisse der Online-Studie: Substanzkonsum zur Zeit von Covid-19. Checkit! und Drogenarbeit Z6. Wien/Innsbruck

Drogenarbeit Z6 (2020). Tätigkeitsbericht 2019. Innsbruck

Horvath, I. (2019). Drogenmärkte im Internet: Möglichkeiten gesundheitsbezogener Interventionen. JATROS Neurologie und Psychiatrie 6/2019, S. 6–8

Oberacher, H. (2020). Drug Checking 2019. Bericht über den Leistungsumfang der durchgeführten chemischen Analysen und Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Trends. Institut für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Innsbruck. Innsbruck

SHW (2020). Bereich Suchtprävention. Tätigkeitsbericht 2019. Suchthilfe Wien GmbH. Wien

7.7 Zitierte Bundesgesetze

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

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

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

BGBl I 1997/120. Führerscheingesetz (FSG)

7.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institution bzw. Funktion
Lichtenegger, Daniel	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
Schmid, Thomas	Bundesministerium für Inneres

7.9 Anhang

Tabelle A7.1:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz
nach Ersttäterinnen/-tätern und Wiederholungstäterinnen/-tätern 2010–2019

Anzeigen**	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Anzeigen insgesamt	23.853	25.892	23.797	28.227	30.250	32.907	36.235	42.610	41.044	43.329
Ersttäter/-innen	19.409	21.828	19.683	22.979	24.660	17.570	22.715	25.961	23.598	29.499
Wiederholungstäter/-innen	3.681	3.247	3.107	3.688	3.717	13.235*	10.741	13.694	14.190	10.561

* Die massive Steigerung im Jahr 2015 im Vergleich zu 2014 ergibt sich laut BMI aufgrund eines erstmalig österreichweit möglichen Vergleichs aller relevanten Datenfelder, wodurch eine verbesserte und genauere Erfassung der entsprechenden Daten – allerdings auch ein Zeitreihenbruch – gegeben ist.

** alle Anzeigen, nicht nur wegen Suchtgiften, sondern auch wegen psychotroper Stoffe
Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter/-innen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.2:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte)
nach Bundesland 2010–2019

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	716	801	687	844	773	855	895	1.001	967	980
Kärnten	1.522	1.422	1.165	1.460	1.961	1.607	1.646	2.184	2.403	2.824
Niederösterreich	2.978	2.917	2.683	3.134	3.629	4.019	4.153	5.477	5.051	5.069
Oberösterreich	3.660	3.590	3.547	4.446	5.009	5.104	6.006	7.578	7.537	7.052
Salzburg	1.099	1.431	1.145	1.350	1.502	1.755	2.106	2.265	2.378	2.742
Steiermark	1.607	1.878	1.879	2.465	3.266	3.246	3.363	4.254	4.125	4.961
Tirol	2.692	3.095	2.570	3.929	3.502	3.917	3.987	3.941	3.737	4.191
Vorarlberg	1.143	1.092	1.392	1.251	1.385	1.304	1.498	1.597	1.830	2.046
Wien	7.001	7.903	7.435	8.597	8.647	10.704	12.203	13.833	12.556	12.792
Anzeigen gesamt	22.418	24.129	22.503	27.476	29.674	32.511	35.857	42.130	40.584	42.657

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.3:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur psychotrope Stoffe) nach Bundesland 2010–2019

Bundesland	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	19	30	14	3	7	3	2	1	1	4
Kärnten	25	44	29	36	44	33	12	26	24	22
Niederösterreich	97	124	88	71	43	45	27	39	29	40
Oberösterreich	180	249	229	98	86	32	49	114	118	124
Salzburg	31	31	22	23	5	8	7	16	19	22
Steiermark	41	49	54	26	14	10	10	31	14	36
Tirol	99	80	75	58	52	51	34	51	45	38
Vorarlberg	39	61	25	20	28	9	29	7	13	25
Wien	904	1.095	758	406	287	187	178	195	193	322
Anzeigen insgesamt	1.435	1.763	1.294	741	566	378	348	480	457	633

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare 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 2012–2019

Bundesland	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Burgenland	5	4	3	0	2	1	4	12
Kärnten	3	5	5	0	7	5	1	13
Niederösterreich	25	32	25	16	16	44	28	81
Oberösterreich	10	9	8	11	13	11	35	99
Salzburg	9	3	5	0	4	3	4	26
Steiermark	15	35	15	11	13	7	17	48
Tirol	12	19	40	6	4	7	10	42
Vorarlberg	2	6	7	2	9	3	7	18
Wien	12	15	5	2	10	8	27	99
Anzeigen insgesamt	93	128	113	48	78	89	133	438

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nichtzuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.5:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel 2010–2019

Suchtgift/Suchtmittel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cannabis	17.066	17.836	17.461	22.798	25.309	27.127	30.184	34.857	31.491	30.905
Heroin und Opiate	3.677	2.575	1.582	1.390	1.529	1.666	2.077	2.533	2.724	3.507
Kokain und Crack	3.332	3.383	2.963	2.936	3.026	3.287	3.211	3.944	4.872	5.653
Amphetamin	1.375	1.696	1.283	1.517	1.663	2.097	2.253	2.909	2.779	2.920
Methamphetamin	294	510	837	1.337	1.159	1.026	869	1.154	1.133	1.705
LSD	137	138	129	155	163	189	238	327	344	448
„Ecstasy“	388	485	375	378	642	1.115	1.307	1.835	1.697	1.721
Mephedron	209	1.179	331	285	89	82	75	43	19	37
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	3.113	3.552	2.864	2.317	1.616	1.213	1.186	1.478	1.155	1.688
sonstige Suchtgifte*	185	160	143	164	260	232	381	363	304	494
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	—	—	—	183	135	215
psychotrope Substanzen	37	58	35	59	62	46	37	77	91	150
psychotrope Medikamente	1.666	2.086	1.502	837	637	359	330	539	475	622
Drogenausgangsstoffe	3	4	8	18	15	13	8	1	12	1

— Daten nicht verfügbar

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

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.6:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Suchtgift/Suchtmittel und Bundesland 2019

Suchtgift/Suchtmittel	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W	Gesamt
Cannabis	807	1.878	4.027	5.370	2.204	4.223	3.375	1.715	7.306	30.905
Heroin und Opiate	58	551	256	328	67	65	56	52	2.074	3.507
Kokain und Crack	79	575	422	682	408	279	642	296	2.270	5.653
Amphetamin	125	82	424	810	210	478	244	104	443	2.920
Methamphetamin	88	39	283	529	62	133	97	30	444	1.705
LSD	19	34	73	73	20	48	45	30	106	448
„Ecstasy“	62	133	184	242	111	318	140	52	479	1.721
Mephedron	—	4	8	—	—	11	2	1	11	37
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	12	65	115	308	33	82	49	55	969	1.688
sonstige Suchtgifte*	12	41	72	96	22	52	66	20	113	494
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	8	15	25	34	8	25	35	14	51	215
psychotrope Substanzen	1	6	13	68	4	18	8	9	23	150
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten	3	26	37	99	23	26	32	20	356	622
Drogenausgangsstoffe	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1

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

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.7:

Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich 2010–2019

Suchtgift/Suchtmittel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cannabis(kraut, -harz, -konzentrat)	6.195	6.750	7.137	10.139	11.914	13.879	16.697	18.896	17.154	16.263
Cannabispflanzen	—	—	—	—	—	—	508	534	565	516
Heroin	1.048	640	393	346	428	605	677	967	1.115	1.267
Kokain	946	970	912	992	1.078	1.190	1.316	1.571	1.810	2.089
Amphetamin	352	383	348	496	613	784	828	1.099	1.215	1.322
Methamphetamin	114	162	259	363	317	304	334	389	544	990
LSD	43	41	47	39	61	69	90	131	180	278
„Ecstasy“	63	90	113	119	212	357	455	818	851	939
Mephedron	73	125	36	54	11	12	8	6	10	15
suchtgifthaltige Medikamente (inkl. Substitutionsmitteln)	1.456	1.712	1.435	1.129	742	704	655	769	676	1.057
sonstige Suchtgifte*	72	67	65	88	120	127	176	168	167	315
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	—	—	—	—	—	—	—	103	68	155
psychotrope Substanzen	13	23	22	30	26	18	21	33	47	62
psychotrope Stoffe enthaltende Medikamente	993	1.268	888	495	417	242	251	349	325	442
Drogenausgangsstoffe	1	0	8	9	16	9	5	—	10	1

— Daten nicht verfügbar

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

Quelle: BMI/BK; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.8:

Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach Menge 2010-2019

Suchtgift/Suchtmittel	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Cannabis(kraut, -harz, -konzentrat; kg)	1.292,3	915,6	1.158,6	1.757,8	1.708,5	1.138,8	1.082,7	1.659,2	1.499,63	1.367,87
Cannabispflanzen (Stk.)	—	—	—	—	—	—	24.166	31.102	24.571	26.568
Heroin (kg)	96	64,9	222,1	80,2	56,2	69,5	68,9	70	76,4	94,64
Kokain (kg)	241	139	64,6	24,7	31,0	119,6	86,4	71,4	74,99	87,12
Amphetamin (kg)	22,0	13,4	32,1	21,4	15,9	66,6	87,6	50,3	76,77	122,21
Methamphetamin (kg)	1,4	2,4	3,2	7,6	4,7	2,9	4,8	5,0	8,0	30,2
LSD (Trips)	533,5	1.588	276	618	778	1.848	1.865	1.374	3.564	3.440
„Ecstasy“ (Stk.)	7.275	45.780	8.998	5.768	5.001	10.148	29.485	446.465 ¹⁾	83.037	77.922
Mephedron (kg)	2,9	14,2	2,4	4,0	1,0	0,2	0,02	0,02	0,06	0,48
suchtgifthaltige Medikamente (Stk.) inkl. Substitutionsmitteln	11.630,5	12.504	11.039,5	8.196	19.041,5	7.343	4.820	52.574 ²⁾	59.754	45.115
sonstige Suchtgifte (kg)*	5,5	0,5	1,1	2,2	2,1	3,6	4,8	2,1	6,8	38,74
davon psilocin-, psilotin- und psilocybinhaltige Pilze	-	-	-	-	-	-	-	1,5	1,1	36,77
psychotrope Substanzen (kg)	2,6	4,3	2,9	0,6	0,5	15,4	0,18	1	29,2	0,8
Medikamente, die psycho- trope Stoffe enthalten (Stk.)	28.178	157.910	18.042	8.423	163.287,5	3.697	4.325	8.077	24.221	27.221
Drogenausgangsstoffe**	1	0	2,8	149,7	135,1	2.223,2	6,65	0	1 kg und 11 l.	1 l.

- Daten nicht verfügbar

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

** Drogenausgangsstoffe werden bis inklusive 2015 in Kilogramm, ab 2016 in Litern und ab 2018 je nach Substanz in Litern und Kilogramm angegeben.

¹⁾ Es gab eine Großsicherstellung von rund 400.000 Stück (Lichtenegger, p. M.)

²⁾ Es gab eine Großsicherstellung im Rahmen des *JIFTdrugs/fair*-Projekts (Lichtenegger, p. M., vgl. Abschnitt 7.2.3).

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 2010–2019

Inhaltsstoffe	2010 (n = 76)	2011 (n = 135)	2012 (n = 145)	2013 (n = 108)	2014 (n = 193)	2015 (n = 285)	2016 (n = 328)	2017 (n = 299)	2018 (n = 225)	2019 (n = 226)
MDMA	21,1	29,6	56,6	63,0	81,3	82,1	89,0	93,3	94,7	94,7
MDMA + MDE	0,0	0,0	2,1	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	0,0	0,9	0,5	0,7	0,3	0,3	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	5,9	2,1	0,9	6,7	6,7	3,7	1,3	0,0	1,3
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,4	0,3	0,7	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	5,3	18,5	6,2	12,0	4,7	2,1	0,9	2,4	4,0	0,9
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	9,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	1,3	0,0	0,0	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	6,6	0,7	0,0	0,9	0,0	1,1	0,3	0,0	0,4	0,0
Piperazin ¹ / Piperazin + diverse Mischungen*	47,4	19,3	-3	-3	-3	-3	0,3	0,0	0,0	0,0
diverse Mischungen*	11,8	3,0	9,7	5,6	4,1	4,9	3,7	1,3	0,0	1,3
Neue psychoaktive Substanzen ² / NPS + diverse Mischungen*	6,6	23,0	13,8	13,9	1,5	1,8	0,9	0,7	0,9	0,4

* diverse Mischungen: ein anderer oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für NPS inkludiert.

² NPS im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.10:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als MDMA (in Pulver-, Kapsel- oder Kristallform) gekauften Proben in Prozent 2010–2019

Inhaltsstoffe	2010 (n = 91)	2011 (n = 163)	2012 (n = 222)	2013 (n = 290)	2014 (n = 224)	2015 (n = 152)	2016 (n = 166)	2017 (n = 159)	2018 (n = 120)	2019 (n = 105)
MDMA	51,6	82,2	80,2	78,3	82,6	85,5	84,3	92,5	90,0	96,2
MDMA + MDE	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,7	0,0	0,0	0,8	0,0
MDMA + MDA	0,0	0,0	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + Koffein	0,0	0,6	0,0	1,4	0,0	1,3	0,6	0,0	0,8	0,0
MDMA + Amphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	7,7	5,5	1,4	1,0	1,8	2,6	1,8	0,6	2,5	2,0
PMA/PMMA, PMA/PMMA + diverse Mischungen*	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0	0,7	0,6	0,0	0,0	0,0
Methamphetamin	1,1	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0	0,0
Koffein	1,1	1,2	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,0
Piperazin ¹ / Piperazin + diverse Mischungen*	0,0	1,2	— ³	0,0	0,0	0,0				
diverse Mischungen*	3,3	1,2	5,0	2,4	4,0	2,0	3,0	1,3	1,7	0,0
<i>Neue psychoaktive Substanzen</i> ² / NPS + diverse Mischungen*	35,2	8,0	9,9	16,2	8,0	6,6	9,0	5,0	3,3	1,0

* diverse Mischungen: ein anderer oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für NPS inkludiert.

² NPS im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Tabelle A7.11:

Inhaltsstoffe der von *checkit!* auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten als „Speed“ (Amphetamin) gekauften Proben 2010–2019

Inhaltsstoffe	2010 (n = 124)	2011 (n = 203)	2012 (n = 273)	2013 (n = 321)	2014 (n = 219)	2015 (n = 260)	2016 (n = 289)	2017 (n = 290)	2018 (n = 272)	2019 (n = 205)
Amphetamin	14,5	5,4	7,0	17,8	35,2	34,2	25,3	18,6	17,3	28,3
Amphetamin + Koffein	61,3	55,7	55,7	56,7	38,8	50,8	59,5	67,9	68,4	58,0
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,5	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	10,5	18,2	24,9	19,3	19,6	10,4	10,4	6,2	11,8	10,3
Methamphetamin	1,6	0,5	2,2	0,9	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Koffein	1,6	7,9	0,4	0,6	0,0	0,0	0,7	0,7	1,5	0,0
MDMA	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,2	0,7	0,7	0,0	0,0
diverse Mischungen*	7,3	5,4	5,5	2,5	2,7	2,3	2,1	4,8		1,5
Piperazin ¹ / Piperazin + diverse Mischungen*	0,8	1,0	-3	-3	-3	-3	0,3	0,0	0,0	0,0
Neue psychoaktive Substanzen ² / NPS + diverse Mischungen*	2,4	5,4	4,0	2,2	2,3	0,8	1,0	1,0	0,0	1,5

* diverse Mischungen: ein anderer oder mehrere andere Inhaltsstoffe

¹ Piperazine unterliegen seit dem 1. 1. 2012 dem NPSG und sind daher in den Werten für NPS inkludiert.

² NPS im Sinne des mit 1. 1. 2012 in Kraft getretenen NPSG

Quelle: Suchthilfe Wien gGmbH; Darstellung: GÖG

Haft

Inhalt

8	Haft.....	221
8.1	Zusammenfassung.....	221
8.2	Aktuelle Situation.....	222
8.2.1	Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation	222
8.2.2	Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme	225
8.2.3	Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	225
8.2.4	Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft	228
8.3	Trends.....	230
8.4	Neue Entwicklungen.....	230
8.5	Quellen und Methodik.....	232
8.6	Bibliografie	232
8.7	Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen	235
8.8	Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge	235
8.9	Anhang.....	236

8 Haft

8.1 Zusammenfassung

Aktuelle Situation

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich unterliegt der Zuständigkeit des Bundes und obliegt der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) im Bundesministerium für Justiz (BMJ). 28 Justizanstalten mit 16 Außenstellen bieten eine Belagskapazität von 8.880 Haftplätzen (Stand 1. April 2020) und sind fast zur Gänze belegt.

Zum Ausmaß des Substanzkonsums während der Haft stehen keine Informationen aus Erhebungen zur Verfügung. Für die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten gilt das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip, nach dem dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft ermöglicht werden muss. Hierfür zuständig sind Anstaltsärztinnen und -ärzte wie auch externe Anbieter. Der Qualitätssicherung dienen u. a. unterschiedliche Erlässe wie z. B. die Substitutionsrichtlinien, welche die Basis für die Substitutionsbehandlung während der Haft darstellen. Mit 1. Oktober 2019 befanden sich rund zehn Prozent der Insassinnen/Insassen (876 Personen) in Substitutionsbehandlung. Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* des Gesundheitsressorts weist in Bezug auf die Basisversorgung intravenös drogenkonsumierender Personen in Haft u. a. auf die Notwendigkeit einer Versorgung mit sterilem Spritzenmaterial hin. Dennoch stehen Nadel- und Spritzenaustauschprogramme im österreichischen Strafvollzug nicht zur Verfügung. Routinemäßige Impfungen gegen Hepatitis B (HBV) für alle seronegativen Insassinnen und Insassen werden nicht durchgeführt.

Neue Entwicklungen

Im Rahmen der Arbeitsgruppe *Versicherung nach Haft* wurde in Wien ein Prozess zum nahtlosen Versicherungsschutz nach der Haft für die Klientel in Substitutionsbehandlung erarbeitet, welcher nun schrittweise in den Bundesländern umgesetzt wird.

COVID-19

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

8.2 Aktuelle Situation

8.2.1 Organisation der Gefängnisse und Gefängnispopulation

Überblick über die Gefängnisorganisation in Österreich

Der Straf- und Maßnahmenvollzug in Österreich fällt in die Zuständigkeit des Bundes. Der im Bundesministerium für Justiz (BMJ) angesiedelten Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen (Sektion II) als oberster Vollzugs- und Dienstbehörde obliegt die strategische und operative Planung und Steuerung sowie die oberste Leitung des Straf- und Maßnahmenvollzugs. In dieser Sektion ist – neben drei weiteren Abteilungen – die Abteilung II 3 (Abteilung für Vollzug und Betreuung) angesiedelt, die auch den Chefärztlichen Dienst sowie eine Kompetenzstelle Maßnahmenvollzug gemäß § 21 Abs 2 Strafgesetzbuch (StGB) beinhaltet.

Das österreichische Vollzugswesen stützt sich auf 28 Justizanstalten (davon eine ausschließlich für Frauen und eine ausschließlich für Jugendliche) mit 16 Außenstellen und der Jugendgerichtshilfe. Die österreichischen Justizanstalten (JA) bieten Platz für 8.880 Personen. Der Insassenstand betrug mit 1. April 2020 insgesamt 9.071 Personen, wobei 8.500 Personen in Justizanstalten untergebracht waren. Diese Gruppe setzt sich aus Untersuchungshäftlingen, Strafgefangenen und Personen, die in einer vorbeugenden Maßnahme untergebracht sind (Untergebrachte), zusammen (vgl. auch Tabelle A8.1 im Anhang). Die restlichen 726 Insassinnen/Insassen sind in speziellen Abteilungen psychiatrischer Krankenhäuser untergebracht bzw. befinden sich in elektronisch überwachtem Hausarrest.¹²⁵ Die nachfolgende Tabelle 8.1 listet die Justizanstalten auf und gibt Auskunft über deren Charakteristika. Abteilungen der JA Stein und Innsbruck sind speziell auf die Suchtbehandlung von Insassen und die JA Schwarzau auf die Suchtbehandlung von Insassinnen ausgelegt. Die JA Favoriten, die bisher auf die Suchtbehandlung von Insassen ausgelegt war, wird derzeit reorganisiert (Weihen, p. M.).

Für Jugendliche oder junge Erwachsene im Vollzug ist zudem gemäß § 49 Abs 1 JGG die bundesweit tätige Jugendgerichtshilfe zuständig, die als nachgeordnete Dienststelle der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ verankert ist.

125

<https://www.justiz.gv.at/web2013/home/strafvollzug/statistik/verteilung-des-insassenstandes~2c94848542ec49810144457e2e6f3de9.de.html> (Zugriff am 15. 7. 2020)

Tabelle 8.1:
Justizanstalten in Österreich, Stand 13. Mai 2020

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Eisenstadt (B)	179	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Klagenfurt (K) Außenstelle Rottenstein Außenstelle Grafenstein	328	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, gelockerter Vollzug und Freigängerhaus therapeutisches Angebot für alkohol- und drogenabhängige Insassinnen/Insassen bzw. Sexualstraftäterinnen/-täter
Justizanstalt für Jugendliche Gerasdorf (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt Außenstelle Wiener Neustadt	77	männliche Jugendliche und junge Erwachsene Sonderanstalt i. S. des Jugendgerichtsgesetzes
Justizanstalt Göllersdorf (NÖ)	164	Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 StGB (geistig abnorme zurechnungsunfähige Rechtsbrecher) sowie Wohngruppenvollzug für Strafgefangene
Justizanstalt Hirtenberg (NÖ) Außenstelle Münchendorf	456	männliche Erwachsene Freiheitsstrafen über 18 Monate bis max. 6 Jahre, gelockerter Vollzug gem. § 126 StVG
Justizanstalt Korneuburg (NÖ)	260	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Krems (NÖ)	162	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Schwarzau (NÖ) Außenstelle Wien-Josefstadt	191	Frauen, weibliche Jugendliche entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecherinnen (Unterbringung gem. § 22 StGB) und für Entwöhnungsbehandlung an weibl. Strafgefangenen (§ 68a StVG), Strafhaft von 18 Monaten bis lebenslänglich, Kindergarten für bis zu 23 Kinder
Justizanstalt Sonnberg (NÖ)	350	männliche Erwachsene Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis zu 10 Jahren, gelockerter Vollzug
Justizanstalt St. Pölten (NÖ)	229	männliche Erwachsene und Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Stein (NÖ) Außenstelle Mautern Außenstelle Oberfucha gelockerter Vollzug Krems/Donau	778	erwachsene Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 und § 22 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige und entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher), Freiheitsstrafen von 18 Monaten bis lebenslang, Hochsicherheitsgefängnis und gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wiener Neustadt (NÖ)	192	Männer, Frauen Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate; Freigängerabteilung; Wohngruppenvollzug
Justizanstalt Asten (OÖ)	244	Männer, Frauen weibliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 und Abs 2 StGB und männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1, Wohngruppen mit sozialtherapeutischem Schwerpunkt
Justizanstalt Garsten (OÖ)	340	Männer Strafgefangene, Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB (geistig abnorme zurechnungsfähige Rechtsbrecher) und Untersuchungshäftlinge, Hochsicherheitsgefängnis
Justizanstalt Linz (OÖ)	266	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate; männliche Untergebrachte gem. § 21 Abs 1 und 2 StGB

Name der Justizanstalt	Anzahl der Haftplätze	Besonderheiten
Justizanstalt Ried im Innkreis (OÖ)	144	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, Freigängerhaus
Justizanstalt Suben (OÖ)	278	Männer Strafgefängene, Strafzeit ab 18 Monaten, Freigängerhaus
Justizanstalt Wels (OÖ)	156	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Salzburg (S)	227	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate; Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB in Christian-Doppler-Klinik
Justizanstalt Graz-Jakomini (St) Außenstelle Paulustorgasse	468	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate, Freigängerhaus
Justizanstalt Graz-Karlau (St) Außenstelle Maria Lankowitz	508	Männer Untergebrachte gem. § 21 Abs 2 StGB, Freiheitsstrafen über 18 Monate bis lebenslang, sehr hoher Sicherheitsstandard, gelockerter Vollzug
Justizanstalt Leoben (St)	205	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate
Justizanstalt Innsbruck (T)	475	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft, Abteilung für suchtkranke Insassen gem. § 22 StGB und Strafgefängene gem. § 68a StVG
Justizanstalt Feldkirch (V) Außenstelle Dornbirn	121	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monate (Jugendliche bis zu 6 Monate), gelockerter Vollzug
Justizanstalt Wien-Favoriten (W) Außenstelle Göllersdorf	—	Die JA Wien-Favoriten wird derzeit dahi gehend reorganisiert, dass die Zielgruppe Untergebrachte gem. § 21 /1 StGB sein werden.
Justizanstalt Wien-Josefstadt (W) Außenstelle Wilhelmshöhe Außenstelle Krems	966	Männer, Frauen, Jugendliche Untersuchungshaft und Strafhaft bis zu 18 Monaten, hoher Anteil an Untersuchungshäftlingen, Sonderkrankenanstalt
Justizanstalt Wien-Mittersteig (W) Außenstelle Floridsdorf	95	Sonderanstalt für Maßnahmenvollzug an geistig abnormen zurech- nungsfähigen Rechtsbrechern (gem. § 21 Abs 2 StGB)
Justizanstalt Wien-Simmering (W)	479	Männer Strafhaft von 3 Monaten bis etwa 5 Jahre, Schwerpunkt: soziale, familiäre, berufliche Rehabilitation

Quelle: BMJ 2016a und ¹²⁶ und Weihen, p. M. ; Darstellung: GÖG

Die nachfolgende Tabelle 8.2 gibt einen Überblick über den Insassenstand¹²⁷ der österreichischen Justizanstalten an sieben ausgewählten Stichtagen (siehe auch Tabelle A8.1). Dabei wird deutlich, dass der Anteil der weiblichen Häftlinge an der Gesamtanzahl der Inhaftierten etwas mehr als sechs Prozent beträgt. Der Anteil der Personen in Untersuchungshaft liegt bei etwa einem Fünftel, jener der Jugendlichen bei 1,3 Prozent.

126

<https://www.justiz.gv.at/home/strafvollzug/justizanstalten~2c94848642ec5e0d0143e7f4ec274524.de.html>
(Zugriff am 11. 5. 2020)

127

Der Insassenstand umfasst alle in den Justizanstalten verwalteten Inhaftierten, d. h. auch jene, die in einer Krankenanstalt oder im elektronisch überwachten Hausarrest (Fußfessel) inhaftiert oder angehalten sind.

Tabelle 8.2:

Belagszahlen österreichischer Justizanstalten und verwandter Einrichtungen für die Jahre 2010 und 2014 jeweils zum Stichtag 1. Dezember, für die Jahre 2016 bis 2020 zum Stichtag 1. April

Insassen	2010	2014	2016	2017	2018	2019	2020
Männer	8.251	8.363	8.344	8.493	8.504	8.887	8.474
Frauen	562	541	523	513	537	603	581
Gesamt	8.813	8.904	8.867	9.006	9.041	9.490	9.055
davon Jugendliche	193	88	133	145	155	121	118
davon Personen in Untersuchungshaft	1.909	1.807	1.729	1.880	1.863	1.929	1.615

Untersuchungshaft findet (mit Ausnahmen) in gerichtlichen Gefangenenhäusern am Sitz der Gerichtshöfe erster Instanz statt (Hofinger, Pilgram o. J.).

Quelle: Moser-Riebniger, Mika, Weißen p. M.; Darstellung: GÖG

8.2.2 Drogenkonsum in Haft und damit zusammenhängende Probleme

Aktuelle Studien oder andere Informationen zur Prävalenz des Drogenkonsums in Haft und vor Haftantritt liegen nicht vor (ältere verfügbare Daten siehe GÖG/ÖBIG 2011, ÖBIG 2001 und Weigl et al. 2017).

Die Analyse der 26 im Rahmen der EPPIC-Studie durchgeführten qualitativen Interviews mit drogenkonsumierenden straffälligen Jugendlichen zeigt mehrere Wege in die Straffälligkeit. Zum einen spielt die Peergroup eine Rolle, in der neben dem Experimentieren mit Drogen oft auch bereits delinquentes Verhalten vorkommt. Beschaffungskriminalität, um sich Drogen leisten zu können und (in diesem Zusammenhang) Dealen mit Drogen sind weitere Faktoren. Daraus ergibt sich oft ein Lebensstil in der Welt des Drogendealens mit seinen eigenen marktwirtschaftlichen Gesetzen, die auf finanziellen Abhängigkeiten und Gewalt (mangels anderer Konfliktlösungsmöglichkeiten) basieren. Oft erfolgen Verurteilungen dann für Gewalt und Drogendelikte zusammen. Bei einigen Jugendlichen besteht aber kein Zusammenhang zwischen Drogen und dem Gewaltdelikt (bei dem oft Kontrollverlust eine Rolle spielt), für das sie verurteilt wurden. Diese Personen nehmen ihren Drogenkonsum oft als unproblematisch, als „unter Kontrolle“ wahr. Als Konsequenz wird diesen Jugendlichen kaum Suchttherapie angeboten. (Stummvoll et al. o. J.)

8.2.3 Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* (vgl. Kapitel 1) weist darauf hin, dass die Basisversorgung von Personen in Haft neben der Gesundheitsvorsorge und der Suchtbehandlung auch Schadensminimierung (insbesondere die Versorgung i. v. konsumierender Inhaftierter mit sterilem Spritzenmaterial und Kondomen samt Gleitmittel) beinhalten sollte (BMG 2015). Allerdings stellt

die *Österreichische Suchtpräventionsstrategie* nur einen Rahmenplan und keine konkrete Umsetzungsstrategie dar. Vonseiten des Justizministeriums liegt eine Leitlinie vor, welche die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug standardisiert (BMJ 2015).

Die allgemeine Gesundheitsversorgung in Haftanstalten ist für Österreich im Strafvollzugsgesetz (BGBl 1969/144, StVG), in verschiedenen Erlässen und in den europäischen Strafvollzugsgrundsätzen (Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR – Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR [2006]) geregelt. Das BMJ ist für die Gesundheitsversorgung in Haftanstalten zuständig. Finanziert wird die allgemeine Gesundheitsversorgung im Gefängnis aus Mitteln der öffentlichen Hand über das BMJ, die inhaftierten Personen sind nicht krankenversichert (vgl. auch Kapitel 2; BMJ 2016b).

Struktur der Interventionen

Zur Sicherstellung der notwendigen Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure des Gesundheits- und Sozialbereichs bestehen Kooperationsmodelle zwischen Gefängnisverwaltungen und relevanten Institutionen/Anbietern hauptsächlich auf regionaler Ebene. Die Vernetzung erfolgt darüber hinaus über die Ämter der Landesregierungen der einzelnen Bundesländer und über die Bezirkshauptmannschaften. Die Gesundheitsversorgung suchtkranker Insassinnen und Insassen in den Justizanstalten wird von Gesundheitsdiensten und therapeutischen Angeboten geleistet, für beide sind teilweise externe Anbieter tätig (vgl. GÖG/ÖBIG 2011; Stummvoll et al. 2017). Zudem werden von externen Suchthilfeeinrichtungen im Zuge der Vorbereitung auf die Haftentlassung spezifische Beratungsangebote offeriert, die darauf abzielen, die Anbindung an die Suchthilfe bzw. an eine weiterführende medizinische Behandlung nach der Entlassung zu optimieren.

Formen der Intervention

In den Justizanstalten bestehen unterschiedlichste Behandlungsangebote, wobei Erhaltungstherapie, Entzugstherapie, Unterstützung bei der Realisierung des Wunsches nach Abstinenz sowie Prophylaxe, Diagnose und Behandlung von HIV, Hepatitis C und anderen Infektionskrankheiten angeboten werden (siehe dazu auch GÖG/ÖBIG [2011]). Bei Antritt der Haft werden Care-Pakete an die Häftlinge ausgegeben, die u. a. Kondome und Informationsmaterial zu HIV, Aids und Hepatitis enthalten. Im Sinne der Schadensminimierung sollte in Justizanstalten der frei zugängliche und unbeobachtete Zugang zu Kondomen und Gleitmitteln sichergestellt sein (vgl. BMJ 1998a, 1998b, 1998c). Da dies nicht überall gegeben war (Weltzien et al. o. J.) wurden 2020 die Leitungen der Justizanstalten durch ein Schreiben des BMJ an die entsprechenden Erlässe zur Schadensminimierung erinnert (Weihen p. M.).

In allen 28 Justizanstalten werden nach Haftantritt routinemäßig Tests auf die Infektionskrankheiten HIV, HBV, HCV und Tbc durchgeführt. Nach Aufnahme der/des Inhaftierten wird eine elektronische Häftlingsakte im Häftlingsinformationssystem angelegt, in der auch Ergebnisse der Krankenuntersuchung mit Blutbild, Laborchemie und Tbc-Screening ergänzt werden. Bei auffälligen Transaminasen (spezifische Leberwerte) erfolgt eine Biomarkertestung auf HBV- bzw. HCV-Infektion. Bei positiven Ergebnissen kommt es zu weiterführenden spezifischen Untersuchungen bzw. zu einer Behandlung. Bei negativen Biomarkern erfolgt ein Entlassungsscreening (HBV, HCV). HBV- und

HCV-Testungen werden zudem bei auffälligen klinischen Kriterien oder riskantem Verhalten während des Haftaufenthalts gemacht (Schmid et al. 2017). Den Haftinsassinnen und -insassen wird zudem die antiretrovirale Therapie (ARV-Therapie bei HIV) bzw. die DAA-Behandlung (bei HCV) angeboten. Ergebnisse von Routinescreenings liegen nicht vor. Spritzentauschprogramme, systematische Impfungen gegen Hepatitis A und B für alle seronegativen Insassinnen/Insassen oder vorbeugende Maßnahmen im Zusammenhang mit der Übertragung von Krankheiten durch Tätowieren oder Piercing stehen im österreichischen Strafvollzug derzeit nicht zur Verfügung. Haftinsassinnen und -insassen mit einem positiven HCV-Status werden vor Beginn der DAA-Behandlung bzw. bei auffällig riskantem Verhalten geimpft.

Um den Gesundheitszustand der Häftlinge einschätzen und gegebenenfalls Behandlungsmaßnahmen setzen zu können, findet in jedem Fall kurz nach Haftantritt eine medizinische Zugangsuntersuchung statt. Den Leitlinien (BMJ 2015) folgend, werden bei dieser Untersuchung auch suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) durch das ärztliche Personal erhoben. Welche Daten dabei bezüglich der Dauer eines Drogenmissbrauchs erfragt werden, ist in allen Justizanstalten entsprechend einer Checkliste standardisiert. Für jede suchtkranke Insassin und jeden suchtkranken Insassen ist ein Vollzugsplan zu erstellen, der auch die individuellen Behandlungspläne enthält. Vollzugliche bzw. sicherheitsrelevante Kontrollmaßnahmen („Drogentests“) obliegen der Anstaltsleitung und sind klar von medizinisch bzw. therapeutisch angeordneten Verlaufskontrollen (Harn-, Blut- oder Speicheltests) zu unterscheiden, die auf Anordnung des entsprechenden Fachpersonals durchgeführt werden. Im Gegensatz zu vollzuglich angeordneten Suchtmittelkontrollen fallen die Ergebnisse ärztlich angeordneter Suchtmitteltests unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht und werden daher nicht im IVV-Ordnungsstrafmodul der integrierten Vollzugsverwaltung dokumentiert. Das Haftende ist entsprechend strukturiert vorzubereiten, Substitutionsdosen bzw. valide Rezepte sind mitzugeben. Zusätzlich soll im Zuge der Entlassungsvorbereitung mit Zustimmung der Insassin / des Insassen eine Suchthilfeeinrichtung und die zuständige Ärztin / der zuständige Arzt hinsichtlich suchtspezifischer Versorgung verständigt werden (siehe dazu auch Abschnitt 8.4).

Die Leitlinie regelt zudem die bereits erwähnte Kooperation zwischen externen Suchthilfeeinrichtungen und dem psychosozialen Dienst einer Justizanstalt zur spezifischen Behandlung und Betreuung suchtkranker Insassinnen/Insassen. Beispielsweise gibt es in der Steiermark derartige Kooperationen zwischen dem Verein b.a.s., den Justizanstalten Graz-Karlau und Graz-Jakomini und der Drogenberatung des Landes Steiermark- (Horvath et al. 2017). Auf verschiedenen Ebenen der sozialarbeiterischen und medizinischen Behandlung ist der *Verein Dialog* seit 1999 für Insassinnen/Insassen der beiden Wiener Polizeianhaltezentren (PAZ) tätig. Der *Verein Dialog* betreute dort im Jahr 2019 insgesamt 1.975 Klientinnen/Klienten und bietet auch frauen- und mänderspezifische Leistungen an (Verein Dialog 2020). Ein Verbindungsdienst wird auch von der Suchthilfe Salzburg angeboten (Schabus-Eder p. M.)

Vor der Haftentlassung werden in den Justizanstalten keine Maßnahmen zur Überlebenshilfe wie etwa entsprechende Naloxon-Programme oder Trainings zur Prävention von Überdosierungen nach der Entlassung angeboten. Naloxon als Fertigprodukt wurde aber anlässlich einer Fortbildung für alle Mitarbeiter/-innen der Krankenabteilungen vorgestellt und fachlich diskutiert, im Zuge dessen wurde auch seine Anwendung für den Notfall geübt. Weder ist jedoch eine Mitgabe von

Naloxon in die Zelle möglich noch ist eine solche bei der Haftentlassung vorgesehen (Winterleitner p. M.).

Es wird davon ausgegangen, dass etwa 16 Prozent der Insassinnen/Insassen irgendeine Form der Drogenbehandlung absolvieren. Genaue Zahlen liegen aber nur für die Substitutionsbehandlung vor.

Substitutionsbehandlung in Haft

Substitutionsbehandlungen können während eines Haftaufenthalts sowohl neu begonnen als auch fortgesetzt werden (BMJ 2015). Zum aktuellst verfügbaren Stichtag 1. 10. 2019 erhielten insgesamt 876 Personen im Gefängnis eine Substitutionsbehandlung, was etwa zehn Prozent der Insassinnen/Insassen entspricht (vgl. Tabelle A8.2). Dies bedeutet einen Rückgang im Vergleich zu den 926 Personen am Stichtag 1. 4. 2019 und entspricht in etwa der Zahl zum Stichtag 1. 4. 2017 (872 Personen). Österreichweit wird prinzipiell in allen Justizanstalten Substitutionsbehandlung durchgeführt. Über zehn Prozent der Insassinnen und Insassen (in Relation zu den Haftplätzen) sind in folgenden Justizanstalten in Substitutionsbehandlung: Wien-Simmering (19 %), Wien-Favoriten (17 %), Graz-Karlau, Stein und Schwarzau (15 %) und Hirtenberg (12 %). In den Justizanstalten Eisenstadt, Gerasdorf und St. Pölten befand sich zum Stichtag 1. 10. 2019 keine Insassin bzw. kein Insasse in Substitutionsbehandlung, und in den Justizanstalten Ried, Sonnberg und Wien-Mittersteig waren es unter fünf Prozent. (Weißen p. M.).

Die in den Justizanstalten am häufigsten verwendeten Substitutionsmittel sind weiterhin Methadon (38 % aller Substitutionsbehandlungen), L-Polamidon (19 %), Substitol (17 %), sowie Suboxone (9 %) und Subutex bzw. Bupensan (8 %) (Weißen p. M.; vgl. Tabelle A8.2). Damit wird in den Gefängnissen Methadon wesentlich häufiger eingesetzt als außerhalb der Haftanstalten (vgl. Kapitel 5). Die zahlenmäßig meisten Methadonverschreibungen erfolgen in der JA Wien-Josefstadt, dem größten Untersuchungsgefängnis Österreichs.

8.2.4 Qualitätssicherung für Interventionen in drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

in Form von Erlässen kundgemacht. So werden seit April 2015 Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung suchtkranker Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug umgesetzt, die auf dem aktuellen Stand der Gesetzeslage sowie dem letzten Stand der Forschung basieren (BMJ 2015; vgl. auch GÖG/ÖBIG 2013). Die Leitlinien beinhalten u. a. Checklisten für den medizinischen und den sozialen Dienst (Unterstützung der Professionalität der betroffenen Fachdienste) und stellen einen Schritt zu Einheitlichkeit und Qualitätssicherung dar. In diesen Leitlinien wird 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 Gleichbehandlungsprinzip¹²⁸. Suchtkranke sollen aufgrund ihrer Erkrankung beispielsweise bezüglich Vollzugslockerungen, Arbeit, Ausbildung und Freizeit nicht diskriminiert werden. An die Stelle des Abstinenzparadigmas soll auch im Strafvollzug das Akzeptanzparadigma treten – nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit der Substitutionsbehandlung. In der weiterführenden Behandlung suchtkranker Personen nach Rückfällen¹²⁹, 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 entwickelt¹³⁰ (BMJ 2014). Diesen Standards folgend, die auch unterschiedliche Stadien der Haft (Einlieferung/Aufnahme, Haftphase, Entlassungsvorbereitung, Entlassung) behandeln, hat jede Justizanstalt ein multiprofessionelles Behandlungsteam aus Fachdiensten (ärztlicher, psychiatrischer, psychologischer, sozialer und pädagogischer Dienst) der jeweiligen JA zu etablieren/organisieren. Suchtspezifisch-diagnostisch relevante Daten (Suchtscreening I) sind zeitnah zur Aufnahme zu erheben. Zur Sicherstellung der Kontinuität der Behandlung bei Haftantritt werden bestehende Substitutionsbehandlungen weitergeführt (vgl. auch Abschnitt 8.2.3).

Für die Substitutionsbehandlung in Justizanstalten gelten aufgrund eines Erlasses des Justizressorts die Substitutionsrichtlinien für Justizanstalten in der geltenden Fassung (BMJ 2005a), in denen in einem eigenen Abschnitt auf die Besonderheiten (Indikation, Kontrolle etc.) der Substitutionsbehandlung während des Strafvollzugs eingegangen wird. Dort wird vorgeschlagen, nur solche Substitutionsmittel zu verwenden, die zumindest eine 24-stündige Wirkung aufweisen und damit nur einmal am Tag verabreicht werden müssen (Methadon, Buprenorphin, Morphin in Retardform). Aus wissenschaftlicher Sicht und aus Kostengründen wird die Verordnung von Methadon empfohlen. Bei Unverträglichkeit kann die Umstellung auf ein anderes Substitutionsmittel erwogen werden. Bei bereits bestehender Substitutionsbehandlung mit einem anderen Medikament sollte dieses weiter verabreicht werden. Ebenfalls im Rahmen von Erlassen wurden Informationsbroschüren zu den Themen Hepatitis, HIV/Aids in Haft (BMJ 2013, BMJ 1998a, BMJ 1998b, BMJ 1998c) oder betreffend die Aus- und Fortbildung für Insassinnen/Insassen herausgegeben (BMJ 2012). Im Berichtszeitraum wurden keine neuen Informationsbroschüren erstellt. Richtlinien für die postexpositionelle Prophylaxe von HIV nach beruflicher Exposition wurden im Jahr 1999 herausgebracht (BMJ 1999). Die im Jahr 2005 und in überarbeiteter Form 2009 herausgegebene Broschüre „Der Weg aus der Sucht“ richtet sich an das Gefängnispersonal und bietet einen Überblick über die Behandlung Drogenabhängiger während und nach der Haft (BMJ 2005b, BMJ 2009). Vonseiten der

128

Das Äquivalenz- oder Gleichbehandlungsprinzip fordert, dass dieselbe medizinische Behandlung, die in Freiheit gängig und üblich ist, auch in Haft möglich sein muss.

129

Gemeint ist hier die suchtherapeutische Behandlung im engeren Sinn, unbeschadet allfälliger rechtlich begründeter Reaktionen der Vollzugsbehörden.

130

Die genannten Paragraphen regeln die Entwöhnungsbehandlung von Strafgefangenen bzw. deren mögliche Einweisung in eine Anstalt für entwöhnungsbedürftige Rechtsbrecher.

Strafvollzugsakademie wurden 2020 die Seminare „Sucht und Migration“, „Suchtkranke im Strafvollzug: Zwischen Frustration, Ohnmacht und Verständnis“ und „Suchtkranke im Strafvollzug – Follow-up: Zwischen Ohnmacht, Verstärkung und Unterstützung für Bedienstete im Strafvollzug“ angeboten (Strafvollzugsakademie/Fortbildungsakademie 2020). Im weiteren Sinne suchtrelevante Weiterbildungen erfolgten auch zu den Themen „Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Besonderheiten im Strafvollzug“, „Chefärztlicher Zuständigkeitsbereich: Hygiene und andere Schwerpunkte“ und „Praxisbezogener Umgang mit herausfordernden Persönlichkeiten von Inhaftierten“ (Weihen, p. M.).

Seit 2016 werden Screening-Untersuchungen auf HIV, HCV, HBV und Tbc bei allen neu in Haft befindlichen Insassinnen/Insassen durchgeführt. Alle Untersuchungshäftlinge, die einer Risikogruppe angehören, werden spezifisch getestet (Winterleitner p. M.).

Eine unter der Ägide des Gesundheitsressorts erstellte Leitlinie zur Opioid-Substitutionstherapie nimmt explizit Bezug auf die spezifische Behandlungssituation in Haft (vgl. Kapitel 2; ÖGABS et al. 2017).

8.3 Trends

In den Justizanstalten wird das Augenmerk vermehrt auf das Thema Infektionskrankheiten und hier insbesondere auf die Behandlung von HCV gerichtet (vgl. Abschnitt 8.4).

8.4 Neue Entwicklungen

Das europäische Projekt EPPIC (Exchanging prevention practices on polydrug use among youth in criminal justice systems)¹³¹ mit einer Laufzeit von Januar 2017 bis Dezember 2019 befasst sich wissenschaftlich und im internationalen Vergleich mit der Zielgruppe straffällige Jugendliche im Alter von 15 bis 24 Jahren mit dem Problem der Substanzabhängigkeit (vgl. Stummvoll et al. 2017). Auf Basis der Studienergebnisse wurde ein Handbuch für Qualitätsstandards bezüglich Interventionen bei Jugendlichen mit Drogenkonsumerfahrungen im Kontakt mit dem Justizsystem erstellt. Dabei wurden zehn Qualitätsstandards definiert (Graf et al. 2019):

- » Standard 1: Interventionen, die auf den Drogenkonsum bei jungen Menschen in Kontakt mit dem Justizsystem abzielen, sind evidenzbasiert und auf ihre Wirksamkeit hin bewertet.
- » Standard 2: Es sind Verwaltungsstrukturen und -prozesse vorhanden, um die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Interventionen sicherzustellen.

131

<https://www.euro.centre.org/projects/detail/203> (Zugriff am 15. 9. 2020)

- » Standard 3: Das Screening und die Beurteilung des Drogenkonsums bei jungen Menschen, die mit dem Justizsystem in Kontakt stehen, werden im Rahmen einer umfassenden Bewertung durchgeführt.
- » Standard 4: Die multiple Vulnerabilität und die komplexen Bedürfnisse junger Menschen stehen im Mittelpunkt der Interventionen und werden effektiv angegangen.
- » Standard 5: Ein adäquates Bündel von Interventionsoptionen wird bereitgestellt.
- » Standard 6: Die Unterstützungsmaßnahmen sind innerhalb der Institutionen und zwischen unterschiedlichen Institutionen koordiniert und erfolgen kontinuierlich.
- » Standard 7: Die Beteiligung junger Menschen an der Gestaltung und Durchführung einer Intervention wird in jeder Phase der Intervention so weit wie möglich gefördert und sichergestellt.
- » Standard 8: Gleichbehandlung und ein nichtdiskriminierender Umgang werden bei Interventionen, die auf den Drogenkonsum bei jungen Menschen in Kontakt mit dem Justizsystem abzielen, sichergestellt.
- » Standard 9: Die handelnden Personen zeigen Fachkompetenz.
- » Standard 10: Die handelnden Personen respektieren ethische Grundsätze und berufliche Verhaltensregeln.

Derzeit wird an neuen Konzepten für die Behandlung von Hepatitis C in Haft gearbeitet. In den Justizanstalten haben 121 Insassinnen/Insassen von 2017 bis Juni 2020 die Behandlung der Hepatitis C mit antiviral wirkenden HCV-Medikamenten (DAA) abgeschlossen. Bei allen konnte eine virologische Heilung der HCV-Infektion erzielt werden (Winterleitner, p. M.).

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien hat in der Arbeitsgruppe „Versicherung nach Haft“ in Zusammenarbeit mit der Generaldirektion für Strafvollzug und Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen im BMJ, dem AMS, der ÖGK (und – in weiterer Folge – mit den jeweiligen Landesregierungen) einen Prozess ausgearbeitet, der gewährleisten soll, dass die Klientel in Substitutionsbehandlung nach Haftentlassung einen möglichst umfassenden und insbesondere nahtlosen Versicherungsschutz erhält. Bisher wurde ein Regelbetrieb in Wien, der Steiermark und in Kärnten umgesetzt. Die Etablierung in Niederösterreich und im Burgenland ist derzeit im Gange (Weihen p. M.).

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

COVID-19

Die COVID-19-Pandemie hatte auch große Auswirkungen auf den Haftbereich. Zum einen sank die Zahl der Insassinnen/Insassen aufgrund von Haftaufschiebungen (vgl. BGBl I 2020/16) und der häufigeren Anwendung des elektronisch überwachten Hausarrests (Weihen p. M.) leicht, zum anderen musste eine Reihe von Schutzmaßnahmen (z. B. temporäre Besuchsverbote, Vollzugsuntauglichkeit wegen [Kontakt mit einer Person mit] COVID-19-Infektion, Einschränkungen beim Freigang – vgl. BGBl. I 2020/16) ergriffen werden.

8.5 Quellen und Methodik

Quellen

Die Daten im vorliegenden Kapitel beruhen im Wesentlichen auf Datensammlungen des BMJ / Abteilung für Vollzug und Betreuung im Strafvollzug in der Generaldirektion für den Strafvollzug und den Vollzug freiheitsentziehender Maßnahmen. Weitere Angaben entstammen wissenschaftlichen Publikationen, Erlässen, nationalen Gesetzeswerken, Publikationen des Justizressorts und den Jahresberichten von Einrichtungen der Drogenhilfe.

Studien

Das Europäische Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung beteiligt sich zusammen mit Forschungseinrichtungen im UK, in Dänemark, Italien, Deutschland und Polen am oben erwähnten EU-Projekt EPPIC, das auf einen Informationsaustausch zu den Themenbereichen Gesundheit und soziale Ungleichheit von Jugendlichen im Straf- oder Maßnahmenvollzug, die ein erhöhtes Risiko haben, problematische Drogenkonsummuster zu entwickeln, abzielte. In Österreich wurden insgesamt 26 Personen im Alter von 14 bis 25 Jahren interviewt. Sechs von ihnen waren weiblich, und 20 hatten einen migrantischen Hintergrund (Stummvoll et al. o. J.). Die Interviews dauerten im Schnitt 30 Minuten und wurden mit MAXQDA ausgewertet. Auf Basis der Ergebnisse des Gesamtprojekts wurde das „Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems“ publiziert.

8.6 Bibliografie

BMG (2015). Österreichische Suchtpräventionsstrategie. Strategie für eine kohärente Präventions- und Suchtpolitik. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMJ (1998a). Maßnahmen zur Verhinderung von HIV-Hepatitisinfektionen in den österreichischen Justizanstalten. 52201/7 V 1/1998

BMJ (1998b). Maßnahmen zur AIDS-/Hepatitis-C-Prophylaxe – Ergebnis der Untersuchung. 52201/18-v.1/1998

BMJ (1998c). Ausgabe eines Präventionspaketes „Take Care“ betreffend Prävention HIV/AIDS und Hepatitis B/C. 52201/35-V.1/1998

BMJ (1999). Richtlinien und Empfehlungen für die „Postexpositionelle Prophylaxe“ (PEP) nach beruflicher Exposition von HIV. 52201/12.V.1/1999

BMJ (2005a). Richtlinien für die Substitutionsbehandlung in den Justizanstalten. BMJ-E52203/0001-V 1/2005

- BMJ (2005b). Der Weg aus der Sucht. Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2009). Der Weg aus der Sucht. Die Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Wien
- BMJ (2012). Aus- und Fortbildung für Insassen. BMJ-VD48601/0007-VD 2/2012
- BMJ (2013). Informationsbroschüre des Bundesministeriums für Gesundheit zum Thema „Hepatitis, HIV/AIDS in Haft“. BMJ-VD52202/0007-VD 2/2013
- BMJ (2014). Mindeststandards in der Vollzugsgestaltung von suchtkranken Personen im Straf- und Maßnahmenvollzug gemäß § 22 StGB und § 68a StVG. BMJ-41902/0002-VD 2/2014
- BMJ (2015). Leitlinien für die Beratung, Betreuung und Behandlung von suchtkranken Menschen in der österreichischen U-Haft sowie im Straf- und Maßnahmenvollzug. Standards zur Durchführung. BMJ-VD 52203/0004-VD2/2014. Wien
- BMJ (2016a). Strafvollzug in Österreich. Stand 1. August 2016. Bundesministerium für Justiz. Wien
- BMJ (2016b). Sicherheitsbericht 2015. Bericht über die Tätigkeit der Strafjustiz. Bericht der Bundesregierung über die innere Sicherheit in Österreich – Teil des Bundesministeriums für Justiz. Bundesministerium für Justiz. Wien
- Europäische Strafvollzugsgrundsätze EPR (2006): Council of Europe, Committee of Ministers: Recommendation Rec(2006)2 of the Committee of Ministers to Member States on the European Prison Rules (Adopted by the Committee of Ministers on 11 January 2006 at the 952nd meeting of the Ministers' Deputies)
- GÖG/ÖBIG (2011). Bericht zur Drogensituation 2011. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- GÖG/ÖBIG (2013). Bericht zur Drogensituation 2013. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Graf, N.; Moazen, B.; Stöver, H. (2019). Handbook on quality standards for interventions aimed at drug experienced young people in contact with criminal justice systems. Frankfurt am Main
- Hofinger, V.; Pilgram, A. (o. J.). Ausländische Gefangene in österreichischen Justizanstalten und Polizeianhaltezentren. Teilstudie im Rahmen des EU-Projekts Foreign Prisoners in European Penitentiary Institutions. Wien

Horvath, I.; Anzenberger, J.; Busch, M.; Puhm, A.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Suchtbericht Steiermark 2017. Im Auftrag der Abt. 8 der Steiermärkischen Landesregierung. Gesundheit Österreich Forschungs- und Planungs GmbH. Wien

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

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS); Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (ÖGAM); Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (ÖGKJP); Österreichische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (ÖGPP) (2017). Leitlinie – Qualitätsstandards für die Opioid-Substitutionstherapie. 1. Auflage. Wien

Schmid, D.; Spina, A.; Winterleitner, M. (2017). Evaluierung der epidemiologischen Überwachung der Hepatitis B und Hepatitis C bei Strafgefangenen in österreichischen Strafanstalten, 2017. AGES, Abteilung Infektionsepidemiologie und Surveillance im Auftrag des BMJ. Präsentation im Rahmen der Veranstaltung Virus-Hepatitis und der Öffentliche Gesundheitsdienst in Österreich am 27. 7. 2017, AGES Wien

Strafvollzugsakademie/Fortbildungszentrum (2020). Jahresprogramm 2020. Bundesministerium für Justiz. Wien

Stummvoll, G.; Goos, C.; Kahlert, R.; Stamatiou, W. (2017). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP4. National Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien

Stummvoll, G.; Kahlert, R.; Goos, C.; Stamatiou, W. (o. J.). EPPIC – Exchanging prevention practice on polydrug use among youth in criminal justice systems. WP5 2nd Country Report Austria. Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Wien

Verein Dialog (2020). Jahresbericht 2019. Verein Dialog. Wien

Weigl, M.; Anzenberger, J.; Grabenhofer-Eggerth, A.; Horvath, I.; Schmutterer, I.; Strizek, J.; Tanios, A. (2017). Bericht zur Drogensituation 2017. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

Weltzien, N.; Moser-Riebniger, A.; Weißen, M. (o. J.). PRIDE Europe – an inventory of infection prevention services in prison. National report – Austria

8.7 Zitierte Bundesgesetze und Verordnungen

BGBl I 2020/16. 2. COVID-19-Gesetz

BGBl II 2020/215. Verordnung des Bundesministers für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

StVG BGBl 1969/144 v. 26. März 1969 über den Vollzug der Freiheitsstrafen und der mit Freiheitsentziehung verbundenen vorbeugenden Maßnahmen (Strafvollzugsgesetz – StVG)

8.8 Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Name	Institutionen bzw. Funktionen
Mika, Claudia	Bundesministerium für Justiz
Moser-Riebniger, Andrea	Bundesministerium für Justiz
Weihen, Marit	Bundesministerium für Justiz
Winterleitner, Margit	Bundesministerium für Justiz
Schabus-Eder, Franz	Suchtkoordination Land Salzburg

8.9 Anhang

Tabelle A8.1:

Auslastung von Justizanstalten und Anzahl der im Rahmen anderer Haftarten untergebrachten Personen, Stichtag 1. April 2020

Haftart	männliche Erwachsene	männl. junge Erwachsene*	männl. Jugendliche**	Männer insgesamt	weibliche Erwachsene	weibl. junge Erwachsene	weibl. Jugendliche	Frauen insgesamt	Gesamtstand	Gesamtstand Anteil
Strafhaft	5 418	211	51	5.680	319	5	1	325	6.005	66,20 %
Untersuchungshaft	1 405	110	49	1.564	104	6	2	112	1.676	18,48 %
untergebracht	941	32	8	981	114	6	0	120	1.101	12,14 %
sonstige Haft***	234	14	13	261	22	3	3	28	289	3,19 %
Summe	7 998	367	121	8.486	559	20	6	585	9.071	100,00 %

* Junger Erwachsener ist im justiziellen Kontext, wer einer Tat beschuldigt wird, die nach Vollendung des 18., aber vor Vollendung des 21. Lebensjahres begangen wurde.

** Jugendliche ist, wer das 14., aber noch nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat.

*** umfasst alle Personen mit den Haftarten Anhaltung, Auslieferungshaft, Finanzstrafhaft (inkl. § 173 [4] StPO), Justizgewahrsam, Strafhaft § 173 (4) StPO, § 429 StPO, § 438 StPO, Schubhaft, sonstige Haft, Verwaltungshaft (inkl. § 173 [4] StPO), Übergabehaft, untergebracht i. V. m. § 173 (4) StPO oder Zwangsbeugehaft.

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

Tabelle A8.2:

Anzahl der Substituierten in den Justizanstalten nach Substitutionsmittel zum 1. Oktober 2019

Justizanstalt inkl. Außenstelle(n)	Substituierte gesamt	Methadon	L-Polamidon	Substitol	Mundidol	Mundidol Substitol	(Subutex) Bupensan	Suboxone	Compensan	Codidol	andere Mittel
Eisenstadt	0										
Feldkirch	15	4		3			4		4		
Garsten	33	7	12	1			10	3			
Gerasdorf	0										
Göllersdorf	8	0	1	4	0	0	1	2	0	0	0
Graz-Jakomini	34	6	3	20			4		1		
Graz-Karlau	80	10	34	14	1		14	3		4	
Hirtenberg	50	8	4	16	0	0	9	12			1
Innsbruck	33	22	9	0	0	0	0	0	0	1	1
Klagenfurt	36	14	15	0	0	0	0	7	0	0	0
Korneuburg	16	7		3			2			4	
Krems	16	9	4	3	0	0	0	0	0	0	0
Leoben	11	5	2	2	0	0	0	0	0	1	1
Linz	26	3	10	11	0	0	2	0	0	0	0
Ried	4	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Salzburg	14	1	5	3	0	0	0	1	4	0	0
Schwarzau	28	6	3	0	0	0	4	0	15	0	0
Sonnberg	10	5	4	0	0	0	0	1	0	0	0
St. Pölten	0										
Stein	120	43	38	10	0	0	0	24	0	5	0
Suben	23	3	6	3	0	0	5	3	3	0	0
Wels	16	4	2	8				2			
Wien-Favoriten	26	14	10	1					1		
Wien-Josefstadt	161	141	0	9	0	0	0	11	0	0	0
Wien-Mittersteig	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Wien-Simmering	91	13	0	37	0	0	15	7	9	0	10
Wiener Neustadt	20	2	3	0	0	0	4	0	11	0	0
Gesamtsumme (lt. Meldung der JA)	876	333	166	149	1	0	74	76	48	15	14
Verteilung in Prozent		38,0	18,9	17,0	0,1	0,0	8,4	8,7	5,5	1,7	1,6

Quelle: BMJ; Darstellung: GÖG

