

# Bericht zur Drogensituation 2010

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

Ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH



**ÖBIG**

Österreichisches Bundesinstitut  
für Gesundheitswesen



# Bericht zur Drogensituation 2010

Marion Weigl  
Martin Busch  
Sabine Haas  
Christine Knaller  
Elisabeth Türscherl  
Charlotte Wirl

Projektassistenz:  
Monika Löbau

Wien, im Oktober 2010

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

ISBN-13 978-3-85159-152-1

Eigentümer, Herausgeber und Verleger: Gesundheit Österreich GmbH, Stubenring 6,  
1010 Wien, Tel. +43 1 515 61, Fax 513 84 72, E-Mail: [vorname.nachname@goeg.at](mailto:vorname.nachname@goeg.at),  
Homepage: [www.goeg.at](http://www.goeg.at)

Der Umwelt zuliebe:  
Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier  
ohne optische Aufheller hergestellt.

# Kurzfassung

Der „Bericht zur Drogensituation in Österreich“ wird jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesministeriums erstellt und befasst sich mit illegalen Drogen. Er bietet einen Überblick über aktuelle Entwicklungen bezüglich politischer und rechtlicher Rahmenbedingungen, über die epidemiologische Situation und Maßnahmen der Nachfragereduktion im Berichtszeitraum 2009/10. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr die Themen „Geschichte, Methoden und Implementierung von nationalen Behandlungsrichtlinien“ sowie „Kosten drogenbezogener Behandlung in Österreich“ gewählt wurden.

## Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

### Politischer und organisatorischer Rahmen

Im Jahr 2009 wurde die Suchtgiftverordnung mit dem Ziel, die Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung Opioidabhängiger zu adaptieren, auf Basis der im Vorjahr erwähnten Empfehlungen novelliert. Die Änderungen beziehen sich vor allem auf die diagnostische Abklärung und Indikationsstellung sowie auf die Mitgaberegulierung. Novelliert wurde auch die Weiterbildungsverordnung, die nun zwischen indikationsstellenden und weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten unterscheidet und die Verantwortung für die Organisation der Weiterbildung der Österreichischen Ärztekammer übergibt. Im Mittelpunkt der drogenpolitischen Diskussionen standen nach wie vor die Prävention von drogenbezogenen Todesfällen und die Substitutionsbehandlung, aber auch die Finanzierung der Suchthilfeeinrichtungen war ein wichtiges Thema. In einigen Bundesländern wurden bzw. werden aktuell neue Suchtpläne bzw. -konzepte erarbeitet, es wurde aber noch keines davon beschlossen.

### Drogenkonsum in der Bevölkerung

Es liegen keine neuen Daten zur Einschätzung der Drogensituation vor, lediglich neue Detailergebnisse der Repräsentativstudie zu Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung aus dem Jahr 2008 und der ESPAD-Schulstudie aus dem Jahr 2007. Demnach bestehen unterschiedliche Konsumerfahrungen nach Geschlecht und Region, wobei Männer und Personen aus Städten mit mehr als 50.000 Einwohnerinnen und Einwohnern häufiger von Lebenszeiterfahrungen mit illegalen Substanzen berichten. Die Konsumausstiegsrate ist bei allen illegalen Substanzen deutlich höher als bei Alkohol und Nikotin, was belegt, dass der Konsum illegaler Substanzen ein zeitlich befristetes, vorübergehendes Phänomen darstellt. Eine zur Validierung durchgeführte qualitative Zu-

satzerhebung zeigt, dass der für die ESPAD-Erhebung verwendete Fragebogen dringend überarbeitet (gekürzt, umstrukturiert und anders formuliert) werden muss.

### **Suchtprävention**

Der Trend zur Entwicklung und Umsetzung standardisierter Suchtpräventionsprogramme hält an. Gleichzeitig wird versucht, durch gezieltere Maßnahmen jene Kinder und Jugendlichen besser zu erreichen, die eher suchtgefährdet sind, und bewährte Programme auf neue Zielgruppen auszudehnen. So zielen Maßnahmen für das Setting Schule vermehrt auf nicht weiterführende Schulen wie Hauptschulen und polytechnische Schulen ab. Moderierte Gesprächsrunden im privaten Rahmen werden genutzt, um sonst schwer erreichbare Eltern anzusprechen. Neue Aktivitäten konzentrieren sich auf Jugendliche in AMS-Maßnahmen bzw. auf Früherkennung und Frühintervention.

### **Problematischer Drogenkonsum**

Die aktuellsten Prävalenzschätzungen des problematischen Drogenkonsums (in Österreich in erster Linie polytoxikomaner Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten) ergeben für das Jahr 2009 zwischen 25.000 und 37.000 Personen. Im Vergleich mit anderen Daten lässt sich daraus schließen, dass die Prävalenz in den letzten Jahren stabil bleibt. Eine weitere Schätzung ergibt ein Intervall von 12.500 bis 18.500 Personen mit vorwiegend injizierendem problematischem Drogenkonsum in Österreich.

### **Drogenbezogene Behandlungen**

Aufgrund des Rückzugs von Ärztinnen/Ärzte aus der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen ist die Versorgungssicherheit in manchen Regionen nicht mehr gewährleistet. Auf Bundesländerebene wird versucht, dieser Situation durch Honorarvereinbarungen und Neustrukturierungen zu begegnen, was jedoch nur teilweise gelingt. Die Novellierung der Suchtgiftverordnung im Dezember 2009 hat zwar zur besseren Akzeptanz der Regulierung der Substitutionsbehandlung geführt. Inwieweit sich das positiv auf die Bereitschaft der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auswirkt, diese Behandlung auszuüben, wird sich erst Ende 2010 zeigen. Generell ist in der Suchtbehandlung ein Trend zu integrierten Suchthilfeangeboten und zur individualisierten Therapie zu beobachten. Gravierende Mängel bestehen in der Versorgung von älteren Drogenabhängigen und Jugendlichen, v. a. im stationären Bereich.

Die aktuellsten Daten aus dem Behandlungsbereich bestätigen, dass Opiate nach wie vor als Leitdroge dominieren und ein beträchtlicher Anteil der Klientinnen und Klienten über die nasale Applikation in den Konsum einsteigt. Vertiefende Analysen zu Geschlechterunterschieden ergeben, dass Frauen entgegen manchen Vermutungen im System der Drogenhilfe nicht unterrepräsentiert sind. Frauen scheinen neben einem

geringeren Risiko für die Entwicklung eines problematischen Drogenkonsums auch hinsichtlich des Ausstiegs aus diesem eine bessere Prognose zu haben als Männer.

### **Gesundheitliche Zusammenhänge und Maßnahmen**

Die Datenqualität hinsichtlich der suchtgiftbezogenen Todesfälle und der Infektionskrankheiten ist weiterhin schlecht und erlaubt kaum Aussagen zu Trends. Zur Verbesserung der Situation wurden Richtlinien für eine einheitliche Obduktion entwickelt, die Problematik nicht obduzierter Todesfälle besteht jedoch weiterhin. Für das Jahr 2009 konnten 187 direkt suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert werden, in 19 weiteren Fällen liegt lediglich ein Verdacht vor. Es liegen erste Ergebnisse vor hinsichtlich der direkt drogenbezogenen Mortalität (Tod durch Überdosierung) für Personen, die im Zeitraum 2000 bis 2008 eine Substitutionsbehandlung begonnen haben. Die Mortalitätsrate liegt bei 4,6 bis 6,9 Todesfällen pro 1.000 Personenjahre. Die Mortalität von Frauen ist signifikant niedriger als die von Männern.

Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Folgen konzentrieren sich auf Hepatitis-Impfprojekte, auf eine Verbesserung der Behandlung von Infektionskrankheiten und auf die Förderung der gezielten Betreuung opioidabhängiger schwangerer Frauen (um deren eigenes Gesundheitsbewusstsein zu fördern sowie gesundheitliche Belastungen bei den Kindern zu reduzieren).

### **Soziale Zusammenhänge und Reintegration**

Drogenabhängige bleiben unverändert von sozialen Problemen wie Obdach- und Arbeitslosigkeit, aber auch Verschuldung betroffen, wobei es durch gezielte Maßnahmen gelingen kann, diese Probleme zu reduzieren. Der Schwerpunkt lag im Jahr 2009 auf Verbesserungen bei der Vermittlung von geeigneten Arbeitsangeboten sowie bei der Vernetzung von Suchthilfe und Wohnungslosenhilfe. Zusätzlich standen zur Unterstützung der sozialen Reintegration auch vermehrt Angebote zur sinnvollen Freizeitgestaltung zur Verfügung.

### **Drogenbezogene Kriminalität**

Die suchtgiftbezogenen Anzeigen sind im letzten Jahr angestiegen, wobei die Vergehenstatbestände stärker zugenommen haben als die Verbrechenstatbestände. Ein starker Anstieg findet sich auch bei den vorläufigen Anzeigenzurücklegungen sowie bei Alternativen zur Bestrafung, während die Anzahl der Verurteilungen abgenommen hat. Maßnahmen zur drogenbezogenen Behandlung in Justizanstalten betreffen vor allem die Substitutionsbehandlung, bei der – wie auch generell – eine Zunahme der Anzahl der betroffenen Personen zu beobachten ist.

## Drogenmärkte

Bei den Beschlagnahmungen dominiert Cannabis nach wie vor, im Bereich der Party- und Clubszene spielen jedoch sogenannte „Research Chemicals“ eine immer größere Rolle. Diese Substanzen haben ebenfalls psychoaktive Effekte, sie stehen jedoch nicht unter Kontrolle. Die Wirkungen dieser Substanzen sind kaum erforscht, was eine Abschätzung der Risiken des Gebrauchs unmöglich macht. Als problematisch wird die leichte Verfügbarkeit dieser Substanzen über das Internet gesehen, die kaum eingeschränkt werden kann. Die Reinheit von Ecstasy hat massiv abgenommen, von *ChEck IT!* mussten bei den Substanzeanalysen in der Partyszene viele Warnungen wegen gefährlicher Inhaltsstoffe der untersuchten Proben ausgesprochen werden.

## Schwerpunkt „Geschichte, Methoden und Implementierung von nationalen Behandlungsleitlinien“

In Österreich existieren keine nationalen Leitlinien für die Suchtbehandlung, was unter anderem mit der föderalistischen Struktur des Landes und der damit verbundenen Aufteilung der Kompetenzen und Aufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen zusammenhängt, aber auch damit, dass die Auseinandersetzung mit nationalen Qualitätsstandards für medizinische Behandlungen im Vergleich zu anderen Ländern relativ spät begonnen wurde. Die gesetzliche Grundlage dafür existiert mit dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen seit 2005. Auch eine Metaleitlinie (GÖG 2010) wurde inzwischen entwickelt, die den Prozess zur Entwicklung von Leitlinien definiert. Abgesehen von diesem Prozess, der erst am Anfang steht, gibt es verschiedene Richtlinien und Standards, die für die Umsetzung der Suchtbehandlung in Österreich relevant sind. Ein Großteil davon bezieht sich auf die Substitutionsbehandlung, manches auf spezifische Themen und Settings, aber auch – im Zusammenhang mit der Kundmachung oder Finanzierung der Einrichtungen der Suchthilfe – auf die Organisation. Wissenschaftliche Evidenz fließt eher indirekt als systematisch ein, Erfahrungen aus der Praxis stehen im Vordergrund.

## Schwerpunkt „Kosten drogenbezogener Behandlung in Österreich“

In Bezug auf Österreich gibt es keine aktuellen Kostenstudien oder ökonomischen Analysen zur Suchtbehandlung. Es lässt sich lediglich feststellen, dass die Einrichtungen der Suchthilfe im Wesentlichen von der öffentlichen Hand finanziert werden, wobei der größere Anteil von den Bundesländern getragen wird. Neben Bund und Ländern tragen auch die Gemeinden und die Sozialversicherungen zur Finanzierung der Suchtbehandlung bei. Genauere Schätzungen zu den Ausgaben sind nicht möglich, da Budgets nicht drogenspezifisch gegliedert sind und aufgrund der komplexen Finanzierungsmechanismen Daten nur für Teilbereiche verfügbar sind.

# Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung .....	III
Einleitung .....	1
<b>Teil 1: Neue Entwicklungen und Trends</b>	
1	Politischer und organisatorischer Rahmen..... 5
1.1	Rechtliche Rahmenbedingungen..... 5
1.2	Politische und administrative Rahmenbedingungen..... 7
1.3	Budgets und Finanzierungsregelungen..... 10
2	Drogenkonsum in der Bevölkerung ..... 11
2.1	Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung..... 12
2.2	Drogenkonsum bei Jugendlichen..... 14
2.3	Drogenkonsum in spezifischen Gruppen..... 16
3	Suchtprävention ..... 17
3.1	Universelle Suchtprävention ..... 18
3.2	Selektive Suchtprävention..... 22
3.3	Indizierte Suchtprävention..... 25
3.4	Nationale und lokale Medienkampagnen ..... 26
4	Problematischer Drogenkonsum..... 27
4.1	Prävalenz- und Inzidenzschätzungen..... 28
4.2	Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs ..... 31
4.3	Intensive, regelmäßige, langdauernde und andere problematische Formen des Drogengebrauchs..... 32
5	Drogenbezogene Behandlungen..... 33
5.1	Strategie/Politik ..... 34
5.2	Behandlungssysteme..... 36
5.3	Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen ..... 45
5.4	Trends und Anzahl der betreuten Personen..... 51

6	Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	55
6.1	Drogenbezogene Infektionskrankheiten.....	56
6.2	Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen.....	58
6.3	Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität .....	60
7	Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen .....	65
7.1	Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen .....	65
7.2	Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten .....	67
7.3	Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen.....	70
8	Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration .....	72
8.1	Soziale Problemlagen und Drogengebrauch .....	72
8.2	Soziale (Re-)Integration.....	73
9	Drogenbezogene Kriminalität, Prävention drogenbezogener Kriminalität und Haft .....	80
9.1	Drogenbezogene Kriminalität.....	80
9.2	Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	84
9.3	Interventionen im System der Strafjustiz .....	85
9.4	(Problematischer) Drogenkonsum in Haft.....	88
9.5	Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft.....	88
9.6	Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft .....	89
10	Drogenmärkte.....	91
10.1	Verfügbarkeit und Angebot von Drogen.....	91
10.2	Sicherstellungen.....	93
10.3	Reinheit und Preis .....	94

## Teil 2: Schwerpunktthemen

11	Geschichte, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien .....	99
11.1	Geschichte und Hintergrund.....	99

11.2	Beschreibung bestehender Richtlinien und Standards.....	102
11.3	Implementierungsprozess .....	106
12	Ausgaben für drogenbezogene Behandlung .....	108
12.1	Finanzierungsmechanismen und Verantwortlichkeiten .....	108
12.2	Kosten von stationären Behandlungen.....	110
12.3	Kosten von ambulanten Behandlungen.....	111
12.4	Kosten von Substitutionsbehandlungen.....	112
12.5	Schlussfolgerungen .....	113
	Quellenverzeichnis .....	115
	Anhang .....	141

# Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

## Tabellen:

Tabelle 6.1:	Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab, Hepatitis C–RNA und HIV, 2009 .....	57
Tabelle 10.1:	Beurteilung der Schwierigkeit, an diverse psychoaktive Substanzen heranzukommen, mit „sehr leicht“ bis „ziemlich leicht“ .....	92
Tabelle 10.2:	Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2009 .....	96
Tabelle 11.1:	Österreichische Richtlinien und Standards zur Suchtbehandlung .....	103
Tabelle 12.1:	Geschätzte Kosten von stationären Betreuungen von Personen mit drogenspezifischen Hauptdiagnosen in Krankenanstalten 2001 bis 2008.....	111
Tabelle 12.2:	Ambulant betreute Personen, geschätzte Betreuungstage und Kostenträger in DOKLI–Einrichtungen 2009 .....	112
Tabelle A1:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittel–erfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2009 .....	145
Tabelle A2:	Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittel–erfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007 .....	146
Tabelle A3:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2000–2009 .....	148
Tabelle A4:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2000–2009 .....	148
Tabelle A 5:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2008–2009 .....	149
Tabelle A6:	Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2009.....	150
Tabelle A7:	Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2009 .....	151

Tabelle A8:	Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 2000–2009 .....	152
Tabelle A9:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 2000–2009 .....	152
Tabelle A10:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2000–2009 .....	152
Tabelle A11:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2000–2009 .....	153
Tabelle A12:	Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2009 .....	153
Tabelle A13:	Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2000–2009.....	154
Tabelle A14:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2009 .....	154
Tabelle A15:	Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2009 .....	155
Tabelle A16:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2000–2009 .....	156
Tabelle A17:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/ Suchtmitteln in Österreich, 2000–2009 .....	156
Tabelle A18:	Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 2000–2009.....	157
Tabelle A19:	Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2000–2009 .....	157
Tabelle A20:	Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2000–2009 .....	158

Tabelle A21:	Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutions- behandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundes- ländern, 2009 .....	158
Tabelle A22:	Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent .....	159
Tabelle A23:	Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent.....	160
Tabelle A24:	Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent.....	161
Tabelle A25:	Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent.....	162
Tabelle A26:	Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	163
Tabelle A27:	Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent.....	164
Tabelle A28:	Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2009.....	164
Tabelle A29:	Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO), 2004–2008, in Prozent .....	165
Tabelle A30:	Eigenständig werden, Schuljahr 2009/2010.....	166
Tabelle A31:	plus, Schuljahr 2009/2010 .....	167
Tabelle A32:	movin, 2009.....	168
Tabelle A33:	Ausgewählte suchtpreventive Interventionen für verschiedene Settings .....	169
Tabelle A34:	Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2009 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht .....	171

## Abbildungen:

Abbildung 1.1: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich .....	8
Abbildung 2.1: Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen in der Gesamtbevölkerung, bezogen auf Lebenszeit, nach Geschlecht, Wohnort und Schulbildung (in Prozent) .....	13
Abbildung 2.2: Konsumerfahrungen mit Cannabis bei Schülerinnen und Schülern, bezogen auf Lebenszeit, letzte 12 Monate, letzte 30 Tage und regelmäßigen Konsum nach Alter, Geschlecht und Region (in Prozent) .....	16
Abbildung 4.1: 2-Sample-CRC-Schätzungen mit und ohne „Ghost Case“-Korrektur, 2001 bis 2009 .....	29
Abbildung 4.2: 2-Sample-CRC-Schätzungen mit „Ghost Case“-Korrektur, 2001 bis 2009 (altersstratifiziert) .....	30
Abbildung 5.1: Anzahl der Personen, die 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung .....	46
Abbildung 5.2: Personen, die 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung .....	47
Abbildung 5.3: Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 2.237) und Kokain (n = 2.440) bei Personen, die 2009 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach dem Alter .....	48
Abbildung 5.4: Frauenanteil in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den wegen Opiaten angezeigten Personen und bei der Prävalenzschätzung 2009 und bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen 2007–2009, in Prozent .....	49
Abbildung 5.5: Altersverteilung bei Männern und Frauen in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen und bei den wegen Opiaten angezeigten Personen in Prozent .....	50
Abbildung 5.6: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2000–2009 .....	51

Abbildung 5.7: Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 2000–2009 .....	53
Abbildung 5.8: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 2000–2009 in Prozent.....	54
Abbildung 6.1 Anteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2000–2009 .....	61
Abbildung 6.2: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich in Prozent, 2000–2009.....	62
Abbildung 6.3: Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 1.000 Personenjahre von Männern, Frauen und insgesamt von Personen, die im Zeitraum 1. 1. 2000 und 31. 12. 2008 erstmals eine Substitutionsbehandlung begannen .....	63
Abbildung 7.1: Spritzentausch und -verkauf in Österreich, 2005, 2007 und 2009 .....	68
Abbildung 9.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2000–2009 .....	81
Abbildung 9.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2000–2009 .....	82
Abbildung 9.3: Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 SMG in Österreich, 2000 bis 2009 .....	83
Abbildung 9.4: Ergebnisse der Begutachtungen durch die Bezirksverwaltungsbehörden nach § 12 SMG 1999, nach Leitdrogen in Prozent, 2004–2007 .....	85
Abbildung 9.5: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2000 bis 2009 .....	86
Abbildung 9.6: Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2000–2009.....	87
Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften und psychotropen Medikamenten in Österreich, 2000–2009.....	94

**Karten:**

Karte 5.1: Spezialisierte stationäre Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen, 2010 .....	39
Karte 5.2: Spezialisierte ambulante Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen, 2010 .....	40
Karte 7.1: Spezialisierte niederschwellige Angebote zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen, 2010.....	66
Karte 8.1: Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration .....	76
Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken .....	172



# Einleitung

Der an der GÖG/ÖBIG eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 15. Mal den „Bericht zur Drogensituation“ vor, der jährlich im Auftrag der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD) und des für Gesundheit zuständigen Ministeriums verfasst wird. Der REITOX Focal Point dient als zentraler Knotenpunkt eines drogenrelevanten Daten- und Informationsnetzes in Österreich und kooperiert in dieser Rolle eng mit den verantwortlichen Stellen auf Bundes- wie auf Länderebene sowie mit den Einrichtungen der Sucht- und Drogenhilfe.

Der Bericht zur Drogensituation in Österreich befasst sich mit dem Bereich der **illegalen Drogen** und dient sowohl als landesinterner Bericht über die österreichische Situation als auch als nationaler Beitrag zur Darstellung der Drogensituation in der Europäischen Union (EU). Vergleichbare Berichte werden von den REITOX Focal Points in allen EU-Mitgliedstaaten und Beitrittskandidatenländern nach einer seitens der EBDD vorgegebenen Struktur verfasst. Sie stellen eine zentrale Grundlage für den Jahresbericht der EBDD zur Drogensituation in Europa dar (zuletzt: EBDD 2009). Der erste Teil des Berichts befasst sich mit den aktuellen Entwicklungen und Trends in Bezug auf die drogenpolitischen Rahmenbedingungen, die epidemiologische Situation und die gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Nachfragereduktion. Er baut auf den vorhergehenden Berichten auf (zuletzt: GÖG/ÖBIG 2009b) und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2009 bis Sommer 2010 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2009. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht sind das die Themen „Geschichte, Methoden und Implementierung von nationalen Behandlungsrichtlinien“ und „Kosten drogenbezogener Behandlung in Österreich“. Ergänzend findet sich im Anhang eine Reihe von Tabellen mit detaillierten Informationen und Daten. Seitens des REITOX Focal Point werden jährlich für die EBDD standardisierte Tabellen und Fragebögen erstellt. Die entsprechenden Daten und Informationen sind in den vorliegenden Bericht eingeflossen, auf sie wird im Text verwiesen. Ein Überblick über alle „Standard Tables“ (= ST) und „Structured Questionnaires“ (= SQ) findet sich im Anhang C.

Der Bericht wurde auf Basis einer Vielfalt von Informationen und Daten erstellt, die der GÖG/ÖBIG von Fachleuten des Drogenbereichs zur Verfügung gestellt wurden. Von besonderer Bedeutung waren die von den Drogen- bzw. Suchtkoordinatoren übermittelten Berichte zu den einzelnen Bundesländern. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten zu Teilen des Berichts geliefert (vgl. dazu auch die Schwerpunktkapitel). 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 zum Bericht eine wertvolle Unterstützung darstellten.



# Teil 1

---

Neue Entwicklungen  
und Trends



# 1 Politischer und organisatorischer Rahmen

Den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik bildet das seit 1998 geltende Suchtmittelgesetz (SMG) in seiner nach der letzten Änderung seit Dezember 2008 in Kraft stehenden Fassung. Das SMG differenziert vorrangig nach Menge und – mit Ausnahme einer Sonderbestimmung zu Cannabis und psilocin-, psilotin- oder psilocybinhaltigen Pilzen – nicht nach Art des Suchtgifts und sieht ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung vor. Die wichtigsten drogenpolitischen Gremien auf Bundesebene sind die Bundesdrogenkoordination und das als Koordinationsgremium mit den Ländern dienende Bundesdrogenforum (vgl. Abb. 1.1). Den Bundesländern kommt aufgrund der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialbereichs bezüglich der Gestaltung und Umsetzung drogenpolitischer Maßnahmen große Bedeutung zu. Alle neun Bundesländer verfügen über Drogenkonzepte bzw. Suchtpläne sowie über Drogen- bzw. Suchtkoordinatorinnen und -koordinatoren. Eine ausführliche Darstellung der politischen und organisatorischen Rahmenbedingungen findet sich im SQ32.

Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern, den Sozialversicherungen und dem Bund getragen. Die in der EU forcierte COFOG-Klassifizierung<sup>1</sup> wird in Österreich nicht vollständig umgesetzt, gleichzeitig sind in den verschiedenen Budgets drogen- oder suchtspezifische Ausgaben kaum explizit als solche gekennzeichnet (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Daher können für Österreich keine aussagekräftigen Angaben über diesbezügliche Ausgaben getätigt werden.

## 1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Dezember 2009 wurden die rechtlichen Grundlagen der Substitutionsbehandlung novelliert. Die Änderungen zielen auf Ausgewogenheit zwischen Sicherheits- und therapeutischen Aspekten und basieren auf Empfehlungen einer mit den regionalen Sucht- bzw. Drogenkoordinatorinnen und -koordinatoren besetzten Arbeitsgruppe, die sich mit der Beurteilung der Auswirkungen der im Jahr 2007 adaptierten diesbezüglichen Rahmenbedingungen befasste (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b und 2009b).

---

1

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

Die Novelle zur Suchtgiftverordnung (BGBl II 2009/485 v. 23. 12. 2009) enthält vor allem Änderungen hinsichtlich der Mitgaberegulierung sowie der Einholung einer zweiten Meinung bei der Indikationsstellung bzw. diagnostischen Abklärung (vgl. auch Kap. 5.1).

§ 23a regelt unter anderem die diagnostische Abklärung und Indikationsstellung, relevant sind hier folgende Änderungen:

- » Die Regelung, wonach die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt bei unter 20-Jährigen erforderlichenfalls eine Zweitmeinung einholen muss, wurde dahingehend adaptiert, dass diese Konsultation nicht unbedingt vor Behandlungsbeginn, sondern auch erst im Verlauf der diagnostischen Abklärung (vor Beginn der Regelversorgung) erfolgen kann (Abs 5).
- » Bei Personen unter dem 18. Lebensjahr soll das neue Sonderfach „Kinder- und Jugendneuropsychiatrie“ möglichst zum Einsatz kommen, sodass nun im Verlauf der Indikationsstellung alternativ zur zweiten Meinung einer Fachärztin / eines Facharztes auf dem Gebiet der Psychiatrie auch die einer/eines auf dem Gebiet der Kinder- und Jugend(neuro)psychiatrie eingeholt werden kann (Abs 6).

§ 23e regelt den Abgabemodus, relevant sind hier folgende Änderungen:

- » Bei Buprenorphin kann von der täglichen kontrollierten Einnahme in der Apotheke abgesehen werden, es dürfen bis zu sieben Tagesdosen auf einmal ausgefolgt werden (Abs 1).
- » Bei einem Wechsel von behandelnder Ärztin / behandelndem Arzt kann die Dauer einer vorangegangenen Behandlung angerechnet werden, sodass die Mindestbehandlungsdauer für die Mitgaberegulierung nicht neu zu laufen beginnt (Abs 3).
- » Die Mitgabe im Fall eines vorübergehenden Aufenthaltswechsels (insb. Urlaubszwecke) darf pro Kalenderjahr 35 Tagesdosen (berechnet auf Basis von Kalendertagen) nicht überschreiten (Abs 4).
- » Über die gesondert geregelten Ausnahmen hinaus ist ein Abgehen von der täglich kontrollierten Einnahme nun möglich, zulässig allerdings nur aus besonders berücksichtigungswürdigen, insbesondere auch therapeutischen Gründen und im Einvernehmen zwischen behandelnder Ärztin / behandelndem Arzt und Amtsärztin/Amtsarzt („Generalklausel“; Abs 5).

Neu ist des Weiteren, dass in Fragen der Substitutionsbehandlung nun sowohl der Ausschuss für Qualität und Sicherheit als auch das Bundesdrogenforum befasst werden können und dass die Sucht- und Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren und die Ämter der Landesregierung aller Bundesländer im Ausschuss für Qualität und Sicherheit vertreten sind, was eine verbesserte Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Organisationsstrukturen der Substitutionsbehandlung ermöglicht.

Die wesentlichen Änderungen auf Basis der Novelle der Weiterbildungsverordnung orale Substitution (BGBl II 2009/487 v. 23. 12. 2009) sind (vgl. auch Kap. 5.1):

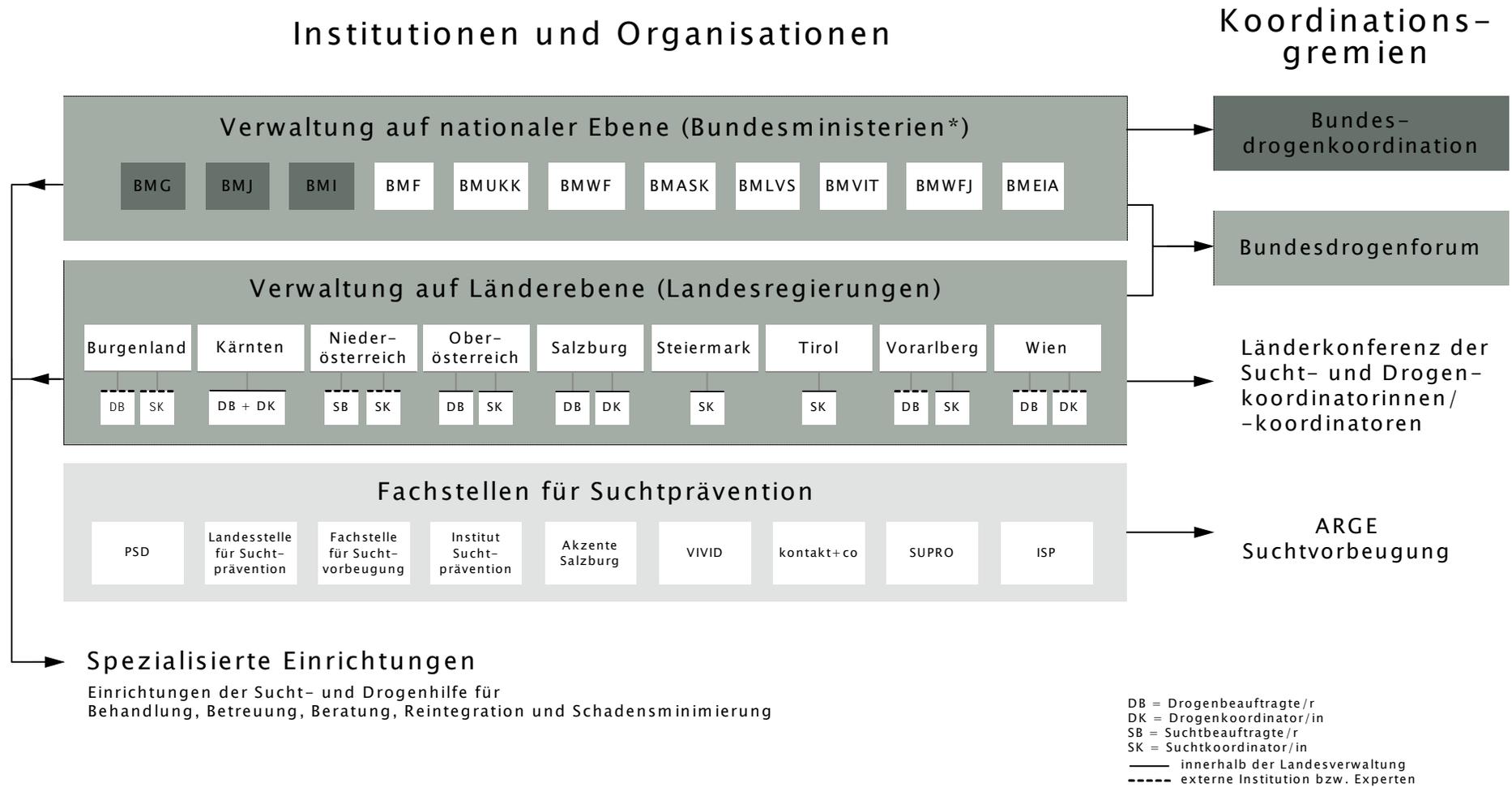
- » Die Weiterbildungserfordernisse unterscheiden nunmehr zwischen indikationsstellenden und ausschließlich weiterbehandelnden Ärztinnen/Ärzten (§ 1 Abs 1), wobei die Basisweiterbildung für ausschließlich weiterbehandelnde Ärztinnen/Ärzte von vierzig auf sechs Einheiten reduziert wurde; die vertiefende Weiterbildung umfasst aber auch für Letztere sechs Einheiten pro Jahr (§ 3 Abs 1a).
- » Amtsärztinnen/Amtsärzte ohne Weiterbildung dürfen Substitutionsverschreibungen nur vidieren, soweit die Betrauung einer qualifizierten Amtsärztin / eines qualifizierten Amtsarztes nicht möglich ist, und nur unter Supervision (einer/eines anderen Amtsärztin/Amtsarztes) für längstens sechs Monate. Weitere Auflage ist, dass sie die Basisweiterbildung unverzüglich beginnen und zumindest die Hälfte innerhalb von sechs Monaten nachweislich absolvieren (§ 1 Abs 4).

Ende August 2010 wurde die Suchtgiftverordnung dahingehend novelliert, dass nunmehr auch 4-Methylmethacathinon („Mephedron“) und Levo-(R(-))Methadon (Polamidon) als Suchtgifte gesetzlich geregelt sind (BGBl II 2010/264 v. 20. 8. 2010). „Mephedron“ wurde zuvor als legale Alternative zu Ecstasy, Amphetaminen und Kokain gehandelt (vgl. Kap. 10.3), es gab aber Hinweise, dass der Konsum mit starker psychoaktiver Wirkung und möglichen kardiovaskulären Nebenwirkungen einhergeht. Im August 2010 wurden des Weiteren eine neuerliche Novelle der Weiterbildungsverordnung orale Substitution zur Begutachtung ausgeschickt, die die zentrale Listenführung bezüglich der zur Substitutionsbehandlung qualifizierten Ärztinnen und Ärzte auf einer geschützten Website des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zum Inhalt hat.

## 1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen (vgl. SQ32) wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten. Das Bundesdrogenforum (vgl. Abb. 1.1) trat im Berichtszeitraum zweimal (November 2009, April 2010) regulär zusammen. Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Evaluierung der Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 1.1), die Optimierung der Erfassung suchtgiftbezogener Todesfälle, schadensminimierende Maßnahmen und die Finanzierung der Drogenhilfeeinrichtungen (vgl. auch Kap. 12). Die vom Bundesdrogenforum eingerichtete Arbeitsgruppe zur Erarbeitung von Richtlinien betreffend eine bundeseinheitliche Vollziehung des § 12 SMG (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) sowie die Steering Group zu möglichen Maßnahmen zur Reduzierung von Drogentodesopfern (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) waren weiterhin tätig. Ergänzend wurde eine Arbeitsgruppe zur Förderungsgestaltung des Bundes für Drogeneinrichtungen eingesetzt (vgl. auch Kap. 12.1).

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



Quelle: GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Zum Themenschwerpunkt „Maßnahmen zur Reduktion der Drogentodesopfer in Österreich“ (vgl. auch Kap. 7.1) fand am 15. Oktober 2009 auch eine außerordentliche Sitzung des Bundesdrogenforums mit zahlreichen internationalen und nationalen Referentinnen und Referenten statt. Des Weiteren wurde von der GÖG/ÖBIG im Auftrag des BMG ein Positionspapier erstellt („Schadensminimierung im Rahmen der Drogenhilfe. Maßnahmen aus gesundheitspolitischer Sicht“), das nunmehr zwischen BMG und Bundesländern akkordiert wird. Im Mai 2010 veranstaltete das BMG eine *Enquete zur Substitutionsbehandlung* (vgl. Kap. 5.2).

In einigen Bundesländern ist die Adaptierung der drogen- bzw. suchtpolitischen Grundlagen in Gange bzw. in Vorbereitung. Der oberösterreichische Suchtplan und das steirische Suchtkonzept (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) liegen bereits im Entwurf vor, müssen aber noch von den Landesregierungen beschlossen werden. In Tirol wurde die Umfeldanalyse als Basis für die Entwicklung eines neuen Suchtkonzeptes abgeschlossen, mit dessen Erarbeitung in Kürze begonnen werden soll. In Niederösterreich (NÖ) läuft der „NÖ Suchtplan“ 2010 aus; ein neuer Suchtplan soll im Herbst 2010 zur Abstimmung in der Landesregierung vorliegen (unterteilt in ein Positionspapier, das die Grundhaltung zum Thema Sucht in NÖ darstellt, und in einen Maßnahmenkatalog für den Zeitraum 2011 bis 2015) (Hörhan, p. M.). In Kärnten wurde der Suchtbeirat damit beauftragt, bis voraussichtlich Herbst 2010 einen Vorschlag zur Implementierung von schadensminimierenden Maßnahmen unter Berücksichtigung des regionalen Bedarfs zu erarbeiten.

Ebenfalls in Kärnten fand vor dem Hintergrund kritischer Medienberichte über die Substitutionsbehandlung am 21. Juni 2010 ein „Suchtgipfel“ statt. Als Ergebnis wurde unter anderem festgehalten, dass die Substitutionsbehandlung in der Gesundheitsversorgung Drogenkranker unverzichtbar sei und dass den besonderen Bedürfnissen jugendlicher Klientinnen und Klienten auf allen Ebenen der Versorgung Rechnung getragen werden müsse (Prehslauer, p. M.).

Es gab im Berichtszeitraum keine drogenpolitischen Weichenstellungen in Hinblick auf neue Angebotsformen. In Wien wird aber überlegt, intravenöse Substitution anzubieten. Eine diesbezügliche Machbarkeitsstudie wurde beauftragt (vgl. APA 2010). Die juristische, politische und fachliche Diskussion des Grazer Konzepts für eine drogentherapeutische Anlaufstelle (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b und Kap. 7.2) wurde fortgeführt. Auf Bundesebene wurde seitens des BMG der Oberste Sanitätsrat aus wissenschaftlicher Sicht mit dem Konzept befasst, die Beratungen sind noch nicht abgeschlossen. Seitens der Grazer Stadtpolitik wird die Umsetzung des Konzepts derzeit nicht forciert. Der fachliche Diskurs zu Konsumräumen wurde auf der von den Grünen organisierten Enquete „Standards in der Arbeit mit Drogenkranken“ vertieft (Graz, 1. Februar 2010).

Eine aktuelle Publikation präsentiert die Analyse der Entwicklung und (politischen) Steuerung des Wiener Drogenhilfesystems (Eisenbach-Stangl et al. 2009; vgl. auch Kap. 5.2) und betont, dass im Zentrum der Wiener Drogenpolitik traditionell die soziale In-

tegration von Drogenkonsumierenden und –abhängigen steht. Die Drogenkoordination ist durch enge Verbindungen zum politischen Zentrum der Stadt Wien geprägt. Im Mittelpunkt der – auf Konsensus zielenden – Entscheidungen hinsichtlich des Drogenhilfesystems stehen drogenpolitische Überlegungen, erst in den letzten Jahren haben ergänzend auch ökonomische Überlegungen an Gewicht gewonnen.

Das international renommierte – am Anton Proksch Institut angesiedelte – Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung wurde nach 36-jähriger Tätigkeit mit Ende 2009 geschlossen. Am 20. und 21. November 2009 gab es in Wien zum Abschluss eine Fachtagung zum Thema „M(eth)odenschau der Suchtforschung. Kontroversielle Blicke auf Wahrheiten, Moden und Eintagsfliegen“. Die Forschungsaktivitäten werden ab 2010 von der neu gegründeten Abteilung *Suchtpräventionsdokumentation und Suchtpräventionsforschung* des Anton Proksch Instituts weitergeführt.

### 1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen

Es gab im Berichtszeitraum keine Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich; einen Überblick über die bestehenden bietet der SQ32. Eine Darstellung der Finanzierung drogenspezifischer Behandlungen findet sich im diesbezüglichen Schwerpunktkapitel (vgl. Kap. 12). Zu den öffentlichen Budgets können keine aussagekräftigen Angaben gemacht werden, da diese großteils nicht drogenspezifisch gegliedert sind.

## 2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

Die wichtigsten Datenquellen zum Drogenkonsum in der Bevölkerung stellen die 2004 und 2008 durchgeführten und vom BMG finanzierten Repräsentativstudien mit Fokus auf Alkohol, Tabak und Drogen dar. Die Fragebögen entsprechen im Drogen-Teil den Richtlinien der Europäischen Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht (EBDD). Für den Bereich Schülerinnen und Schüler können Daten aus den ESPAD-Surveys (ab 2003) herangezogen werden. In Wien reicht die Zeitreihe der Befragungen zum Drogenkonsum bis 1993 zurück. Daneben werden immer wieder regionale Surveys und Studien in bestimmten Settings durchgeführt. Für den Drogenkonsum in Jugendszenen können fallweise Daten der sekundärpräventiven Projekte *MDA basecamp* und *ChEck iT!* herangezogen werden.

Bei der Prävalenz des Drogenkonsums wird unterschieden zwischen der Lebenszeitprävalenz (Droge wurde irgendwann im Leben konsumiert), der Jahresprävalenz (Droge wurde im letzten Jahr konsumiert) und der Monatsprävalenz (Drogenkonsum in den letzten 30 Tagen). Für Aussagen über aktuellen Konsum von Drogen können ausschließlich die Jahres- bzw. die Monatsprävalenz herangezogen werden.

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen (Lebenszeitprävalenz) finden sich in Österreich am häufigsten bezüglich Cannabis mit Prävalenzraten von etwa dreißig bis vierzig Prozent bei jungen Erwachsenen. In den meisten Repräsentativstudien finden sich des Weiteren Konsumerfahrungen von rund zwei bis vier Prozent für „Ecstasy“, Kokain und Amphetamine und von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opiate (vgl. Tab. A1 und A2 im Anhang A). In den letzten Jahren wurde beim Probier- und Experimentierkonsum eine Verbreiterung des Substanzenspektrums festgestellt. In bestimmten Szenen und Gruppen von Jugendlichen finden sich dabei hohe Prävalenzraten für eine Reihe von unterschiedlichen Substanzen, darunter auch biogene Drogen und Schnüffelstoffe. Generell ist aber der Konsum von illegalen Substanzen bei den meisten Personen auf eine kurze Lebensphase beschränkt.

## 2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Es liegen keine neuen Daten zum Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung vor. Im Berichtszeitraum veröffentlicht wurde der Endbericht der im Jahr 2008 zum zweiten Mal im Auftrag des BMG durchgeführten Repräsentativstudie<sup>2</sup> zu Prävalenz und Mustern des Konsums von legalen wie illegalen Suchtmitteln (Uhl et al. 2009). Die zentralen Ergebnisse zur Prävalenz des Drogenkonsums (vgl. Tab. A1 im Anhang A) aus dieser Studie wurden bereits im Vorjahr präsentiert (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), ergänzend sollen im Folgenden einige Detailergebnisse aus dem Endbericht dargestellt werden.

Die Konsumerfahrungen unterscheiden sich nach Alter, Geschlecht, Wohnort und Bildung. Die jüngeren Altersgruppen weisen für fast alle Substanzen eine höhere Lebenszeitprävalenz auf als die älteren, wobei sich bei den jungen Erwachsenen (20 bis 24 Jahre) die höchsten Werte finden. So steigt beispielsweise die Lebenszeitprävalenz für Cannabis von 21 Prozent (15 bis 19 Jahre) auf 26 Prozent (20 bis 24 Jahre) und sinkt dann kontinuierlich von rund 16 Prozent (25 bis 29 Jahre sowie 30 bis 39 Jahre) auf vier Prozent (60 bis 69 Jahre).

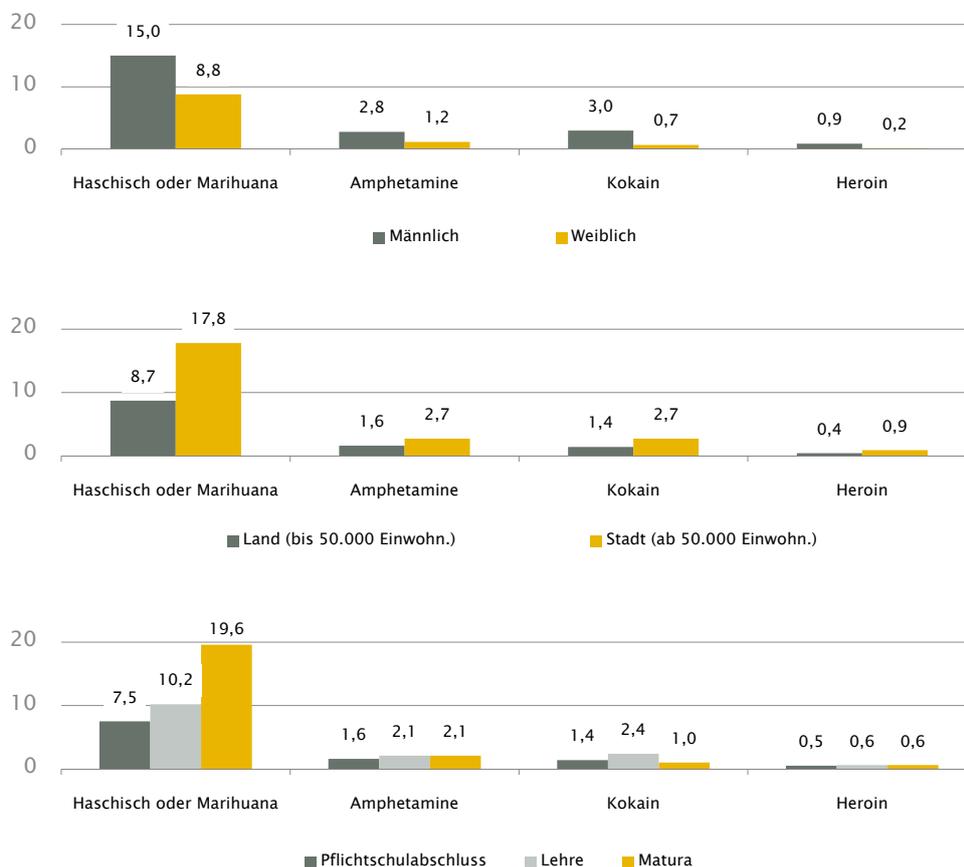
Männer berichten häufiger von Lebenszeiterfahrungen mit illegalen Substanzen als Frauen. Personen, die in Städten mit mehr als 50.000 Einwohnerinnen/Einwohnern leben (= „Stadt“), weisen höhere Prävalenzraten auf als Personen, die in kleineren Orten (= „Land“) leben. Für die meisten Substanzen steigen zudem die Prävalenzraten mit der Höhe des Bildungsabschlusses, das heißt, Personen mit Pflichtschulabschluss geben – vor allem bezüglich Cannabis – in geringerem Ausmaß Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen an als Befragte mit Lehrabschluss und Matura (vgl. Abb. 2.1).

---

2

Im Rahmen der Konsumerhebung wurden insgesamt 4.196 Personen im Alter ab 14 Jahren zu ihren Erfahrungen mit dem Konsum von legalen wie illegalen psychoaktiven Substanzen befragt; 50 Prozent der Stichprobe stammen aus der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen (Oversampling Jugendlicher bzw. junger Erwachsener). Für die Auswertungen hinsichtlich Gesamtpopulation wurde das Oversampling durch Gewichtungen ausgeglichen. Details zur Erhebungsmethode finden sich im Drogenbericht des Vorjahres (GÖG/ÖBIG 2009b) bzw. im besagten Endbericht (Uhl et al. 2009).

Abbildung 2.1:  
 Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen in der Gesamtbevölkerung,  
 bezogen auf Lebenszeit, nach Geschlecht, Wohnort und Schulbildung (in Prozent)



Quelle: Uhl et al. 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

In Bezug auf längerfristige Trends bestätigt die Studie die Angleichung der Geschlechterrollen und den sogenannten Akzelerationseffekt. Der Frauenanteil in der Gruppe der Cannabiserfahrenen ist in den jüngeren Altersgruppen höher als in den älteren – dies lässt auf eine Angleichung der geschlechtsspezifischen Konsummuster in Bezug auf Cannabis schließen. Der Vergleich unterschiedlicher Alterskohorten zeigt des Weiteren, dass der Erstkonsum von Cannabis in den jungen Altersgruppen früher stattfindet als in den älteren. Dies wird als Akzelerationseffekt bezeichnet, da der frühe Erstkonsum ein Ausdruck des – verglichen mit früheren Generationen – zeitigeren Eintretens der (körperlichen) Reife bei Jugendlichen ist, die sich in der Folge auch immer früher wie Erwachsene verhalten.

Die Konsumausstiegsrate<sup>3</sup> ist bei allen illegalen Substanzen erheblich höher als bei Alkohol (10 %) und Nikotin (38 %) und liegt – auch für Cannabis – bei rund achtzig Prozent (Ausnahmen: LSD, biogene Drogen mit jeweils rund 90 % und Kokain mit rund 60 %). Dies belegt, dass der Konsum illegaler Substanzen im Lebenslauf der meisten Personen ein zeitlich – meist auf Jugend und junges Erwachsenenalter – begrenztes, vorübergehendes Phänomen ist.

Die Studie fragte Personen mit Cannabiskonsum in den letzten zwölf Monaten auch nach Belastungen im Zusammenhang mit dem Konsum. Solche finden sich kaum: Mindestens jeweils vier Fünftel der Befragten geben zu den verschiedenen Belastungsindikatoren (Schwierigkeit, auf Konsum zu verzichten, Sorge wegen Konsum, Konsum nicht unter Kontrolle etc.) an, dass diese „beinahe nie“ zutreffen.

Bereits im letztjährigen Bericht (GÖG/ÖBIG 2009b) wurden Bedenken hinsichtlich der Aussagekraft der Daten diskutiert, da der Vergleich der Erhebungen von 2004 und 2008 einen starken und daher logisch unmöglichen Rückgang der Lebenszeitprävalenz ergibt. Im Zusammenhang mit einem durch Studien belegten (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) Trend zu stärker ablehnenden und repressiven Einstellungen in Bezug zu Drogen und Drogenpolitik wird ein Grund dafür in der erheblich gesunkenen Bereitschaft vermutet, einem/einer Interviewer/in Konsumerfahrungen mit illegalen Substanzen zuzugeben (Uhl et al. 2009). Für Herbst 2010 ist eine nationale REITOX Academy geplant, die der Diskussion der Probleme hinsichtlich der Zuverlässigkeit der Daten sowie von möglichen Lösungen dienen soll. Es ist jedenfalls eine Unterschätzung der Prävalenzraten anzunehmen. Bei aller notwendigen Vorsicht bei der Interpretation scheint zumindest die qualitative Aussagekraft der dargestellten Ergebnisse (z. B. Unterschiede nach Alter, Geschlecht) gegeben.

## 2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

Zum Drogenkonsum bei Jugendlichen gibt es ebenfalls keine neuen Daten, aber – in Ergänzung zu den bereits 2008 präsentierten Prävalenzraten (GÖG/ÖBIG 2008c; vgl.

---

3

Anteil der ehemaligen Konsumentinnen und Konsumenten unter allen Personen mit Konsumerfahrungen

Tab. A2 im Anhang A) – einige detailliertere Ergebnisse aus dem im Berichtszeitraum veröffentlichten Endbericht der ESPAD-Studie<sup>4</sup> 2007 (vgl. Strizek et al. 2008).

Auch bei den Jugendlichen finden sich Unterschiede nach Geschlecht und Region. Männliche Jugendliche weisen höhere Konsumraten auf als Mädchen – wobei Buben auch bei der zu Kontrollzwecken erhobenen fiktiven Droge Relevin deutlich häufiger Konsumerfahrungen angeben. Für fast alle illegalen Substanzen finden sich die höchsten Prävalenzraten in Westösterreich, gefolgt von Wien, und die niedrigsten in Ostösterreich ohne Wien. Die Unterschiede nach Schultyp ergeben kein klares Bild.

Etwas differenzierter wurde der Konsum von Cannabis analysiert, wo auch regelmäßiger Konsum (= mehr als sechsmal in den letzten 30 Tagen) erhoben wurde. Letzterer wurde von insgesamt zwei Prozent der Befragten angegeben und kommt bei unter 14-Jährigen nahezu nicht vor. Die Konsumraten werden einmal mehr nach Geschlecht, Alter und Region differenziert (vgl. Abb. 2.2), wobei bei Cannabis Wien und Westösterreich gleichauf liegen.

In Ergänzung zur schriftlichen Befragung wurde eine Validierungsstudie anhand von hundert qualitativen Interviews mit zufällig ausgewählten Jugendlichen nach dem Ausfüllen des Fragebogens durchgeführt (vgl. Schmutterer et al. 2009). Es zeigte sich, dass viele der in der Erhebung verwendeten Begriffe unklar, zu vage und teilweise für die Jugendlichen unverständlich sind. Durch die Länge des Fragebogens, die zum Teil sehr komplexen Fragen und teilweise nicht passende Antwortkategorien sinkt die – anfänglich vorhandene – Motivation im Verlauf des Ausfüllens, die Konzentration nimmt ab, und die Genauigkeit der Beantwortung lässt nach. Die Studie empfiehlt daher, den Fragebogen zu optimieren, was auch eine kritische Revision der verwendeten Begriffe einschließen sollte.

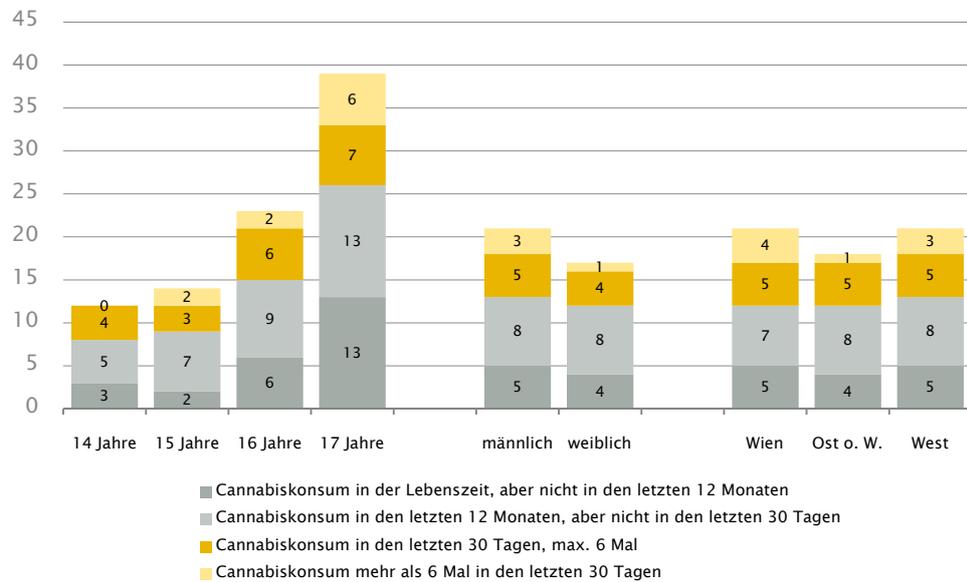
---

4

Österreich war 2007 zum zweiten Mal an der ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) beteiligt. Es wurden dabei in insgesamt 277 Schulklassen 5.959 Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe mit Fragebögen zu ihren Konsumerfahrungen befragt. Die österreichische ESPAD-Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend finanziert.

Abbildung 2.2:

Konsumerfahrungen mit Cannabis bei Schülerinnen und Schülern, bezogen auf Lebenszeit, letzte 12 Monate, letzte 30 Tage und regelmäßigen Konsum nach Alter, Geschlecht und Region (in Prozent)



Quelle: Strizek et al. 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## 2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Es liegen keine neuen Daten zum Drogenkonsum in spezifischen Gruppen vor. Seitens von *ChEck iT!* (vgl. Kap. 10.3) wurde eine Online-Befragung durchgeführt, deren Ergebnisse aber noch nicht publiziert sind.

## 3 Suchtprävention

Entsprechend der EBDD-Klassifikation der Suchtprävention, die auch zunehmend in Österreich verwendet wird, ist dieses Kapitel in universelle, selektive und indizierte Prävention<sup>5</sup> gegliedert (auch wenn von österreichischen Fachleuten zum Teil die Einteilung in Primär- und Sekundärprävention<sup>6</sup> bevorzugt wird, da diese Klassifizierung als weniger stigmatisierend empfunden wird). Die Umsetzung von präventiven Maßnahmen erfolgt in Österreich im Einklang mit dem fachlichen Konsens zum Großteil auf lokaler bzw. regionaler Ebene, wobei die auf Länderebene angesiedelten Fachstellen für Suchtprävention (vgl. Abb. 1.1) eine zentrale Rolle einnehmen. Grundsätzlich wird ein hohes Maß an Langfristigkeit und Nachhaltigkeit der Präventionsmaßnahmen angestrebt, was in erster Linie durch Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren erreicht werden soll. Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte. In den letzten Jahren nehmen spezifische Interventionen hinsichtlich legaler Substanzen (Alkohol und Nikotin) sowie substanzungebundener Süchte (z. B. pathologisches Glücksspiel) immer mehr Raum ein. Der Fokus dieses Berichtes liegt jedoch auf unspezifischen Maßnahmen bzw. auf solchen, die speziell auf illegale Substanzen ausgerichtet sind.

Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt und weiter-

---

5

Universelle Prävention wendet sich an große Gruppen der Bevölkerung (z. B. Schulgemeinschaft, Gemeinde), die unabhängig von der individuellen Situation dieselbe Wahrscheinlichkeit der Entwicklung eines Substanzkonsums aufweisen.

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

Indizierte Prävention soll einzelne Personen erreichen, die bereits frühe Zeichen eines Substanzkonsums bzw. eines mit Drogenkonsum assoziierten problematischen Verhaltens aufweisen und noch nicht die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllen, aber einem besonders hohen Risiko der Entwicklung eines Suchtverhaltens unterliegen. Voraussetzung ist, dass für diese Personen von medizinischem Fachpersonal bereits eine Diagnose für psychiatrische, soziale oder Verhaltensauffälligkeiten – die erwiesenermaßen einen Risikofaktor für die Entwicklung eines Suchtverhaltens darstellen, z. B. Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom (ADHS) – gestellt wurde.

6

Primärprävention will das Entstehen einer Erkrankung verhindern, in diesem Fall einer Suchterkrankung, bevor ein Drogenkonsum bzw. –problem vorliegt. Sekundärprävention wendet sich an Personen mit Drogenkonsum, bei denen bereits Probleme vorliegen, aber noch nicht voll ausgebildet sind.

entwickelt werden (vgl. Tab. A30 bis A33 im Anhang A). Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters von Fachstellen, des Unterrichtsressorts und des Fonds Gesundes Österreich (GÖG/FGÖ) sowie weiterer relevanter Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten zur Drogensituation und im „Best practice portal“ der EBDD (siehe Quellenverzeichnis). Zusätzlich werden laufend neue Konzepte und Ansätze entwickelt, um die Qualität der Präventionsarbeit zu optimieren und auf die spezifischen Bedürfnisse der verschiedenen Zielgruppen bzw. auf die unterschiedlichen Settings besser eingehen zu können. Aus der Fülle an Aktivitäten auf regionaler Ebene können in diesem Bericht jedoch nur ausgewählte Beispiele beschrieben werden.

Wichtige Aufgaben der Fachstellen sind auch Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute.

### 3.1 Universelle Suchtprävention

Einen Überblick über österreichische Aktivitäten zur universellen Prävention und deren Rahmenbedingungen gibt der SQ25. Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**, wobei Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung<sup>7</sup> gesetzlich verankert ist. Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden laufend Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen, Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie konkrete Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten für alle Beteiligten angeboten. Ziele sind im Wesentlichen eine Sensibilisierung und gesundheitsförderliche Ausrichtung des gesamten Systems sowie eine Stärkung der Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen ist häufig auch die Auseinandersetzung mit Konsumgewohnheiten das Ziel.

Im Berichtszeitraum wurde vom BMUKK eine neue Strategie entwickelt, die vor dem Hintergrund der UN-Dekade *Bildung für nachhaltige Entwicklung (2005–2014)* Um-

---

7

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, d. h. zu einem umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefinden, zu befähigen.

welt- und Gesundheitsbildung miteinander verbindet (BMUKK 2010). Zwischen den bereits seit längerem bestehenden Bereichen *Ökologisierung von Schulen – Bildung für Nachhaltigkeit* sowie *Gesunde Schule* bzw. *Gesundheitsförderung in Schulen* gibt es einige inhaltliche Überschneidungen, z. B. die Themen Ernährung und Bewegung bzw. Mobilität, aber auch ähnliche Ansätze, z. B. die Arbeit am Schulklima und mit dem Schulumfeld<sup>8</sup>. Durch die Verbindung beider Bereiche sollen fächerübergreifende Projekte initiiert und unterstützt sowie Synergien, z. B. in der Aus- und Weiterbildung von Lehrkräften und Schulleiterinnen und -leitern, genutzt werden.

In der Steiermark sollen durch Unterstützung bei Planung und Umsetzung von entsprechenden Projekten im Rahmen des Programms *PROBE – Projektbegleitende Suchtprävention* von VIVID suchtpreventive Maßnahmen in Schulen gefördert werden (VIVID 2010). Die Projekte müssen mindestens eine Woche dauern, wobei verschiedene Module zur Verfügung stehen (u. a. Grundlagen der Sucht und Suchtprävention). Ein Themenbereich wird von VIVID-Mitarbeiterinnen und -Mitarbeitern mit den Schülerinnen und Schülern während eines Workshops erarbeitet.

Der Einsatz der Theaterpädagogik bleibt ein fixer Bestandteil in NÖ, wo von der Fachstelle und dem Team Sieberer für die Volksschule wieder ein neues Theaterstück mit dem Titel *Herr Anders* entwickelt und im Februar 2010 präsentiert wurde (Hörhan, p. M.). Der Fokus des Stücks liegt auf den Themen Konsumwahn, Konfliktbewältigung, Schulklima, Freizeitgestaltung und Freundschaft. Kombiniert mit der Aufführung werden wie bisher ein verpflichtender Elternabend und eine optionale pädagogische Konferenz für die Lehrkräfte angeboten.

Der Trend zur Kombination von Sucht- und Gewaltprävention (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c) setzt sich fort. Vom Institut Suchtprävention (OÖ) wurde ein Leitfaden für erfolgreiche Sucht- und Gewaltprävention formuliert und die Zusammenarbeit von Suchtprävention und Polizei durch eine *Plattform für Gewaltprävention* ergänzt (Institut Suchtprävention 2009). Diese bindet zusätzlich Kinder- und Jugendanwaltschaft (Kija) sowie den schulpsychologischen Dienst ein. Ziel ist die inhaltliche Abstimmung der jeweiligen Angebote zur Förderung der Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern. Im Burgenland wurde das Projekt *Los – check dein Leben* entwickelt, das Sucht- und Gewaltprävention kombiniert und von der Fachstelle seit Herbst 2009 in Kooperation mit Polizei, Kija und Landesschulrat angeboten wird (Hausleitner 2010). Es wird in fünf Modulen zu je drei Unterrichtseinheiten innerhalb eines Halbjahres umgesetzt.

---

8

Mehr Informationen siehe [www.dekadenschulnetzwerke.at](http://www.dekadenschulnetzwerke.at) (27.5.2010)

Da von verschiedenen Seiten festgestellt wurde, dass Kinder und Jugendliche mit höherem Risiko einer Suchtentwicklung häufiger in Haupt-, Mittel- und polytechnischen Schulen als in weiterführenden Schulen anzutreffen sind, werden vermehrt Programme für diese Schultypen angeboten. Zusätzlich werden Angebote nachgefragt, die auf die spezifischen Bedürfnisse von einzelnen Schulen abgestimmt werden. In Wien z. B. erfolgte dies im Jahr 2009 auf Basis des Programms *Think about it* des Verein Dialog, wodurch diese Schultypen verstärkt angesprochen werden konnten (Dialog 2010b). Auch berufsbildende Schulen zeigten verstärkt Interesse an Suchtprävention. Ein neues Projekt wurde speziell für Berufsschulen entwickelt und kombiniert folgende Ansätze miteinander: Lebenskompetenzen fördern, mit Suchtmittel-Umgang auseinandersetzen und Risikokompetenz unterstützen.

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** laufen die bestehenden Aktivitäten wie Fortbildungsmaßnahmen, Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabende weiter. Erste Erfahrungen mit dem Salzburger Projekt *FamilienBande* bestätigen das Konzept (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b): Über das Thema Pubertät können viele Eltern angesprochen und motiviert werden, die verschiedenen Angebote anzunehmen (Rögl, p. M.). Von SUPRO wurde in Kooperation mit dem Katholischen Bildungswerk das Projekt *eltern.chat* gestartet (Stiftung Maria Ebene 2010), das wie das Salzburger Projekt mit moderierten Gesprächsrunden im privaten Kontext arbeitet. Ein kurzer Input zu Themen aus dem Familienalltag regt die Diskussion über eigene Erfahrungen an. Ziel ist im Wesentlichen Empowerment und Selbsthilfe. An Eltern wendet sich auch die neue Broschüre *Über Cannabis reden. Was Eltern wissen sollten*, die von der ARGE Suchtvorbeugung als ein weiterer Teil einer Serie entwickelt wurde. Sie bietet einen Überblick über das Thema mit konkreten Rechtsinformationen und einem Handlungsleitfaden zum Umgang mit konsumierenden Jugendlichen (kontakt+co 2009).

Von der ARGE Suchtvorbeugung, speziell den Fachstellen VIVID und SUPRO, wurde unter dem Namen *Präventino* ein dreijähriges Modellprojekt für Suchtprävention in Kindergärten entwickelt (VIVID 2010), die Finanzierung der Umsetzung ist jedoch derzeit nicht gesichert.

In der Steiermark konnte eine neue Zielgruppe angesprochen werden, indem für den Verein Tagesmütter drei Workshops abgehalten wurden (VIVID 2010). Dabei wurden Informationen über die Zusammenhänge zwischen Bindung und psychosozialer Entwicklung sowie über ausweichendes Verhalten und Sucht in der Familie vermittelt.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen großteils darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Sensibilisierung und Handlungsanleitungen sind Schwerpunkte dieser Maßnahmen. Aber auch das Verhindern einer Suchtentwicklung bei bzw. der Umgang mit suchtgefährdeten Erwachsenen im Arbeitsalltag ist Ziel mancher Interventionen, wobei hier das Thema Alkohol im Vordergrund steht. In der Steiermark wurde zur Förderung der Suchtprävention in der Lehre die

neue Broschüre *Auf Zack!* erstellt, die sich an Lehrlingsausbilder/-innen wendet (VIVID 2010). Zusätzlich wurde ein spezielles Angebotspaket für Betriebe entwickelt, das sowohl ein Seminar für Lehrlingsausbilder/-innen als auch einen Workshop für Lehrlinge beinhaltet. Im Rahmen des Tiroler Projekts *PIB – Prävention in Betrieben* wurde auf Wunsch von Lehrlingsausbilderinnen und -bildern für fünf verschiedene Szenarien (z. B. „Arbeitsbeeinträchtigung durch exzessiven Substanzkonsum in der Freizeit“ und „Verdacht auf Drogenkonsum“) Handlungsleitlinien erstellt (kontakt+co 2009). Seit Anfang 2010 können ein Kompaktseminar für Lehrlinge, eines für Lehrlinge und Lehrlingsausbilder/-innen sowie ein theaterpädagogischer Workshop gebucht werden.

Hinsichtlich der **außerschulischen Jugendarbeit** lag der Schwerpunkt der Aktivitäten in Salzburg im Jahr 2009 auf *AngeRAUSCHt*. Dieser Workshop wird auch als Modul des Projektes *Zeast üben, donn losdüsen!* angeboten (Akzente Fachstelle Suchtprävention 2010). Diese Kombination mit anderen Modulen wie dem Fahrsicherheitstraining macht das Projekt für Jugendliche sehr attraktiv. In der Steiermark wurden die Aktivitäten in diesem Bereich auf den Landesverband der steirischen Pfadfinderinnen und Pfadfinder sowie auf die steirischen Bezirksjugendmanagerinnen und -manager ausgedehnt (VIVID 2010).

Der Trend zu **gemeindeorientierter Suchtprävention** hält nach wie vor an. Neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung ist die Entwicklung und Umsetzung von konkreten, an der spezifischen regionalen Situation orientierten Maßnahmen Ziel der Aktivitäten. Wichtig ist die Initiative aus einer Gemeinde heraus und die Adaptierung an die jeweiligen Bedürfnisse. In Salzburg-Stadt hat das *PräventionsFrühstück* (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) so großen Anklang gefunden, dass dieses Konzept inzwischen auch von einzelnen Regionen angefragt und z. B. in modifizierter Form als *AfterNetwork* umgesetzt wurde (Rögl, p. M.). Aber auch die regionalen Steuergremien konnten erste Erfolge erzielen. So ist es in zwei Bezirken gelungen, gemeinsam mit Schulen und mit Hilfe der Methode Forumtheater Impulsveranstaltungen zum Thema *Cannabis – harmlos oder höllisch?* vorzubereiten und durchzuführen. In der Folge wurden Arbeitsgruppen zum Thema installiert und im Frühling 2010 ein eintägiger Workshop für die Jugendarbeit abgehalten. Die Diskussionen zur Neustrukturierung der regionalen Suchtprävention ergaben folgende Aufgabenaufteilung: Auf Landesebene sollen längerfristige thematische Schwerpunkte erarbeitet werden, die dann auf regionaler Ebene gemeinsam mit Projektangeboten präsentiert werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2010). Die Organisation der dazu notwendigen Informationsveranstaltungen und die Begleitung der Projekte bei der Umsetzung übernehmen die regionalen Steuergruppen.

Vom Institut Suchtprävention in OÖ wird an einer Adaptierung des CTC-Konzepts (Communities That Care) für die Anwendung in OÖ gearbeitet (Institut Suchtprävention 2010). Dieses Konzept kommt aus dem angelsächsischen Raum und zielt darauf ab, mit Hilfe eines evidenzbasierten Präventionssystems die Entwicklung von Sucht, Gewalt und Aggression in Gemeinden zu reduzieren. Gleichzeitig läuft die Umsetzung ge-

meindeorientierter Suchtpräventionsprojekte in OÖ weiterhin unter dem Titel *Wir setzen Zeichen* ab (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b). Die Nachhaltigkeit dieser Projekte wird u. a. dadurch gesichert, dass in den Jahren 2010 und 2011 die *Gesunden Gemeinden*<sup>9</sup> in OÖ das Thema Suchtprävention ebenfalls in den Vordergrund stellen (Institut Suchtprävention 2009).

Eine Kooperation mit einem gesundheitsfördernden Gemeindeprojekt (*StaGes – Stadtteil Gesundheit in Liebenau* des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau) wurde auch von VIVID in Graz vereinbart (VIVID 2010). Dies bietet die Möglichkeit, bei Gesundheitsveranstaltungen an öffentlichen Orten Zielgruppen mit erhöhtem Risiko leicht zu erreichen.

**Weitere Aktivitäten** im Berichtszeitraum waren z. B. die Entwicklung neuer Infolyer für Jugendliche, die in ihrer Gestaltung auf die Unterschiede zwischen Mädchen und Burschen eingehen, um sie dadurch gezielter zu erreichen (kontakt+co 2009). Die Fachhochschule St. Pölten bietet seit Herbst 2009 wieder drei Lehrgänge zu Suchtberatung und Prävention an, die in unterschiedlichem Umfang und mit verschiedenen Abschlüssen die Auseinandersetzung mit Praxis und Theorie ermöglichen. Fortbildungsveranstaltungen im Berichtszeitraum waren z. B. die Tagung der ARGE Suchtvorbeugung zum Thema *Brennpunkt: Virtuelle Welten und Suchtprävention* im Herbst 2009 in Wien, die Tagung *Kommunale Suchtprävention* des Instituts Suchtprävention im Mai 2010 in Linz (OÖ) oder die Trinationale Tagung *Umgang mit Vielfalt – Ist die Prävention überfordert?* im Herbst 2009 in Vorarlberg.

## 3.2 Selektive Suchtprävention

Einen Überblick über Maßnahmen der selektiven Prävention und deren Rahmenbedingungen bietet der SQ26. Grundsätzlich gibt es in Österreich Bestrebungen, die Aktivitäten zur selektiven Suchtprävention auszubauen. Dazu liegen bereits einige Ideen und Konzepte vor, deren Umsetzung wird jedoch erst in den kommenden Jahren erfolgen (u. a. aufgrund fehlender Ressourcen). Eine neue Zielgruppe stellen zum Beispiel **Jugendliche in AMS-Maßnahmen** dar. Bei dieser Zielgruppe besteht häufig eine Kombination von soziokulturellen Belastungsfaktoren mit einer mangelhaften Ausbildung, wodurch das Risiko für späteres Missbrauchs- oder Suchtverhalten höher ist als bei Gleichaltrigen, die sich noch im Schulsystem befinden (Gollner, p. M.). Daher werden in

---

9

Mehr Informationen siehe <http://gesundesleben.at/lebensraum/gemeinde/gesunde-gemeinde> (23.6.2010)

einem ersten Schritt in Tirol Informationsveranstaltungen zum Thema Sucht und Prävention und Seminare zur Methode *Motivational Interviewing* für AMS-Berater/innen und -Trainer/innen angeboten. Weitere Maßnahmen, die sich direkt an die Jugendlichen wenden, sind geplant.

Auf europäischer Ebene ist das Projekt *ENCARE* im Juli 2010 ausgelaufen, die Fachstellen haben jedoch in den letzten Jahren das Thema **Kinder aus suchbelasteten Familien** aufgenommen und entsprechende Aktivitäten in ihre Angebotspalette integriert. Aktivitäten für diese Zielgruppe werden daher auch zukünftig zu finden sein. Im Berichtszeitraum wurde in NÖ im Herbst 2009 eine Fachtagung zu diesem Thema veranstaltet (ENCARE 2009). In der Steiermark konnten als neue Zielgruppe für die ENCARE-Seminarreihe Frühförderinnen gewonnen werden (VIVID 2010). Ein spezieller Fokus war die Problematik, Eltern bei Verdacht auf Suchtbelastungen richtig anzusprechen. In Tirol werden im Rahmen des INTERREG-Projekts<sup>10</sup> *Kinderleicht – Zukunft. Von Anfang an* aufsuchende Einzelbetreuungen angeboten (ENCARE 2010). Kindern suchtkranker Eltern soll auf altersgerechte Weise Beratung und Information gegeben werden, damit sie die Familiensituation verstehen und besser einschätzen können<sup>11</sup>. Ein umfangreiches Fortbildungsangebot für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sowie ein Gruppenangebot für betroffene Kinder sind geplant. In Salzburg wurde am Aufbau eines regionalen Netzwerkes gearbeitet (Akzente Fachstelle Suchtprävention 2010). Als besonders wichtig für ein tragfähiges Netzwerk werden klare Auftragserteilung und schrittweise Vorgehensweise unter Einbindung aller Beteiligten gesehen. In der ersten Phase wurden bzw. werden Fortbildungsangebote für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus Betreuungs- und pädagogischen Einrichtungen erarbeitet und angeboten. Zusätzlich soll eine Leitlinie für die Kooperation zwischen Jugendwohlfahrt und Suchthilfeeinrichtungen erstellt werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2010). Seit 2009 wird in der Drogenberatung des Landes Steiermark eine Kindergruppe für diese Zielgruppe angeboten, die Hilfe und Unterstützung auf spielerische Art und Weise leisten kann (Drogenberatung des Landes Steiermark 2010). Neben Freizeitaktivitäten werden auch intensive Gespräche über die familiäre Situation geführt. Die Gruppe ermöglicht es den betroffenen Kindern zu entdecken, dass sie mit dieser Situation nicht allein sind.

---

10

Die Gemeinschaftsinitiative INTERREG des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) fördert die verstärkte Zusammenarbeit zwischen den Regionen der Europäischen Union.

11

<http://www.caritas-tirol.at/hilfe-einrichtungen/familien-und-kinder/kinder-aus-risikofamilien/> (9. 8. 2010)

Weitere zielgruppenspezifische Suchtvorbeugung findet sich vor allem im **Freizeitbereich**, mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie von Alternativen zum Substanzkonsum. Ein relevantes Setting dafür ist die Club- und Partyszene. In Vorarlberg konnte die *KOJE* unter dem Namen *taktisch klug* eine eigene Eventbegleitung aufbauen, durch die Veranstalter/innen bei der Organisation von Events unterstützt werden und Partybesucherinnen und -besuchern Beratung vor Ort geboten wird (Neubacher, p. M.). Die Eventbegleitung wird von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus Suchtberatung und Jugendarbeit aus allen Bezirken gemeinsam durchgeführt, um auch längerfristige Beratungen zu ermöglichen. Die dazugehörige Website<sup>12</sup> informiert über das Angebot, bietet Safer-Use-Regeln und objektive Informationen zu Substanzen sowie aktuelle Warnungen von *ChEck iT!* und *Saferparty*.

Auch Fortbildungsveranstaltungen für Mitarbeiter/innen der außerschulischen Jugendarbeit werden nach wie vor durchgeführt. Die jährliche Jugendfachtagung des Instituts Suchtprävention (OÖ) setzte sich im Jahr 2010 mit dem Thema Drogenmündigkeit auseinander (Institut Suchtprävention 2010). Dabei wurden verschiedenste Projekte vorgestellt, die zum Teil auf bereits konsumierende Jugendliche ausgerichtet waren. *Movin*-Seminare zum Erlernen der Technik des Motivational Interviewing gibt es seit Herbst 2009 auch in Vorarlberg (SUPRO 2010). In Salzburg wurde *Movin* um ein eigenständiges drittes Seminar für besonders Interessierte ergänzt (Rögl, p. M.).

Dass **Migration** mit einem höheren Risiko der Entwicklung einer Suchterkrankung verbunden sein kann, ist hinlänglich bekannt und wird z. B. von Penka (2004) beschrieben. Dennoch ist zu beachten, dass im Sinne der selektiven Prävention vor allem jene Gruppen an Migrantinnen und Migranten als Zielgruppe gesehen werden, die aufgrund ihrer derzeitigen Lebensumstände und sozialer Faktoren vulnerabler sind und im Rahmen von universeller Suchtprävention nicht ausreichend erreicht werden. Im Jahr 2009 wurden in Wien erste konkrete Schritte auf Basis der Arbeitsgruppe *SUPMIG* umgesetzt (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b): Die Auseinandersetzung mit dem Thema Migration wurde in eine Veranstaltung für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren integriert und ausgebaut (Dialog 2010b). Gleichzeitig wurde versucht, mit Hilfe einer Informationsveranstaltung Kontakt mit entsprechenden Communities aufzubauen, wobei der Schwerpunkt auf türkischsprachigen Eltern und Multiplikatorinnen bzw. Multiplikatoren lag. Ein Zwischenbericht zum Vorarlberger Projekt *Anababa* zeigt, dass mit diesem Konzept erfolgreich Eltern mit türkischen Wurzeln erreicht und aktiviert werden können (Prenn,

---

12

Mehr Informationen siehe [www.taktischklug.at](http://www.taktischklug.at) (14.6.2010)

p. M.). Im Rahmen der Workshops ist es möglich, über heikle Themen zu diskutieren, die eigene Verantwortung bewusstmachen, Vorbehalte gegenüber der Suchtprävention abzubauen und die Bereitschaft, bei Bedarf das Suchthilfesystem in Anspruch zu nehmen, zu fördern. Die Workshops werden sehr positiv bewertet und weiterempfohlen. In OÖ legte die jährliche Herbst-Tagung des Programms *Prägend*, in dessen Rahmen die Zusammenarbeit von Suchtprävention und Polizei läuft, im Jahr 2009 den Fokus auf das Thema *Migration – Schule – Prävention* (Institut Suchtprävention 2009).

### 3.3 Indizierte Suchtprävention

Indizierte Prävention entsprechend der EBDD-Definition (vgl. Kap. 3) wird in Österreich bisher kaum umgesetzt. Maßnahmen für spezifische Zielgruppen basieren großteils auf sozialen Faktoren im Sinne einer selektiven Prävention. Maßnahmen, die aufgrund des Verhaltens Einzelner gesetzt werden, basieren üblicherweise nicht auf einer zusätzlichen medizinischen Diagnose (vgl. EBDD-Definition), sondern ausschließlich auf Risiko- bzw. Suchtverhalten und damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten. Im Rahmen einer nationalen REITOX Academy zu selektiver und indizierter Suchtprävention, die im Dezember 2009 an der GÖG stattgefunden hat, wurden die Grundlagen und die Abgrenzung von selektiver und indizierter Suchtprävention mit der ARGE Suchtprävention sowie weiteren Fachleuten diskutiert. Dabei wurde festgestellt, dass Maßnahmen zur Früherkennung und -intervention, die aufgrund von Substanzkonsum (der noch keine Abhängigkeitsmerkmale aufweist) gesetzt werden, als ein Teilbereich der indizierten Suchtprävention definiert werden können.

In Vorarlberg ergab eine Evaluation des Programms *VIVA* (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), dass dessen Umsetzung nach den von der Universität Freiburg vorgegebenen Kriterien nur schwer möglich ist (SUPRO 2010). Auch wurden die mit den Eingangs- und Ausgangstests verbundenen Kosten als zu hoch angesehen. Daher wurde von der SUPRO mit *CHOICE* ein eigenes Programm zur Früherkennung und -intervention entwickelt und im Jahr 2009 getestet. Ziel dieses Programms ist – wie bereits bei *VIVA* – die Förderung der Fähigkeit, eigene Gefühlswelten wahrzunehmen und zu regulieren, was mit geeigneten Methoden gelingen kann. Insgesamt soll die Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit der Jugendlichen angeregt und das Selbstvertrauen gestärkt werden.

Ein neues Projekt zur Frühintervention ist das Kärntner Pilotprojekt *Grenzwert*, das von der Landesstelle Suchtprävention und dem Verein Neustart gemeinsam mit den Abteilungen für Neurologie und Psychiatrie des Kinder- und Jugendalters bzw. für Kinder- und Jugendheilkunde (beide LKH Klagenfurt) entwickelt wurde. Zielgruppe sind 12- bis 17-Jährige, die aufgrund eines riskanten Alkoholkonsums ins Krankenhaus eingeliefert werden. Ziel des Projektes ist im Wesentlichen die Reflexion und Reduktion des eigenen Alkoholkonsums (Drobesch, p. M.). Weitere Inhalte sind eine rasche Unterstützung

für Eltern, ein erlebnispädagogisches Angebot sowie bei Bedarf weitere Unterstützung. Die Umsetzung erfolgt in sechs Einheiten Einzelbetreuung innerhalb von zwei bis drei Monaten und drei Gruppentreffen zu je drei Stunden<sup>13</sup>.

### 3.4 Nationale und lokale Medienkampagnen

In Österreich werden aufgrund eines Konsenses mit den entsprechenden Fachleuten keine Medienkampagnen zu illegalen Substanzen durchgeführt. Es gibt Medienkampagnen lediglich im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit einzelner gemeindeorientierter Projekte bzw. als Bewusstseinskampagnen zu legalen Substanzen wie zuletzt die bundesweite Nichtraucherkampagne des BMG. Eine Medienkampagne für eine rauchfreie Kindheit wurde in der Steiermark durchgeführt (VIVID 2010).

---

13

[www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at](http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at) (23. 6. 2010); Beschreibung unter: Aktuelle Projekte -> Grenzwert

## 4 Problematischer Drogenkonsum

Die derzeit gültige Definition von problematischem Drogenkonsum der EBDD lautet „injizierender Konsum oder länger dauernder bzw. regelmäßiger Konsum von Opioiden, Kokain und/oder Amphetaminen“<sup>14</sup>. Derzeit wird jedoch auf europäischer Ebene eine Erweiterung dieser Definition (z. B. um den problematischen Cannabiskonsum) diskutiert. Die Definition des problematischen Drogenkonsums in Österreich deckt sich weitgehend mit jener der EBDD. Betont wird jedoch, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Als problematisch wird Drogenkonsum dann bezeichnet, wenn dieser mit körperlichen, psychischen und/oder sozialen Problemen einhergeht. Ausschließlich rechtliche Probleme reichen nicht aus, um Drogenkonsum als problematisch zu bezeichnen (vgl. z. B. GÖG/ÖBIG 2008d).

Seit 1993 werden in Österreich Prävalenzschätzungen von problematischem Drogenkonsum mittels des Capture-Recapture-Verfahrens (CRC) durchgeführt (vgl. Uhl und Seidler 2001). Als Datenbasis werden Anzeigen im Zusammenhang mit Opiaten (vgl. Kap. 9.1), das Substitutionsregister (vgl. Kap. 5.4) und die suchtgiftbezogenen Todesfälle (vgl. Kap. 6.3) herangezogen. Für die Interpretation der Ergebnisse wichtige Zusatzinformationen stammen aus der einheitlichen Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI; vgl. Kap. 5.3).

Traditionell spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, in Österreich eine zentrale Rolle. Eine wichtige Erkenntnis der letzten Jahre ist, dass bei jungen Opiatkonsumierenden die nasale Applikation überwiegt und ein Umstieg auf den i. v. Konsum in vielen Fällen erst im Lauf der Drogenkarriere geschieht (Busch und Eggerth in Vorbereitung). Neben der Gruppe von Personen mit Leitdroge Opiate existiert im Behandlungsbereich die weitere zahlenmäßig relevante Gruppe der Personen mit Leitdroge Cannabis. Ein großer Teil dieser Gruppe befindet sich jedoch aufgrund einer Auflage in Betreuung (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b).

Aktuelle Schätzungen machen eine Prävalenzrate von 25.000 bis maximal 37.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel (vgl. ST7). Somit wären vier

---

14  
[www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu](http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/pdu) (15. 7. 2010)

bis sieben Personen pro 1.000 Österreicherinnen und Österreicher in der Altersgruppe 15 bis 64 Jahre von dieser Problematik betroffen.

Allerdings sind Prävalenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum aufgrund ihrer Komplexität mit einer Reihe von methodischen Problemen verbunden, die die Aussagekraft stark einschränken. Die Ergebnisse stellen daher immer nur grobe Annäherungen dar und müssen vorsichtig interpretiert werden. Im Vergleich zu den illegalen Drogen wird die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit in Österreich auf fünf Prozent der Bevölkerung ab 15 Jahre geschätzt (Uhl et al. 2009). Demnach sind in Österreich insgesamt 350.000 Personen als Alkoholiker/innen zu bezeichnen.

## 4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz des problematischen Konsums liegen in Österreich nur für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Seitens der GÖG/ÖBIG wurden die bisher bis zum Jahr 2007 vorliegenden Schätzungen (GÖG/ÖBIG 2010b) für die Jahre 2008 und 2009 aktualisiert (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Für das Capture-Recapture-Verfahren, auf dem die Prävalenzschätzung beruht, wurden Daten zu Substitutionsbehandlungen und opiatbezogenen Anzeigen herangezogen. Ein wesentliches Problem hinsichtlich der Datenqualität der Substitutionsdaten stellt die „Ghost Case“-Problematik dar<sup>15</sup>.

Zur Korrektur des dadurch verursachten Bias in Richtung Überschätzung der Prävalenz wurde basierend auf den Daten des Jahres 2004 eine Korrekturformel entwickelt (GÖG/ÖBIG 2010b). Abb. 4.1 zeigt die Zeitreihe der Prävalenzschätzungen mit und ohne „Ghost Case“-Korrektur. Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass der für 2004 errechnete Korrekturfaktor aufgrund von Korrekturmaßnahmen im Substitutionsregister (vgl. Kap. 5.4) die Anzahl der „ghost cases“ vermutlich überschätzt und damit zu einer Unterschätzung der Prävalenz führt. Aus diesem Grund kann für die aktuelle Prävalenz des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten im Jahr 2009 nur das sehr große Intervall von 25.000 bis 37.000 Personen angegeben werden (Prävalenzschätzung mit „Ghost Case“-Korrektur für 2009: 25.777, 95%-Konfidenzintervall: 24.867–26.687; Prävalenzschätzung ohne „Ghost Case“-Korrektur für 2009: 35.252, 95%-Konfidenzintervall: 33.976–36.529). In Zusammen-

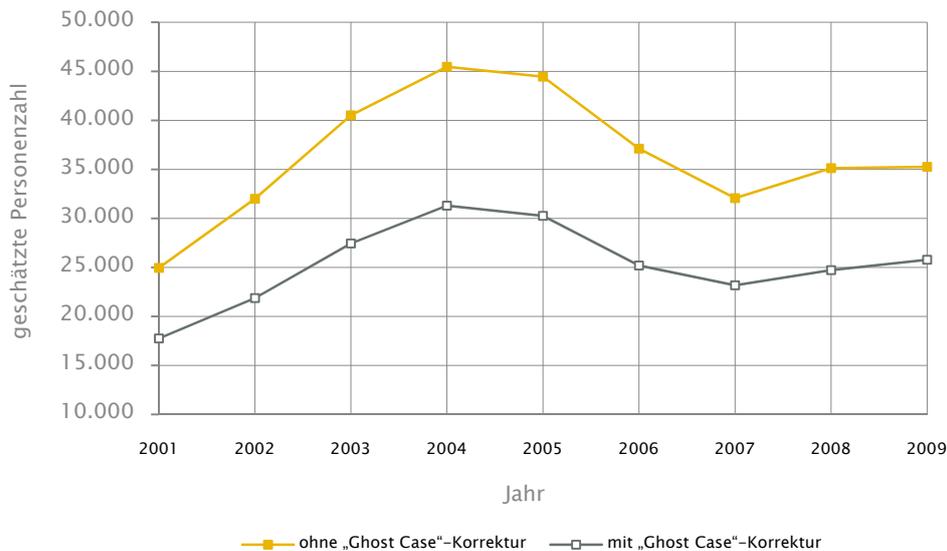
---

15

Bei Fehlen des Betreuungsendes geht die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich (= „Ghost Case“) in die Statistik ein.

schau mit anderen Datenquellen kann davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz des problematischen Drogenkonsums nach einem Anstieg bis 2004 wieder gesunken ist und in den letzten Jahren stabil bleibt (Details dazu siehe GÖG/ÖBIG 2008c und GÖG/ÖBIG 2010b). Die Ergebnisse der 2-Sample-CRC-Schätzungen konnten für das Jahr 2007 mittels der 3-Sample-CRC-Schätzung unter Einbezug der suchtgiftbezogenen Todesfälle großteils verifiziert werden (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

Abbildung 4.1:  
2-Sample-CRC-Schätzungen mit und ohne „Ghost Case“-Korrektur, 2001 bis 2009



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Die Zeitreihe der altersstratifizierten Prävalenzschätzungen (vgl. Abb. 4.2) zeigt, dass sich sowohl Anstieg als auch Rückgang der Prävalenz zuerst in der Gruppe der 15- bis 24-Jährigen abspielt. Dies kann als ein Indiz hinsichtlich der Plausibilität der dargestellten epidemiologischen Entwicklung aufgefasst werden, da davon ausgegangen werden kann, dass sich ein verstärkter bzw. sich abschwächender Einstieg in den problematischen Drogenkonsum zuerst in der jüngsten Altersgruppe zeigt.

Hinsichtlich des Geschlechts ergeben die Prävalenzschätzungen für das Jahr 2009 wie auch in den Vorjahren ein Verhältnis von Männern zu Frauen von etwa 4:1.

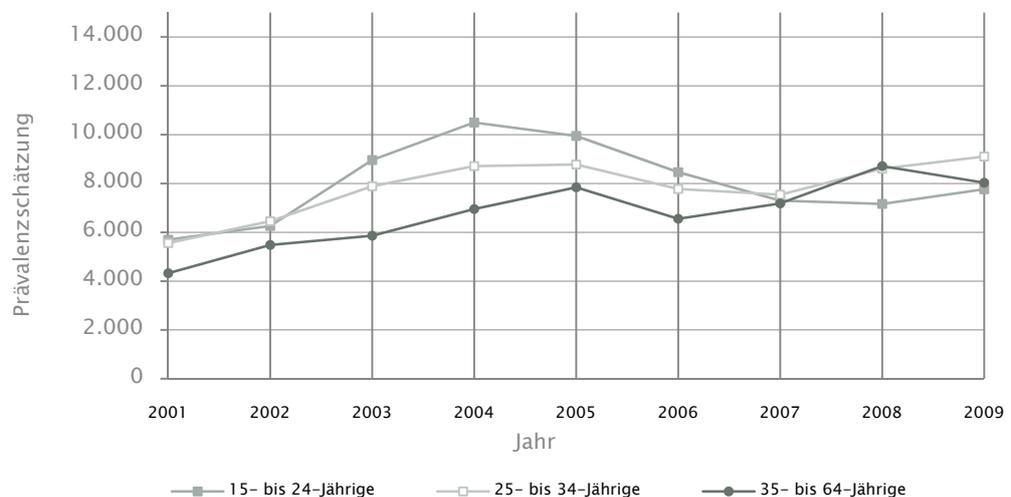
Setzt man die Prävalenzschätzungen von 2009 in Bezug zu anderen Daten aus dem Drogenmonitoring, so kommt man zu folgenden Aussagen:

- » Zwischen 27 und 52 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) befanden sich 2009 in Substitutionsbehandlung

(unter der Annahme, dass sich im Jahr 2009 etwa 10.000 bis 13.000 Personen in Substitutionsbehandlung befanden; vgl. Kap. 5.4).

- » Zwischen 0,5 und 0,7 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) verstarben 2009 an einer Überdosierung (186 suchtgiftbezogene Todesfälle mit Beteiligung von Opiaten bzw. unbekannter Art).
- » Zwischen 11 und 17 Prozent der Personen mit problematischem Drogenkonsum (mit Beteiligung von Opiaten) wurden im Jahr 2009 nach dem SMG angezeigt (4.180 Personen).

Abbildung 4.2:  
2-Sample-CRC-Schätzungen mit „Ghost Case“-Korrektur,  
2001 bis 2009 (altersstratifiziert)



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

Neben der Prävalenz des problematischen Drogenkonsums mit Beteiligung von Opiaten interessiert aus epidemiologischen Gründen auch die Prävalenz des injizierenden Drogenkonsums. Während in früheren Jahren davon ausgegangen wurde, dass beide Prävalenzraten etwa gleich ausfallen (Opiatkonsum = injizierender Konsum), hat die Analyse der Konsummuster auf Basis von Behandlungsdokumentationssystemen (BADO, DOKLI) anderes ergeben (vgl. Kap. 5.3 bzw. Busch und Eggerth in Vorbereitung). Es zeigt sich, dass nur knapp die Hälfte der Personen mit Leitdroge Opiate die injizierende Applikation als vorwiegende Einnahmeform angibt. Überträgt man diese Angaben auf alle Personen mit problematischem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, so ist in Österreich von etwa 12.500 bis 18.500 Personen mit vorwiegend injizierendem Konsum auszugehen. Bei diesen Zahlen dürfte es sich aber um eine Obergrenze handeln, da anzunehmen ist, dass Personen mit injizierendem Konsum eine größere Wahr-

scheinlichkeit aufweisen, eine drogenspezifische Betreuung zu beginnen (schwerere Drogenproblematik).

Abschließend ist nochmals darauf hinzuweisen, dass die Ergebnisse der CRC-Methode aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine ungefähre Annäherung darstellen. Eine detaillierte Darstellung methodischer Probleme findet sich z. B. bei Uhl und Seidler 2001, ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2006 und GÖG/ÖBIG 2010b.

## 4.2 Charakteristika und Konsummuster auf Basis von Datenquellen außerhalb des Behandlungsbereichs

Analysen zu den Konsummustern von nach § 12 SMG begutachteten Personen<sup>16</sup> liegen aus Salzburg vor (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2010). Wie in den Vorjahren zeigt sich, dass bei dieser Personengruppe der Konsum von Cannabis im Vordergrund steht (92 % von 485 Begutachtungen). Auf Kokain, „Ecstasy“, „Speed“ und Opiate beziehen sich jeweils 11 bis 14 Prozent und auf Halluzinogene 4 Prozent der Begutachtungen. 68 Prozent der Begutachtungen wurden wegen des Konsums einer Substanz, 19 Prozent wegen des Konsums von zwei Substanzen und 11 Prozent wegen des Gebrauchs von drei oder mehr Substanzen durchgeführt.

In der Partydrogenszene zeigt sich der Trend weg von Ecstasy und Amphetaminen hin zu sogenannten „Research Chemicals“ (vgl. Kap. 10.3). Von der Vergiftungsinformationszentrale wird berichtet, dass es bis inklusive Mai bereits sieben Anfragen von Spitälern wegen Mephedron-Vergiftungen gab (Hruby, p. M.). Mephedron war bis Ende August 2010 eine der gebräuchlichsten „Research Chemicals“. Im August 2010 wurde Mephedron gesetzlich als Suchtgift deklariert und ist seitdem eine illegale Droge (vgl. Kap. 1.1, Kap. 10.1 und Kap. 10.3).

---

16

Personen, bei denen ein begründeter Verdacht auf Suchtgiftmissbrauch besteht und die aufgrund einer Anzeige, der Meldung eines Schulleiters, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet werden.

### 4.3 Intensive, regelmäßige, langdauernde und andere problematische Formen des Drogengebrauchs

Zu intensiven, regelmäßigen, langdauernden und anderen problematischen Formen des Drogengebrauchs liegen neben den bereits in Kap. 4.1 und 4.2 referierten Daten keine weiteren Informationen vor. Die im Rahmen der Bevölkerungserhebung 2008 ermittelten Ergebnisse zum intensiven Cannabisgebrauch finden sich in Kap. 2.1.

## 5 Drogenbezogene Behandlungen

Einrichtungen, die drogenspezifische Beratung, Betreuung und Behandlung anbieten, finden sich in Österreich fast flächendeckend. An insgesamt rund 200 spezialisierten Einrichtungen wird stationäre oder ambulante Behandlung bzw. Beratung im Zusammenhang mit Sucht und illegalen Substanzen durchgeführt (GÖG/ÖBIG-eigene Erhebungen). Angebote zur drogenspezifischen Beratung, Betreuung und Behandlung werden sowohl durch spezialisierte Einrichtungen als auch im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung bereitgestellt (z. B. psychiatrische Krankenhäuser, psychosoziale Dienste, niedergelassener Bereich). Die stationären Angebote stehen Personen aus ganz Österreich, aber auch aus dem Ausland offen. Die Substitutionsbehandlung hat sich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt.

In Österreich wird großer Wert auf die Diversifikation der Behandlungsmöglichkeiten gelegt. In diesem Sinne war im letzten Jahrzehnt im stationären Bereich eine Entwicklung von Langzeit- zu Kurzzeittherapie und generell eine Flexibilisierung der Therapieangebote durch den Aufbau von Modulsystemen zu beobachten. Substitutionsbehandlungen werden auch stationär angeboten, Entzugsbehandlungen auch ambulant. Die meisten Angebote der Suchtberatung und -behandlung sind nicht auf bestimmte Substanzen ausgerichtet, getrennte Angebote finden sich aber nach wie vor für legale und illegale Substanzen. Spezifische Angebote (z. B. für Kokain- oder Cannabis-Konsumierende in der Suchtberatung) ergänzen das Spektrum, wo es notwendig ist. Um auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können, steht auch in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur Verfügung. Da das Ziel das Schaffen eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 8.2) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten ST24, SQ27 und die Karten 5.1 und 5.2. Die Angebote werden auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters der Einrichtungen, aber auch in früheren Berichten des ÖBIG und im „Best practice portal“ der EBDD ausführlich beschrieben (siehe Quellenverzeichnis).

Auch im Bereich der Suchtberatung und -behandlung werden die bestehenden Angebote zunehmend auf legale Drogen und auf stoffungebundene Süchte ausgeweitet bzw. durch entsprechende Maßnahmen ergänzt (z. B. Nikotin-Entwöhnungsprogramme und Angebote für Spielsüchtige), die in diesem Bericht nicht dargestellt werden können.

Daten zur Beschreibung der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe liefert seit 2006 die einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI), an der sich die meisten relevanten Drogeneinrichtungen Österreichs beteiligen (vgl. ST3 und ST TDI). Die Datenerfassung inkludiert alle seitens der EBDD definierten Fragen. Zusätzlich werden auf freiwilliger Basis Daten zu Infektionskrankheiten (ebenefalls gemäß den Richtlinien der EBDD) und ICD-10-Codes erfasst. Eine weitere Datenquelle stellt das Substitutionsregister dar, das seit 1989 am BMG geführt wird (vgl. ST3 und ST TDI). Hinsichtlich Charakteristika der Klientinnen und Klienten werden nur Geschlecht, Alter und Bundesland des Lebensmittelpunkts erhoben.

## 5.1 Strategie/Politik

Die Behandlungsstrategien sind in den Drogen- bzw. Suchtkonzepten oder -plänen der Bundesländer bzw. in den relevanten Gesetzestexten festgelegt. Im Dezember 2009 wurden durch **Verordnungen** (BGBl II 2009/485 und 2009/487) die Rahmenbedingungen für die Substitutionsbehandlung und die Weiterbildung für substituierende Ärztinnen und Ärzte erneut novelliert. Grund dafür war jener Optimierungsbedarf, wie er im Zuge der Evaluierung der Auswirkungen der im Jahr 2007 adaptierten Rahmenbedingungen formuliert wurde (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b). Dies betraf unter anderem die Aufrechterhaltung der notwendigen Versorgungsstrukturen. Die neuen Regelungen werden in Kap. 1.1 beschrieben, hier soll ergänzend erwähnt werden, dass hinsichtlich der Differenzierung zwischen Mitteln erster und zweiter Wahl keine Änderung erfolgt ist. Zur Organisation der Weiterbildung wird nun festgehalten, dass die Österreichische Ärztekammer einen jährlichen Bericht über den Stand der Entwicklung und Organisation an das BMG melden muss (§4 Abs 1 und 5). Die Listenführung der zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte ist nicht mehr öffentlich; wer diese Liste einsehen kann, ist genau geregelt (§ 5 Abs 3). Sollten die Voraussetzungen für die Aufnahme in die Liste wegfallen oder nicht gegeben sein oder eine Ärztin bzw. ein Arzt die ärztlichen Berufspflichten nicht wahrnehmen oder dagegen verstoßen, so hat die Bezirksverwaltungsbehörde nunmehr nach Anhörung der Österreichischen Ärztekammer eine Streichung vorzunehmen oder die Eintragung unter Bedingungen aufrechtzuerhalten (§ 7 Abs 1 und 3). Die Übergangsfrist wurde bis 31. 12. 2010 verlängert, wobei die Organisation der Weiterbildung so rechtzeitig veranlasst werden muss, dass bis zu diesem Zeitpunkt die Möglichkeit der Absolvierung des Basismoduls gewährleistet ist (§ 9 Abs 8). Amtsärztinnen und -ärzte müssen nun ebenfalls das Basismodul und die jährliche Fortbildung absolvieren.

Aus Sicht vieler Fachleute konnte durch die Novellen die Situation in der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen verbessert werden, auch wenn nach wie vor Kritik an einzelnen Bestimmungen geäußert wird (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c und 2009b bzw. Kap. 11.3). Ob sich die Erleichterungen in der Weiterbildungsverordnung für

weiterbehandelnde Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der **Versorgungssituation** positiv auswirken, wird sich mit Ende 2010 zeigen. Einstweilen hat sich in manchen Bundesländern die Anzahl der zur Substitutionsbehandlung berechtigten Ärztinnen und Ärzte weiter reduziert, z. B. in OÖ von 200 im Jahr 2007 auf 80 im Jahr 2010 (Ömer 2010). Laut Schwarzenbrunner (p. M.) dürfte sich mit Auslaufen der Übergangsfrist diese Zahl noch einmal halbieren. In NÖ sind nach einem Rückgang Mitte 2010 nun 50 Ärztinnen und Ärzte zur Substitutionsbehandlung berechtigt, wovon einige jedoch keine Patientinnen und Patienten mehr übernehmen (Hörhan, p. M.). Die Verteilung der substituierenden Ärztinnen und Ärzte in NÖ bewirkt, dass in manchen Bezirken keine Versorgung mehr gegeben ist. Dies ist insofern problematisch, als weite Anfahrtswege zur Wahrnehmung der regelmäßigen Termine in der Weiterbehandlung das Risiko eines Therapieabbruchs erhöhen. In Wien, wo kein Rückgang zu verzeichnen ist (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), sind knapp 380 Ärztinnen und Ärzte zur Substitutionsbehandlung berechtigt, wovon rund 320 im niedergelassenen Bereich tätig sind (David, p. M.). Schätzungen ergaben, dass in Wien mehr als 70 Prozent der in Frage kommenden Suchtkranken erreicht werden können, während dies in anderen Bundesländern unter 50 Prozent sein dürften (David, p. M.).

**Honorarvereinbarungen** zwischen Ärztekammern und Gebietskrankenkassen, die zur Verbesserung der Situation beitragen könnten (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), gibt es in wenigen Bundesländern (vgl. Kap. 12). Neben dem Fehlen derartiger finanzieller Anreize, was beispielsweise in NÖ die gesamte Fachgruppe für Neurologie und Psychiatrie zum Ausstieg aus der Substitutionsbehandlung bewegt hat (Wudy und Reisner, p. M.), werden unter anderem als Gründe mögliche rechtliche Sanktionen bei nicht verordnungskonformer Durchführung der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 11.3) und der zunehmende bürokratische Aufwand genannt.

Als weitere Strategie wurden in einigen Bundesländern auch **Neustrukturierungen** der Substitutionsbehandlung geplant bzw. umgesetzt (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b). Dies erfolgt nun auch im Burgenland, wo zukünftig Einstellungen an Fachzentren, Beratungsstellen des Psychosozialen Dienstes oder an psychiatrischen Ambulanzen erfolgen sollen, während die Weiterbehandlung von niedergelassenen Allgemeinmedizinerinnen und -medizinern übernommen wird (Miksch, p. M.). In Salzburg gibt es jedoch nach wie vor Schwierigkeiten mit der Umsetzung des Konzepts „Substitution in der Drogenberatung“, da für zwei regionale Beratungsstellen bis Ende des Jahres 2009 kein qualifiziertes Personal gefunden und die vertragliche Regelung für die Refundierung der medizinischen Leistungen durch die soziale Krankenversicherung nicht abgeschlossen wurde (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2010). Hier gibt es somit für die Substitutionsbehandlung – von ein paar niedergelassenen Fachärztinnen bzw. -ärzten für Psychiatrie abgesehen – kaum Alternativen zu Drogenambulanz bzw. Substitutionsstelle für Opiatabhängige (SUST).

Laut Eisenbach–Stangl et al. 2009 besteht in Wien ein Trend zur Reintegration der Suchthilfe in das allgemeine Gesundheitswesen. Dies geht einher mit dem auch außerhalb Wiens zunehmend forcierten Konzept der individualisierten Behandlung. Eine neue Strategie könnte die intravenöse Substitution sein, deren Umsetzbarkeit in Wien geprüft wurde (vgl. Kap. 1.2).

## 5.2 Behandlungssysteme

Einen Überblick über spezialisierte Einrichtungen des Suchthilfesystems (ausgenommen jener, die ausschließlich auf Alkoholabhängigkeit ausgerichtet sind) geben die Karten 5.1 und 5.2. Die Erfassung einzelner Einrichtungen ist, wie auch Eisenbach–Stangl et al. 2009 am Beispiel Wiens feststellen, aufgrund der vielfältigen Organisationsformen nicht einfach. Manche Einrichtungen der Wiener Suchthilfe befinden sich sogar außerhalb Wiens. Zusätzlich müsste berücksichtigt werden, dass Drogenabhängige auch in nicht-spezialisierten Einrichtungen (z. B. Abteilungen für Psychiatrie in Spitälern) behandelt werden. Die Karten stellen einen Versuch dar, die regionale Verfügbarkeit von Suchtberatung und -behandlung sichtbar zu machen und gleichzeitig die Übersichtlichkeit zu wahren. Die ausgewählten drogenspezifischen Angebote sind nach Gemeinden aufgeschlüsselt.

Die **Kapazitäten** des österreichischen Suchthilfesystems werden laufend ausgebaut, reichen jedoch noch immer nicht aus. Dies zeigt sich an den Wartelisten und Wartezeiten, die je nach Einrichtung und Angebot bis zu mehreren Wochen oder Monaten betragen können. Die Situation ist regional sehr unterschiedlich, so berichten z. B. die Beratungsstellen des Vereins b.a.s. (Steiermark) über Wartezeiten für Erstgespräche von ca. zwei bis drei Wochen (b.a.s. 2010), wobei zu berücksichtigen ist, dass in einigen Beratungsstellen die Personen mit Alkoholproblemen überwiegen. Auch in den Beratungsstellen der Stiftung Maria Ebene (Vorarlberg) und der Drogenberatung des Landes Steiermark (2010) wurden im Jahr 2009 die Grenzen der Leistungskapazität erreicht (Stiftung Maria Ebene 2010, Drogenberatung des Landes Steiermark 2010). Neben längeren Wartezeiten bedeutet dies auch, weniger Zeit für die zu Betreuenden zu haben. Dies führt zu einer Beschränkung der fachlichen Arbeit auf das Notwendigste, was für die Qualität der Betreuung nicht vorteilhaft ist. Punktuelle Aufnahmestopps bei Substitutionsbehandlungen sind ebenfalls die Folge. Die Überlastung der Ambulanzen durch die Veränderungen in der Substitutionsbehandlung (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) führt z. B. an der Ambulanz der Landesnervenklinik Wagner–Jauregg in Linz zu Wartezeiten von zwei bis sechs Wochen (Ömer 2010). Hier kommt nicht nur die Belastung durch Ersteinstellungen zum Tragen, sondern auch die mangels Alternativen an der Ambulanz durchzuführende Weiterbehandlung, die Termine in bestimmten Abständen notwendig macht. Die neue Entzugsstation in Amstetten–Mauer (vgl. unten) hat bereits eine Warteliste mit ca. 160 Personen, wovon rund 80 Prozent illegale Substanzen kon-

sumieren (Spitzer, p. M.). Nach Eisenbach–Stangl et al. 2009 betragen in Wien die Wartezeiten für einen Entzug mit anschließender Therapie bis zu ein paar Wochen, für stationäre Langzeitbehandlung null bis sechs Monate. Vom Verein b.a.s. (Steiermark) werden die Wartezeiten auf einen Therapieplatz mit sechs bis acht Wochen angegeben (b.a.s. 2010). Aus Kärnten werden ebenfalls fehlende Ressourcen für den Bereich der Suchtbehandlung berichtet (Prehslauer, p. M.). Die Wartezeiten an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie II (Salzburg) bei der stationären Aufnahme konnten durch eine Verbesserung der Kooperation mit den Drogenberatungsstellen praktisch beseitigt werden (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2010). Die Ressourcenverknappung und damit einhergehende Wartezeiten bzw. lange Wege stehen dem laut Berichten aus verschiedenen Einrichtungen verstärkten Bedarf an rascher, professioneller und wirksamer Hilfe entgegen. Dies sei anhand des Vereins *Dialog* dargestellt, wo im Jahr 2009 die Anzahl an betreuten Klientinnen und Klienten mit einem Plus von 21,3 Prozent und die Anzahl an betreuten Angehörigen mit einem Plus von 10,2 Prozent besonders stark ausgefallen ist (Dialog 2010b). Es konnten zwar in den letzten Jahren mit Hilfe von Maßnahmen zur Professionalisierung die Leistungen erhöht werden, eine weitere Leistungssteigerung wird aber bei gleichbleibenden Fördersummen als nicht bewältigbar erachtet (Dialog 2010b). Ein hinsichtlich optimaler Auslastung schwieriger Bereich ist der offene Betrieb, da hier unvorhersehbare Schwankungen zur Überbeanspruchung einzelner Angebote, insbesondere des medizinischen, führen. Maßnahmen zur Regulation v. a. der Substitutionstherapie sollen daher erarbeitet werden.

Um die Kapazitäten zu erhöhen, wurden im Berichtszeitraum einige neue Angebote geschaffen bzw. geplant. Im April 2010 wurde die neue Entzugsstation der Landesklinik Amstetten–Mauer (NÖ) eröffnet, die mit ihren großzügigen, offenen und hellen Räumen eine entspannte und angenehme Atmosphäre schafft. Dies wurde u. a. durch Einbindung der Mitarbeiter/innen in die Planung und die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten erreicht und scheint sich auf beide Gruppen positiv auszuwirken. An der Entzugsstation wird ein neues Konzept verfolgt, in dem der Entzug sämtlicher psychoaktiver Substanzen (legal oder illegal) durchgeführt wird, um zu einer Entstigmatisierung der von illegalen Substanzen abhängigen Personen beizutragen (Spitzer, p. M.). Bei gleichzeitiger Abhängigkeit von Opioiden und Benzodiazepinen wird auch der Entzug gleichzeitig durchgeführt. Ein Teilentzug ist hier, im Gegensatz zu anderen Einrichtungen, nur aufgrund eines Empfehlungsschreibens der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes möglich. Wo dies umsetzbar ist, ist eine Mitgestaltung der Klientinnen und Klienten vorgesehen. Das betrifft nicht nur die Auswahl verschiedener Therapieformen, sondern in einem genau definierten Rahmen auch die kontrollierte Einnahme zusätzlicher Arzneimittel während eines fraktionierten Entzugs von Benzodiazepinen.

Der flächendeckende Ausbau der Suchtberatungsstellen in NÖ konnte im Dezember 2009 abgeschlossen werden. In Kärnten wurden zwei neue multiprofessionell ausges-

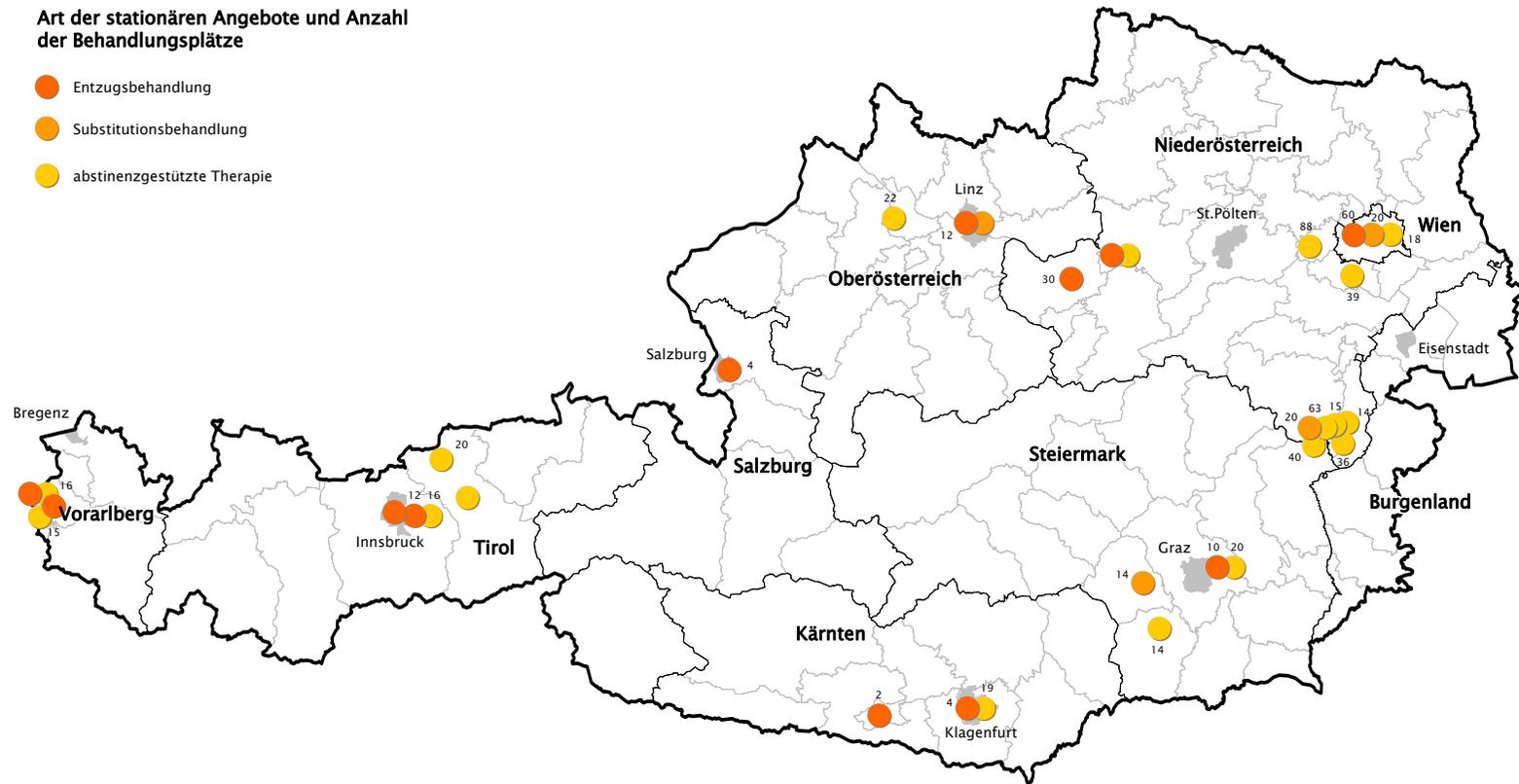
tattete Einrichtungen (in Spittal/Drau bzw. Völkermarkt) eröffnet, um die dezentrale Versorgung, vor allem in der Substitutionsbehandlung, zu verbessern (Prehslauer, p. M.). Die Pläne für einen Neubau der Entzugsstation des Anton Proksch Instituts (API) können hingegen in absehbarer Zeit nicht umgesetzt werden, da die Finanzierung nicht gesichert ist (Hörhan, p. M.).

**Neue Zielgruppen zu erreichen** war und ist ebenfalls das Ziel etlicher (geplanter) Maßnahmen. Im Berichtszeitraum wurde z. B. vom Verein *Dialog* das Gruppenangebot *Brainstorm* für schizophrene Männer (vgl. Kap. 7.3) sowie das Projekt *Sozialarbeit in Praxen substituierender ÄrztInnen für Allgemeinmedizin* entwickelt und umgesetzt (Dialog 2010b). Letzteres soll durch die Anwesenheit einer Sozialarbeiterin in der Praxis den Kontakt zu jenen Personen in Substitutionsbehandlung ermöglichen, die in keiner anderen Einrichtung in psychosozialer Betreuung stehen. Dies scheint bei 75 Prozent der beratenen Personen in Substitutionsbehandlung der Fall zu sein. Ein weiteres neues Konzept ist die sogenannte *offene Zeitschiene*, die an der Integrativen Suchtberatung Wassermannngasse angeboten wird. Sie soll jenen Klientinnen und Klienten, die einen niederschwelligeren Zugang benötigen (ohne Termine), Kontinuität in Behandlung und Betreuung ermöglichen. Die Umsetzung soll parallel zum Terminbetrieb erfolgen.

In Kärnten wird derzeit eine Ambulanz für chronisch Cannabiskonsumierende mit psychiatrischer Komorbidität aufgebaut (Prehslauer, p. M.). Neu ist auch das Pilotprojekt von Grünem Kreis und Justizanstalt Stein, das Häftlingen in Substitutionsbehandlung eine begleitende psychotherapeutische Behandlung ermöglicht (vgl. Kap. 9.5).

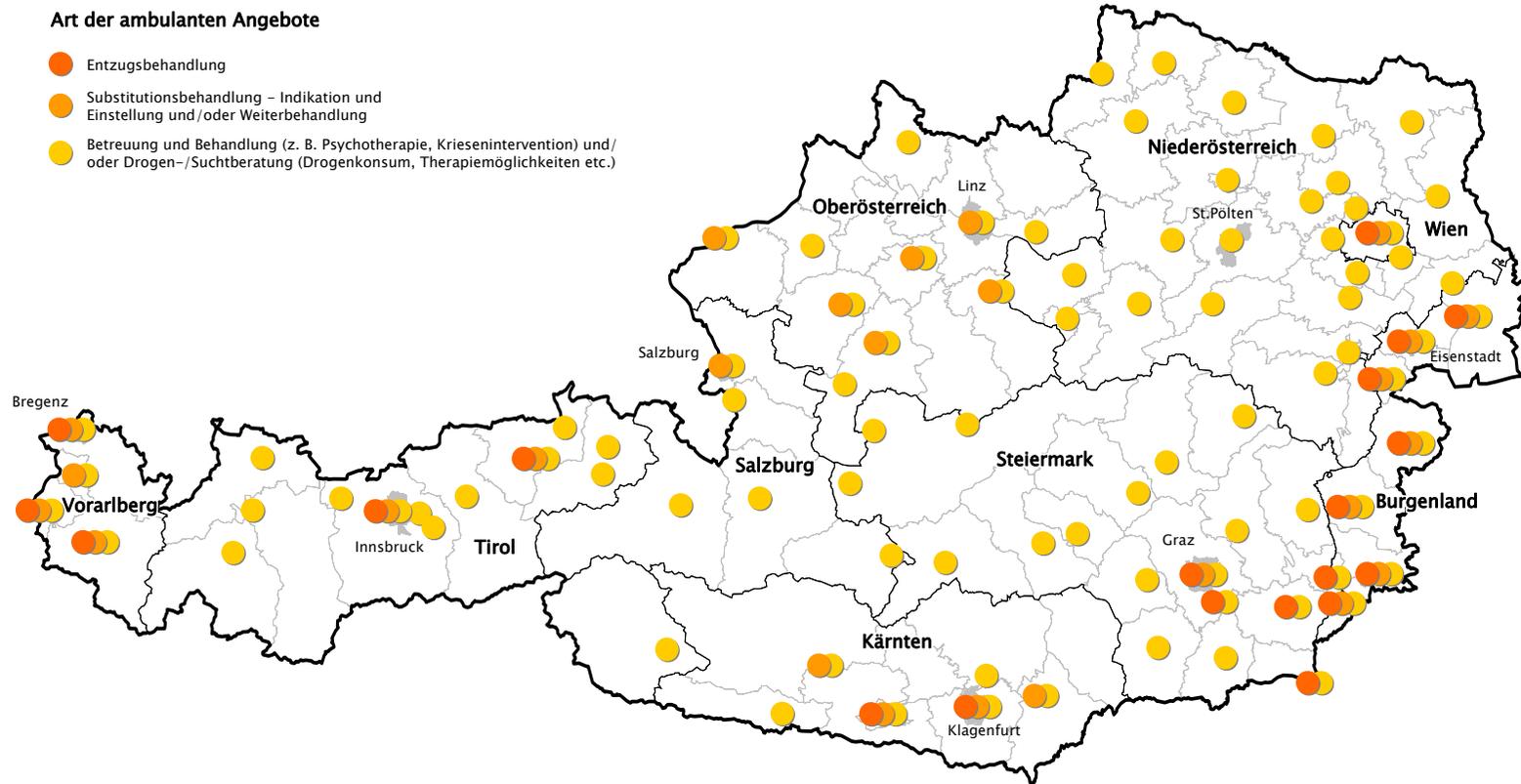
Dennoch gibt es nach wie vor Gruppen an Suchtkranken, die zu wenig erreicht werden. Dazu gehören laut Eisenbach-Stangl et al. 2009 Personen ohne Versicherung (v. a. in stationären Einrichtungen) und Nicht-Österreicher/innen. Aber auch die Gruppe der älteren Drogenabhängigen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) findet laut Spirig et al. 2010 derzeit kaum passende Angebote, weder in der Suchthilfe noch in der Sozialversorgung. Es wird vermutet, dass die Gründe dafür sowohl eine Unterschätzung dieser Zielgruppe sind als auch unklare Zuständigkeiten bzw. mangelnde Bereitschaft, sich zuständig zu fühlen. Empfohlen wird von den befragten Fachleuten die Nutzung bestehender Strukturen, um einen möglichst „normalen“ Umgang mit älteren Drogenabhängigen zu erzielen und damit dem entsprechenden Bedürfnis dieser Personen entgegenzukommen.

Karte 5.1: Spezialisierte stationäre Angebote zur Behandlung von Drogenabhängigen, 2010



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Karte 5.2: Spezialisierte ambulante Angebote zur Beratung, Betreuung und Behandlung von Drogenabhängigen, 2010



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Es bedarf demnach einer Öffnung von Einrichtungen aus dem Pflege- und Altenbereich, wobei die bestehenden Strukturen und Umgangsformen verändert werden müssten. Diese Veränderung müsste gekoppelt werden mit spezifischen Schulungen für Personal und Öffentlichkeitsarbeit, um Vorurteile gegenüber Drogenabhängigen zu reduzieren. Voraussetzung ist jedoch ein eindeutiger politischer Wille, der durch Bereitstellung entsprechender Ressourcen die Kooperation der verschiedenen Systeme (Suchthilfe bzw. Pflege- und Altenbereich) ermöglicht. Als größtes Manko des österreichischen Suchthilfesystems wird das Fehlen spezifischer Angebote für Jugendliche v. a. im stationären Bereich formuliert. Unter 17-Jährige werden zwar prinzipiell in Kinder- und Jugendabteilungen von Krankenanstalten aufgenommen, jedoch nur sehr ungern oder gar nicht, wenn eine Suchterkrankung vorliegt (Spitzer, p. M.). Die Unterversorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Störungen ist jedoch nicht nur ein Problem in Bezug auf Suchtbehandlung, sondern wird generell für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie beschrieben (Sklenar 2010). Aus dem ambulanten Bereich wird zusätzlich berichtet, dass die betreuten Jugendlichen vermehrt riskant konsumieren und damit die Hilfseinrichtungen vor große Herausforderungen stellen.

Das Beratungs- und Betreuungsangebot bestehender Einrichtungen auf Basis von Erfahrungen oder Evaluationen **spezifischer auf die Zielgruppen auszurichten** ist ein weiteres Ziel verschiedener Maßnahmen. So wird z. B. das Jugendangebot des Vereins Dialog (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b), das sehr gut angenommen wird, evaluiert. Ein spezielles Thema im Jahr 2009 war das Überleiten der Klientinnen und Klienten nach dem Erreichen des 21. Lebensjahres aus dem Jugendangebot in ein Erwachsenenangebot (Dialog 2010b). Dies ist aufgrund der häufig erlebten, zum Teil traumatisierenden Beziehungsabbrüche und der dadurch enorm wichtigen positiven Beziehungserfahrung zu den betreuenden Personen eine große Herausforderung. Das spezielle Angebot *Beyond the line* des Vereins Dialog für Kokainkonsumierende (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) wurde mit 2010 in den Regelbetrieb übernommen. Die Evaluation zeigte, dass ein konstanter Zustrom an Klientinnen und Klienten erreicht und ein adäquates Angebot für die Zielgruppe geschaffen werden konnte.

Die Entzugs- und Therapiestation Walkabout (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) feierte im Herbst 2009 ihr fünfjähriges Bestehen. Zu diesem Anlass wurden ein Leitfaden und ein Bericht veröffentlicht. Im Laufe dieser fünf Jahre wurde das Programm schrittweise an die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten mit Komorbidität und Mehrfach-Abhängigkeiten angepasst: Teilentzüge sind möglich, und es gibt ausreichendes und qualifiziertes Personal für die Behandlung von Personen mit psychiatrischen Doppeldiagnosen. Das Konzept basiert auf einer individualisierten Therapie mit Transparenz, Klarheit und ei-

ner Tagesstruktur zur Orientierung. Ein Übergangsritual für den Wechsel aus dem Entzug in den Entwöhnbereich sowie sozialpädagogische Arbeit wurden integriert.

Die auf einer Katamnese studie<sup>17</sup> beruhende Evaluation der Therapiestation Erlenhof (Porstmann 2009) zeigt, dass sich die Langzeittherapie positiv auswirkt und sich insgesamt eine Verbesserung der Lebensqualität nach der Therapie erkennen lässt<sup>18</sup>. Eine deutliche Verbesserung ergibt sich hinsichtlich der sozialen und familiären Kontakte, des Freizeitverhaltens sowie der Wohn- und Arbeitssituation. Bezüglich finanzieller Situation, Abstinenz und Kriminalität können Teilerfolge erzielt werden.

Schwangere Suchtkranke sind Zielgruppe etlicher Maßnahmen, die mit unterschiedlichen Zielsetzungen (Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Frauen, Verhinderung gesundheitlicher Auswirkungen auf Fötus oder Neugeborenes, Verhinderung späterer Suchtentwicklung der Kinder) gesetzt werden können, wobei häufig eine Kombination mehrerer Ziele vorliegt. Das Projekt *DESK* in NÖ und Wien (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b und Kap. 7.3) umfasst ein breites Spektrum an Aktivitäten. Ein wichtiges Anliegen ist die Sensibilisierung von Betroffenen, aber auch von Fachleuten aus Suchthilfe und Jugendwohlfahrt. Dazu werden Broschüren entwickelt und Weiterbildungsveranstaltungen organisiert (Hörhan, p. M.). Um die Vernetzung zu fördern, entwickelt eine Arbeitsgruppe in NÖ einen Handlungsleitfaden und eine Kooperationsvereinbarung für die beteiligten Einrichtungen. In Tirol wurde ein Pilotprojekt für Schwangere in Substitutionsbehandlung erarbeitet (vgl. Kap. 7.3), das seit Mai 2010 an der Drogenambulanz der Universitätsklinik Innsbruck durchgeführt wird (kontakt+co 2010). Jede Betroffene bekommt ab der zweiten Mutter-Kind-Pass-Untersuchung eine Hebamme zugeweiht, die während der Schwangerschaft begleitet und auf die Geburt bzw. das Leben mit dem Neugeborenen vorbereitet (vgl. Kap. 7.3). In Wien erfolgt der Kontakt zu drogenabhängigen Schwangeren durch Sozialarbeiterinnen seit Herbst 2009 auf der Risikoambulanz des AKH, um sie bereits während der Schwangerschaft zu betreuen (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

---

17

Zu 58 Personen, die ihre Therapie in den Jahren 2004 bis 2008 abgeschlossen hatten, lagen vergleichbare soziodemografische Grundinformationen, die zu Beginn der Behandlung erhoben wurden, vor. Diese Personen sollten für die Katamnese studie (Erhebung des Therapieerfolges nach der Behandlung) Anfang 2009 kontaktiert und befragt werden, was nicht immer möglich war. Letztendlich konnten 27 Therapiebeurteilungsfragebögen und 23 Katamnesefragebögen ausgewertet werden.

18

Vgl. auch <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice> unter EDDRA (16.8.2010)

Zur **Qualitätssicherung** in der Suchtbehandlung gibt es laufend verschiedenste Aktivitäten, einerseits werden Handlungsanleitungen und Weiterbildungsveranstaltungen durchgeführt, andererseits werden Maßnahmen in den Einrichtungen bzw. auf organisatorischer Ebene gesetzt (vgl. auch Kap. 11). An der Therapiestation Lukasfeld wurde z. B. im Berichtszeitraum das Supervisionskonzept überarbeitet (Stiftung Maria Ebene 2010). Nun gibt es eine Teamsupervision, eine Fallsupervision und eine Supervision der objektgestützten psychodynamischen Psychotherapie. Der Grüne Kreis beteiligt sich seit Herbst 2009 an dem Leonardo da Vinci-Projekt<sup>19</sup> *Indeed*, das die Qualifikation von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der stationären und ambulanten Suchthilfe hinsichtlich verschuldeter Suchtkranker verbessern soll (Grüner Kreis 2010). In der Folge soll der Zusammenhang zwischen Verschuldung und erschwerter wirtschaftlicher und sozialer Wiedereingliederung besser erkannt und adäquater damit umgegangen werden.

Einen neuen Weg beschreitet z. B. die Steiermark, die Anfang 2010 einen umfassenden Prozess zur Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung gestartet hat (Ederer, p. M.). Im Rahmen des Drogenfachgremiums wurden bereits Übereinkünfte zur Suchtbehandlung erzielt. Eine genaue Beschreibung der Leistungen in der Suchtbehandlung wurde begonnen. Zu Redaktionsschluss waren jedoch noch keine Ergebnisse verfügbar. Auch in OÖ ist die Erarbeitung einer Rahmenrichtlinie für den Suchtbereich geplant, die einen Leistungskatalog und Qualitätsstandards enthalten soll (Schwarzenbrunner, p. M.). Diese Arbeiten werden jedoch voraussichtlich erst im Jahr 2011 beginnen.

Weitere Aktivitäten zielen vor allem auf die Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich bzw. zwischen verschiedenen Einrichtungen ab. In Kärnten beispielsweise sollen mit Hilfe von Schnittstellenstandards Betreuungsabbrüche und Intoxikationen reduziert werden (Prehslauer, p. M.). In Wien wurde ein Produktkatalog der stationären Therapieleistungen erstellt, ein neues Instrument zur multidimensionalen Diagnostik entwickelt sowie bedarfsorientierte Gruppen von Klientinnen und Klienten definiert, die dann entsprechenden Behandlungsangeboten und -prozessen zugeordnet werden (Sucht- und Drogenkoordination Wien, 2010). Mit Hilfe dieser Instrumente soll es einerseits möglich werden, den Behandlungsverlauf zu analysieren, andererseits sollen die Übergänge zwischen den Einrichtungen und dem stationären bzw. ambulanten Bereich optimiert werden. Ein weiteres Pilotprojekt soll die Überprüfung und Bestätigung der Indikation für eine stationäre Therapie durch eine Begutachtung im Institut für Suchtdiagnostik (ISD) im Sinne einer zweiten Meinung etablieren.

---

19

Das Programm Leonardo da Vinci der Europäischen Kommission fördert praxisorientierte Projekte im Bereich der beruflichen Bildung und ist Teil des Programms für lebenslanges Lernen.

Im Berichtszeitraum wurde wieder eine Reihe von **Veranstaltungen** organisiert, die den fachlichen Austausch fördern sollen. Im Mai 2010 fand am BMG eine *Enquete zur Substitutionsbehandlung* statt, bei der neben Vorträgen internationaler Fachleute zu aktuellen wissenschaftlichen Ergebnissen aus verschiedenen Bereichen (z. B. Einsatz verschiedener Substanzen, Kosten-Nutzen-Studien) eine Podiumsdiskussion zur Zukunft der Substitutionsbehandlung in Österreich geführt wurde. Beim 2. Steirischen Suchthilfekongress im Juni 2010 stand die Interdisziplinarität im Vordergrund<sup>20</sup>. Dabei wurde u. a. deutlich gemacht, dass auf Basis einer individuellen Abschätzung der Ressourcen und Defizite von suchtkranken Personen Interventionsstrategien erstellt und alle Einrichtungen, die mit der Lebenswelt der Betroffenen befasst sind, mit einbezogen werden müssen (Kurz 2010). Die 56. ÖAKDA-Tagung<sup>21</sup> im Herbst 2009 legte den Fokus auf das Thema „Migration und Suchtarbeit“. Sie hat deutlich gezeigt, dass zwar Suchtkranke mit Migrationshintergrund von der Suchthilfe kaum erreicht werden, aber auch, dass Bewusstsein für dieses Manko besteht und eine Verbesserung der Situation angestrebt wird. Erwähnt werden soll auch das von der ÖGABS organisierte 13. Substitutionsforum in Mondsee (vgl. Kap. 11.3), eine vollständige Aufzählung aller Fachveranstaltungen ist jedoch nicht möglich. Der Verein Dialog feiert heuer sein dreißigjähriges Bestehen. Das dazugehörige Programm bindet sowohl Klientinnen und Klienten (vgl. Ka. 8.2) als auch Kooperationspartner/-innen ein. Es soll einen Beitrag dazu leisten, mehr Aufmerksamkeit für die Lebenswelten Suchtkranker und damit mehr Verständnis in der Gesellschaft zu erzeugen (Dialog 2010a). So werden z. B. Texte und Fotografien von Klientinnen und Klienten präsentiert<sup>22</sup> sowie Zukunftsvisionen diskutiert.

---

20

[www.bluemondays.at](http://www.bluemondays.at) (Aktuelles; 4. 8. 2010)

21

<http://oevdf.at/> (ÖAKDA; 16. 8. 2010)

22

Zu finden unter [www.30dialoge.at](http://www.30dialoge.at) (16.8.2010)

## 5.3 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Klientenjahrgang 2009 sind zum vierten Mal Daten des österreichweiten „Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI verfügbar<sup>23</sup>.

Aus den im Rahmen von DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 4.187 Personen vor, die im Jahr 2009 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben. 1.887 dieser Klientinnen und Klienten begaben sich erstmals in ihrem Leben in eine drogenspezifische Betreuung. Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 1.662 begonnen, bei 217 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen in drogenspezifischer Behandlung im klassischen Sinn befindlichen Personen erfasst wurden im DOKLI 663 Personen, die eine **niederschwellige Begleitung**, und 6.233 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben. Generell entsprechen die für das Jahr 2009 erhobenen Daten jenen der Vorjahre.

Etwa ein Fünftel der betreuten Personen mit Ausnahme jener in stationären Settings, wo der Anteil 8 Prozent beträgt, ist unter zwanzig Jahre alt. Zwischen 45 (niederschwellige Begleitung) und 60 Prozent (langfristige stationäre Betreuungen) der Klientel sind in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abbildung 5.1, Tab. A22 im Anhang A sowie ST3 und ST TDI).

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der betreuten Frauen zwischen 22 und 27 Prozent (Detailanalysen zu Geschlechterunterschieden finden sich weiter unten).

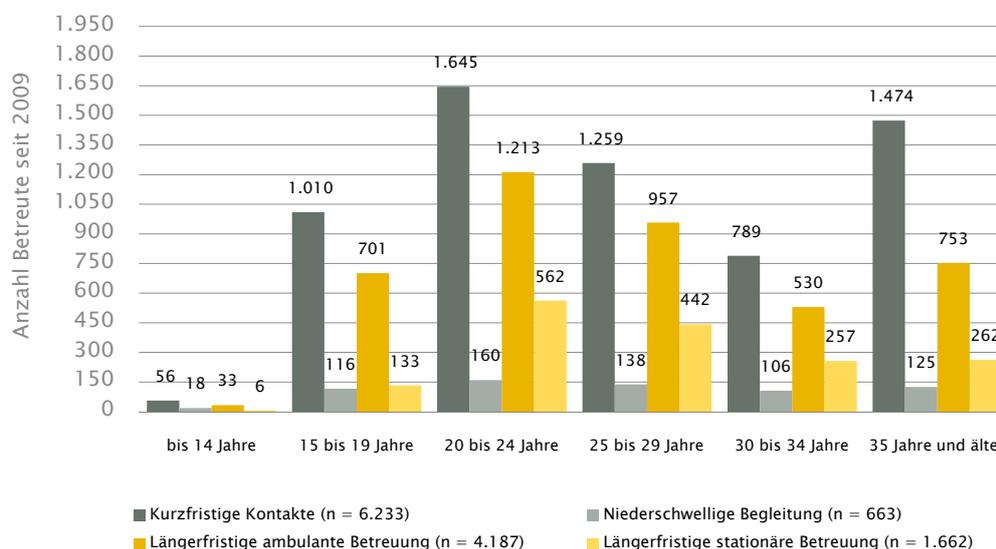
---

23

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten auf Einrichtungsebene zwar ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2009 in mehreren Einrichtungen betreut wurden, hingegen aufgrund des aggregierten Charakters der Daten nicht zu verhindern sind. Wie hoch der Anteil an solchen Mehrfachbetreuungen ist, kann nur vermutet werden. Ein grober Richtwert ist dem Wiener BADO-Bericht zu entnehmen, da in diesem Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die im Referenzzeitraum in mehreren Drogeneinrichtungen betreut wurden, über einen Identifier eruiert werden können. Im Jahr 2008 wurden 19 Prozent der in der BADO erfassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (12 % in zwei Einrichtungen, 7 % in mehr als zwei; vgl. GÖG/ÖBIG 2010b, IFES 2009b). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher ist als in ländlichen Gebieten und daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer.

Abbildung 5.1:

Anzahl der Personen, die 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

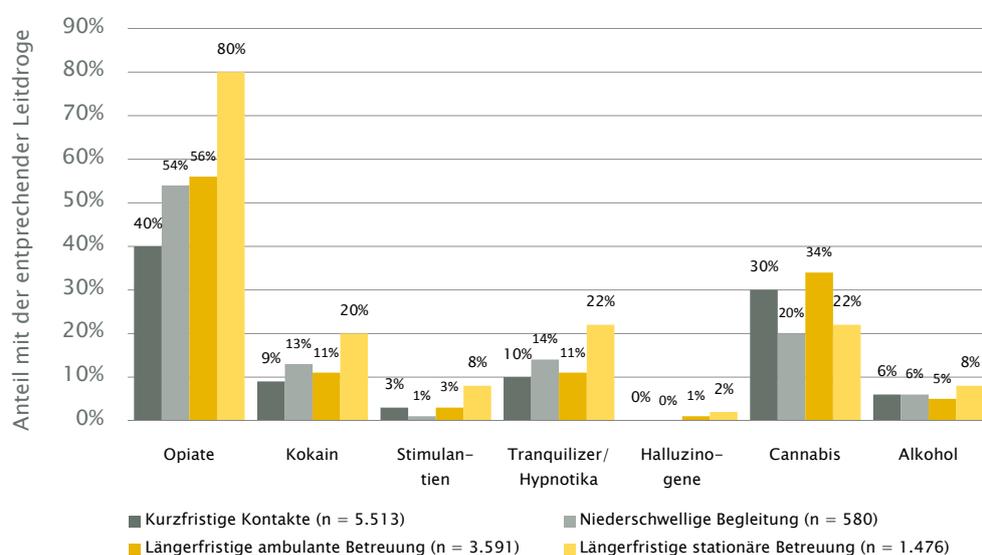
Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge<sup>24</sup>. Kokain spielt als Leitdroge nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 5.2 und Tab. A26 im Anhang A). Es zeigt sich damit, dass in Österreich im

24

Im Rahmen der DOKLI-Drogenanamnese wird zunächst danach gefragt, welche Drogen jemals konsumiert wurden. Danach werden die entsprechenden Drogen hinsichtlich der aktuellen Drogenproblematik als Leitdrogen, Begleitdrogen, Drogen, bei denen lediglich Probierkonsum vorliegt, und nicht behandlungsrelevante Drogen klassifiziert. Unter Leitdroge ist jene Droge zu verstehen, welche der Klientin / dem Klienten aus deren/dessen subjektiver Sicht die meisten Probleme verursacht. Dabei bezieht sich die Problemdefinition – angelehnt an ICD-10 – auf psychosoziale und gesundheitliche und nicht auf rein rechtliche Problemstellungen. In der Regel ist die Leitdroge auch jene Droge, die zur aktuellen Betreuung geführt hat. Kann sich die Klientin / der Klient nicht für eine bestimmte Droge als Leitdroge entscheiden, so können auch mehrere Drogen angekreuzt werden. Unter Begleitdrogen sind jene Drogen zu verstehen, welche die Klientin / der Klient zusätzlich zu der/den Leitdroge/n im letzten halben Jahr konsumiert hat und die der Klientin / dem Klienten ebenfalls Probleme bereiten. Probierkonsum ist anzukreuzen, wenn die Droge im letzten halben Jahr fallweise konsumiert wurde und kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegen. Nicht behandlungsrelevanter Konsum ist anzukreuzen, wenn die Droge bereits länger als ein halbes Jahr fallweise konsumiert wird, aber kein schädlicher Gebrauch bzw. keine Abhängigkeitsproblematik vorliegt, oder wenn die Droge früher konsumiert wurde und im letzten halben Jahr vor der Betreuung nicht (GÖG/ÖBIG 2010a).

Gegensatz zu manchen EU-Ländern Opiate die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EBDD 2009). Der Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 17 und 32 Prozent. Dies ist allerdings zum Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Anteil von Personen mit Therapieaufgabe in der Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist. Er beträgt beispielsweise bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen 61 Prozent (vgl. auch Kap. 4.1).

Abbildung 5.2:  
Personen, die 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung



Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

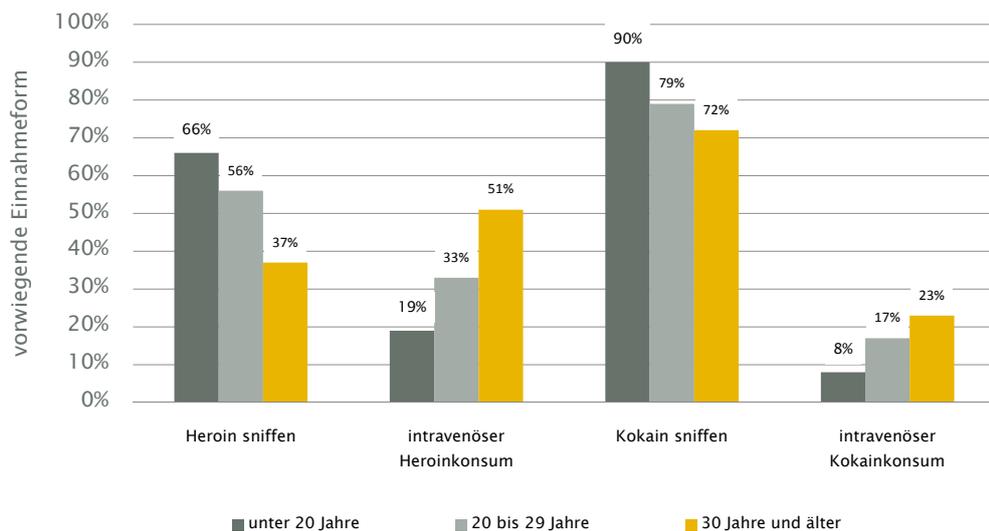
Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Insgesamt rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten (exklusive kurzfristiger Kontakte, bei denen diese Variable nicht erhoben wird) ist zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung (Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst), wobei der Anteil der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen mit dem Alter der Klientinnen und Klienten steigt.

Das auch aus Sicht der Schadensminimierung relevante Ergebnis hinsichtlich der großen Bedeutung des Sniffens beim Heroin bzw. Opiatkonsum bestätigt sich bei den DOKLI-Daten 2009.

Abbildung 5.3:

Vorwiegende Einnahmeform von Heroin (n = 2.237) und Kokain (n = 2.440) bei Personen, die 2009 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach dem Alter



Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

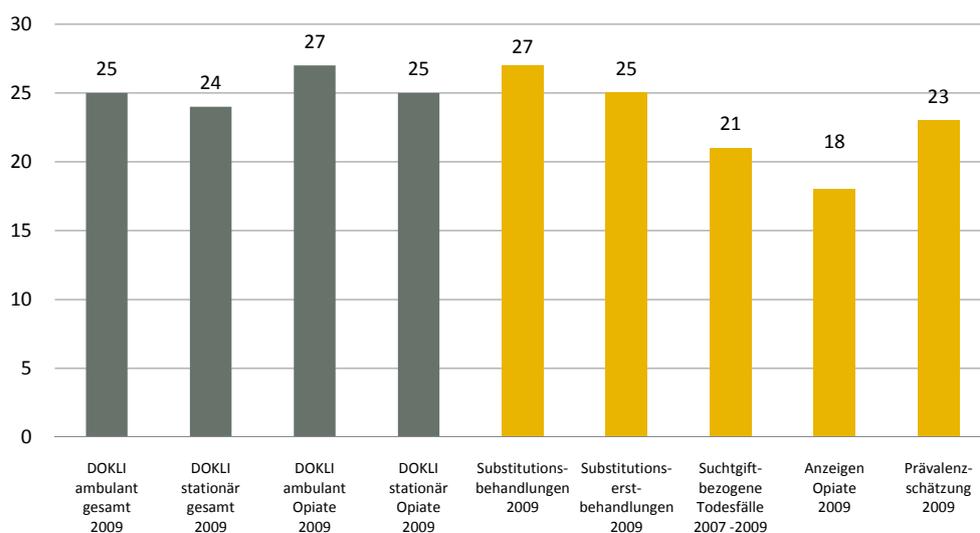
Bei Personen in längerfristiger ambulanter Betreuung stellt Sniffen (52 %) die am öftesten genannte vorwiegende Einnahmeform von Heroin dar, gefolgt von injizierendem Konsum (37 %). Im stationären Bereich betragen die entsprechenden Werte 32 und 60 Prozent. Der Anteil der Personen mit vorwiegender Einnahmeform „injizieren“ nimmt mit dem Alter der Klientel zu (vgl. Abb. 5.3). Dieses interessante Ergebnis wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels des DOKLI-Berichts 2008 (GÖG/ÖBIG 2008a bzw. Busch und Eggerth in Vorbereitung) vertiefend analysiert. Es zeigte sich, dass ein nicht unerheblicher Teil von Heroinkonsumierenden über die nasale Applikation in den Konsum einsteigt und erst nach einiger Zeit (wenn überhaupt) auf den intravenösen Drogenkonsum umsteigt. Zu Möglichkeiten hinsichtlich präventiver Maßnahmen, die sich daraus ergeben, siehe GÖG/ÖBIG 2008a.

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen DOKLI-Berichts (GÖG/ÖBIG 2010a) beschäftigt sich mit Geschlechterunterschieden. Zunächst wurde der Frage nachgegangen, ob Frauen im System der Drogenhilfe (z. B. mangels geeigneter Angebote) – wie dies fallweise in der Literatur behauptet wird – unterrepräsentiert sind. Ein Vergleich mit anderen Datenquellen spricht gegen diese Hypothese, da der Frauenanteil dort etwa gleich oder niedriger als in DOKLI ist (vgl. Abb. 5.4) Sollte die Hypothese doch stimmen,

müsste es eine Gruppe von Frauen außerhalb des Behandlungssystems geben, die nicht riskant konsumiert (scheint nicht bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen auf) und auch nicht angezeigt wird.

Abbildung 5.4:

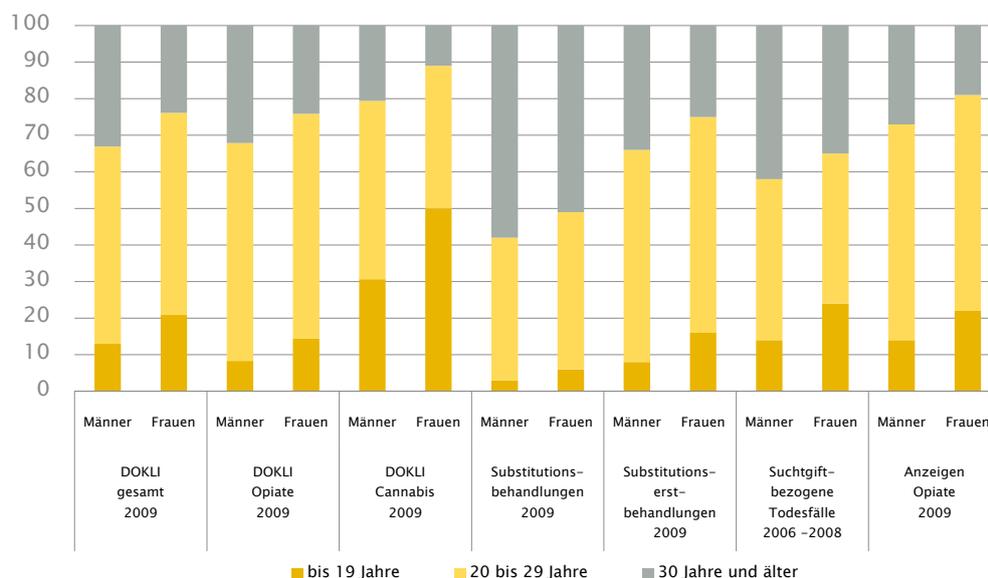
Frauenanteil in DOKLI, bei den Substitutionsbehandlungen, bei den wegen Opiaten angezeigten Personen und bei der Prävalenzschätzung 2009 und bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen 2007–2009, in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Ein weiteres interessantes Ergebnis betrifft die unterschiedliche Altersstruktur von Männern und Frauen in drogenspezifischer Behandlung. Frauen sind im Vergleich zu Männern bei der jungen Klientel (bis 20 Jahre) über- und bei der älteren (30 Jahre und älter) unterrepräsentiert. Dieses Phänomen zeigt sich auch in anderen Datenquellen des Drogenmonitorings (vgl. Abb. 5.5)

Abbildung 5.5:  
 Altersverteilung bei Männern und Frauen in DOKLI, bei den Substitutions-  
 behandlungen, bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen und bei den wegen Opiaten  
 angezeigten Personen in Prozent



Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

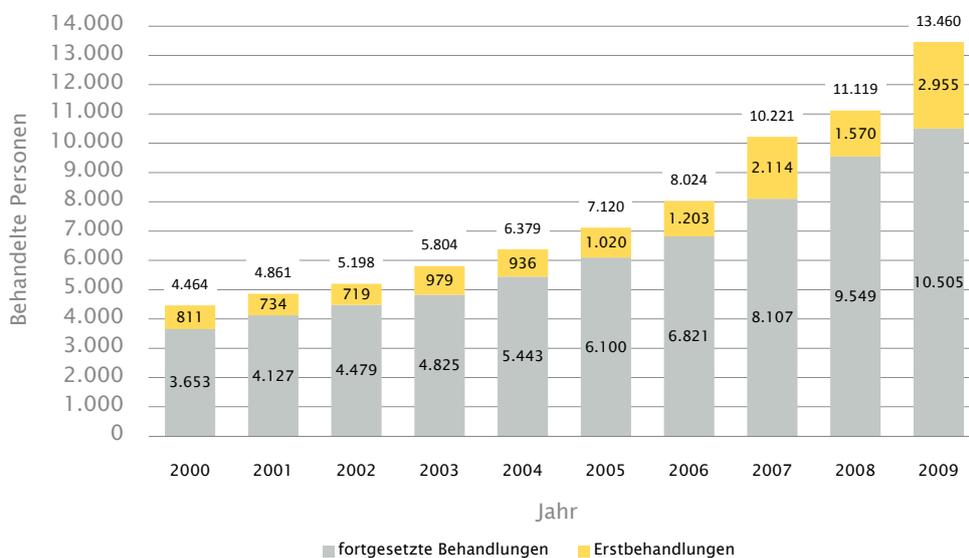
Zum höheren Anteil von unter 20-Jährigen bei den Frauen trägt sicherlich bei, dass Mädchen etwa ein Jahr früher in den Drogenkonsum einsteigen als Burschen. Diese Diskrepanz lässt sich auch beim Einstieg in den intravenösen Drogenkonsum beobachten (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a, zu möglichen Ursachen siehe z. B. GÖG/ÖBIG 2007a, Haas 2005); ein weiterer Faktor könnte eine kürzere Latenzzeit sein (Zeit zwischen Beginn des Drogenkonsums und Beginn der Therapie). Allerdings kann durch einen früheren Therapiebeginn von Frauen in erster Linie der höhere Prozentsatz der unter 20-Jährigen bei der weiblichen Klientel, nicht aber der geringere Anteil der über 29-Jährigen erklärt werden. Hier wäre ein möglicher Erklärungsansatz, dass Frauen eventuell bedingt durch größere Krankheitseinsicht (vgl. Haas 2005) oder Schwangerschaft früher aus dem Drogenkonsum wieder aussteigen. Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Analysen zur direkt drogenbezogenen Mortalität von Personen in Substitutionsbehandlung eine wesentlich geringere Mortalität von Frauen ergeben (vgl. Kap. 6.3), was für eine bessere Prognose der weiblichen Klientel spricht.

## 5.4 Trends und Anzahl der betreuten Personen

Da DOKLI erst seit 2006 existiert, lassen sich hinsichtlich Trends noch keine Aussagen machen (erste Trendanalysen sind für 2011 geplant). Eine weit zurückreichende Zeitreihe liegt bezüglich des Monitorings der Substitutionsbehandlungen vor.

Abbildung 5.6:

Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 2000–2009



Anmerkung: **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 entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Diskrepanzen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen (GÖG/ÖBIG 2009b) sind durch Korrekturmaßnahmen des BMG zu erklären.

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom Gesundheitsressort wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärz-

te<sup>25</sup>. Diese Meldungen sind nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003, GÖG/ÖBIG 2010b), dennoch sind daraus grobe Eindrücke sowohl bezüglich der quantitativen Entwicklung als auch bezüglich der Charakteristika der Klientinnen und Klienten zu gewinnen (vgl. ST3, ST TDI und Abb. 5.6).

Ein wesentliches Manko hinsichtlich der Datenqualität stellte die „Ghost Case“-Problematik<sup>26</sup> dar (vgl. Kap. 4.1). Um dieses Problem in den Griff zu bekommen, wurden vom BMG im Jahr 2007 umfangreiche Korrekturmaßnahmen, basierend auf Nachfragen bei den behandelnden Ärztinnen und Ärzten, durchgeführt. Es ist auch davon auszugehen, dass die am 1. März 2007 in Kraft getretene Novelle der Suchtgiftverordnung (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b) die Meldepraxis massiv verbessert hat. Aufgrund dieser Korrekturen und Neuerungen ergeben sich einige Änderungen zu den in den Vorjahren referierten Zahlen. Der Anstieg der Zahl der gemeldeten Behandlungen und insbesondere der Erstbehandlungen vom Jahr 2006 zum Jahr 2007 ist vermutlich großteils auf die Erhöhung der Coverage (Vollständigkeit) der Meldungen zurückzuführen. Der massive Anstieg der Erstbehandlungen im Jahr 2009 (vgl. Abb. 5.7) dürfte durch die Verlagerung der Meldepflicht zu den Bezirksverwaltungsbehörden zu erklären sein (Nachmeldung bereits in Behandlung befindlicher Personen, die fälschlicherweise als Erstbehandlungen aufscheinen). Ob die Zahl der insgesamt in Substitutionsbehandlung gemeldeten Personen (13.480) der Realität entspricht, kann nicht verifiziert werden. Unter der Annahme, dass nun alle laufenden Behandlungen gemeldet werden, aber noch nicht alle „Ghost Case“-Fälle bereinigt wurden, müsste die Zahl der tatsächlich behandelten jedenfalls niedriger liegen.

Aufgrund der in diesem Abschnitt dargestellten methodischen Probleme können derzeit nur wenige epidemiologische Aussagen gemacht werden. Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (Abb. 5.6). Der Anteil der Frauen beträgt wie in den Vorjahren etwa ein Viertel. Weiterführende Analysen nach Alter und Bundesland sind aufgrund der Veränderung der Coverage inhaltlich nicht sinnvoll. Eine Auflistung der gemeldeten Behandlungen nach Bundesland findet sich in Tab. A21 im Anhang A.

---

25

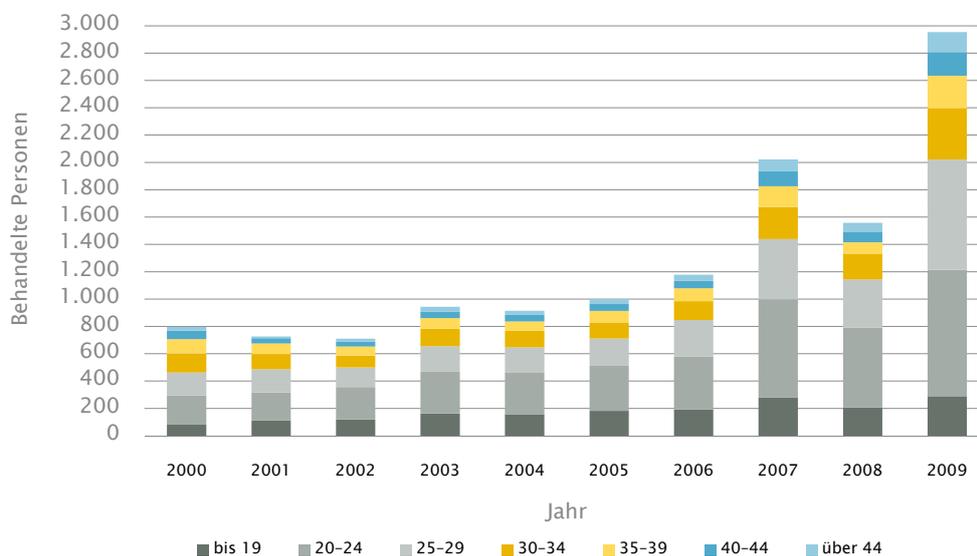
Seit dem Jahr 2009 erfolgt die Meldung an das Substitutionsregister durch die Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde.

26

Bei Fehlen der Meldung des Betreuungsendes geht die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung befindlich (= „Ghost Case“) in die Statistik ein (Details vgl. GÖG/ÖBIG 2006 und GÖG/ÖBIG 2010b).

Abbildung 5.7:

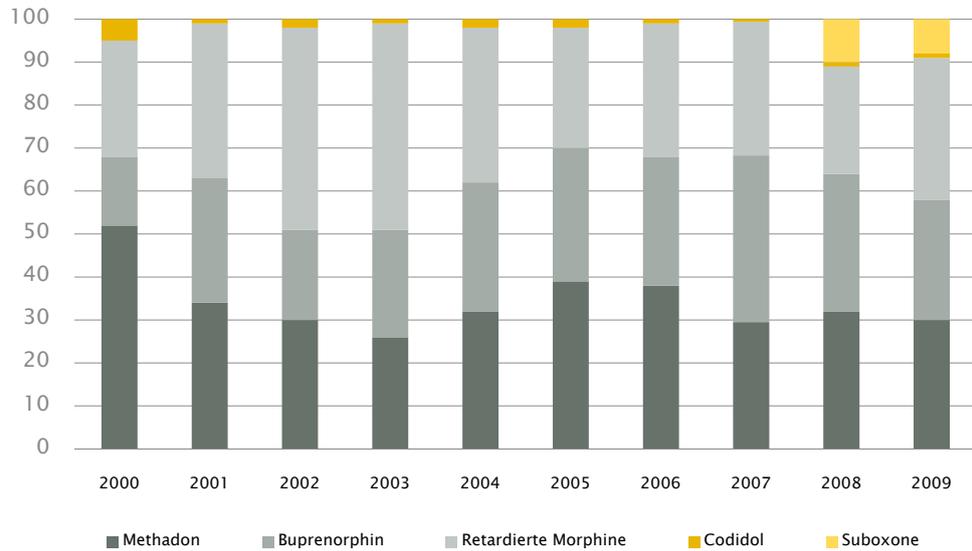
Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 2000–2009



Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Auch die Analyse nach bei der Erstbehandlung verordnetem Substitutionsmittel ist mit Vorsicht zu interpretieren, da ein Teil der Behandlungen aufgrund der oben erläuterten Gründe fälschlicherweise den Erstbehandlungen zugerechnet wird. Der Anteil der retardierten Morphine ist im Vergleich zu den Vorjahren wieder etwas gestiegen und beträgt nun 33 Prozent (2008: 25 %). Die Verschreibungsraten bei Methadon, Buprenorphin und Suboxone sind minimal gesunken (vgl. Abb. 5.8). Wie auch in den Vorjahren ergeben aber die Auswertungen der DOKLI–Daten ein anderes Bild. Es muss allerdings auf die bereits erläuterten Einschränkungen der Vergleichbarkeit (andere Klientengruppe) hingewiesen werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Bei im DOKLI dokumentierten Klientinnen und Klienten, die sich zu Beginn der Betreuung in Substitutionsbehandlung befinden, werden retardierte Morphine am häufigsten eingesetzt (45 % bei den längerfristig ambulant betreuten, 67 % bei den niederschwellig begleiteten und 62 % bei den längerfristig stationär betreuten Personen); mit Methadon werden 17 bis 27 Prozent der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen behandelt und mit Buprenorphin nur 5 bis 20 Prozent (GÖG/ÖBIG 2010a). Buprenorphin wird verstärkt bei der jüngeren Klientel verschrieben.

Abbildung 5.8:  
Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel  
in den Jahren 2000–2009 in Prozent



Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Eine Aktualisierung der im Vorjahr auf Basis von DOKLI und Substitutionsbehandlungen beruhenden Schätzung aller in drogenspezifischer Betreuung befindlicher Personen (Ergebnis für 2008: 17.000; vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) wurde aufgrund der oben erläuterten Probleme hinsichtlich der Datenqualität im Substitutionsregister nicht vorgenommen. Allerdings dürfte sich die Zahl im Laufe eines Jahres wohl nicht massiv geändert haben.

## 6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Infektionskrankheiten sind insbesondere in Hinblick auf die Übertragungsgefahr bei intravenösem Substanzkonsum von Relevanz, wobei diesbezügliche Daten auf nicht repräsentativen Samples aus dem Behandlungsbereich bzw. aus der niederschweligen Betreuung basieren. Lag die HIV-Prävalenzrate Anfang der 1990er Jahre noch bei zirka 20 Prozent, bewegt sie sich seither auf niedrigerem Niveau (0 % bis 5 %). Die Prävalenzrate für Hepatitis B liegt im Berichtsjahr bei unter 20 Prozent. Die Prävalenzrate für Hepatitis C-Antikörper hat sich bei rund 50 Prozent eingependelt. Bezüglich Hepatitis C sind die Prävalenzen zum HCV-Antikörpernachweis (HCV-Ab) und zur HCV-RNA von einzelnen Einrichtungen gesondert dokumentiert. Dies ist insofern von Interesse, als hauptsächlich die – auf Basis eines PCR-Tests festgestellte – HCV-Positivität einen chronischen Verlauf der Hepatitis C beschreibt.

Psychiatrische Komorbidität im Kontext der Drogenabhängigkeit steht in Österreich weiterhin im Blickpunkt. Es gibt dazu zwar keine Routinedaten, jedoch eine Vielzahl von Daten und Berichten aus dem Behandlungsbereich. Auf Basis dieser Daten muss bei Menschen mit problematischem Drogenkonsum von einer hohen Prävalenz psychiatrischer Komorbidität (Doppeldiagnosen) gesprochen werden.

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. Bei direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen kann ein unmittelbar kausaler Zusammenhang zwischen Tod und Suchtgiftkonsum angenommen werden, die Personen verstarben an einer akuten Intoxikation (Überdosierung). Für das Jahr 2008 war allerdings festzustellen, dass die Zahl jener Fälle, in denen bei Verdacht auf Überdosierung mit Suchtgiftbeteiligung eine für die Verifizierung und Analyse der Überdosierung ausschlaggebende Leichenöffnung einschließlich toxikologischer Untersuchung durchgeführt wird, deutlich rückläufig ist (GÖG/ÖBIG 2009b). Auch im Jahr 2009 wurde in 19 Fällen, in denen auf dem Totenbeschauschein eine Suchtmittelintoxikation vermerkt ist, keine gerichtliche Obduktion oder sanitätspolizeiliche Leichenöffnung veranlasst; diese Fälle konnten somit nicht als Überdosierungsfälle mit Suchtgiftbeteiligung verifiziert werden, es ist also nicht gesichert, ob es sich dabei tatsächlich um suchtgiftbezogene Todesfälle handelt oder nicht. Dass die Anzahl dieser Fälle in den letzten Jahren stark angestiegen ist, beeinträchtigt nicht nur die Aussagekraft der Statistik, sondern schließt auch die Vergleichbarkeit mit der Statistik der Vorjahre aus. Insgesamt liegt die Obduktionsrate in Österreich im oberen europäischen Mittelfeld, sie sinkt jedoch seit Jahren kontinuierlich ab und lag im Jahre 2007 für alle Todesfälle bei 19,4 Prozent (Leitner 2009). Im Rahmen der jährlichen Expertengruppe zum Schlüsselindikator suchtgiftbezogene Todesfälle wurden in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Gerichtsmedizin Richtlinien für einheitliche Obduktionen von suchtgiftbezogenen Verdachtsfällen entwickelt, die die Aussagekraft der Sta-

tistik in Bezug auf Substanzen (z. B. eine eindeutige Differenzierung zwischen Heroin und Morphin) und Begleiterkrankungen erhöhen sollen (Beer et al. 2010).

Im Rahmen einer EBDD-Arbeitsgruppe zu Mortalitätskohorten wurde im Jahr 2010 von der GÖG eine Analyse der direkt suchtgiftbezogenen Mortalität von Personen in Substitutionsbehandlung durchgeführt (vgl. Kapitel 6.3).

## 6.1 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Die gesammelten Daten in ST9 zu den drogenbezogenen Infektionskrankheiten beruhen auf nationalen und subnationalen Samples aus der niederschweligen wie auch der stationären Drogenhilfe. Die vorliegenden **Prävalenzen** werden in Tabelle 6.1 dargestellt. Im Berichtsjahr weisen die Daten auf eine Hepatitis-B-(HBV-)Rate hin, die zwischen 2 und 19 Prozent streut. In den meisten Fällen kann ausgeschlossen werden, dass die positiven Befunde auf eine vorangegangene Impfung zurückzuführen sind (siehe auch Fußnoten zu Tabelle 6.1). Aus den Einrichtungen wird weiterhin eine niedrige HIV-Prävalenz zwischen 0 und 3 Prozent berichtet (2008: 0 % bis 2 %). Eine etwas höhere HIV-Rate zeigt sich bereits in den letzten Jahren bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen, sie liegt 2009 zwischen 5 und 12 Prozent. Die Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-Ab-)Prävalenz liegt im Jahr 2009 bei 18 bis 70 Prozent. Es zeichnet sich also weiterhin eine starke Bandbreite der Prävalenzen zwischen den unterschiedlichen Datenquellen ab (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c, GÖG/ÖBIG 2009b).

Bezüglich der HCV-RNA zeigt sich, dass ein hoher Prozentsatz der HCV-Ab-Positiven auch einen chronischen Verlauf entwickelt. Aufgrund der großen Streuung der HCV-RNA-Prävalenz (zwischen 52 % in der Marienambulanz und 72 % in Lukasfeld) können diese Daten nicht herangezogen werden, um verallgemeinernde Aussagen hinsichtlich eines chronischen Verlaufs einer Hepatitis-C-Infektion abzuleiten. Bezüglich der HCV-Genotypisierung gibt es im Berichtsjahr weder nationale Daten noch Einzelmeldungen.

Generell ist aufgrund der unterschiedlichen Erhebungspraktiken in den einzelnen Einrichtungen (Routineerhebung vs. freiwilliges Testangebot) auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der einzelnen Prävalenzen wie auch auf die mangelnde Repräsentativität der Datenquellen hinzuweisen.

Tabelle 6.1:

Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C–Ab, Hepatitis C–RNA und HIV, 2009

Datenquelle	HBV-Rate	HCV–Ab-Rate	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	23 % (14/60) <sup>1</sup>	33 % (20/60)	3 % (2/60)
Langzeittherapiestation des Anton–Proksch–Instituts (API)	18 % (15/82) <sup>2</sup>	43 % (35/82)	0 % (0/82)
Sozialmedizinische Beratungsstelle Ganslwirt	9 % (5/55) <sup>3</sup>	70 % (51/74)	0 % (0/79)
Caritas Marienambulanz	15 % (19/123) <sup>4</sup>	70 % (86/123)	1 % (1/123)
DOKLI <sup>5</sup>	14 % (45/332)	55 % (238/435)	2 % (8/424)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2009	nicht erfasst	18 % (34/187) <sup>5</sup> 45 % (34/76)	5 % (9/187) 12 % (9/76)

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

2 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die nachweislich nicht geimpft bzw. ausgeheilt waren.

3 Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper oder Antigene gegen Hepatitis B nachgewiesen wurden und die noch nicht gegen Hepatitis B geimpft waren.

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

5 Nur in 76 von 187 Gutachten zu den direkt suchtgiftbezogenen Todesfällen fand der Infektionsstatus von HCV–Ab bzw. HIV Erwähnung. In den restlichen Fällen wird nicht deutlich, ob der Infektionsstatus nicht erhoben oder aufgrund eines negativen Ergebnisses im Gutachten nicht erwähnt wurde. Die beiden angegebenen Prozentsätze stellen somit die Ober– bzw. Untergrenze der Prävalenzraten zu HCV–Ab und HIV dar.

Quellen: Duspara, Stolz–Gombocz, Haltmayer, Anderwald, Bauer, p. M.; GÖG/ÖBIG 2010a, GÖG/ÖBIG 2010c; vgl. auch ST9; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Anamnestisch erhobene Daten zu den drogenbezogenen Infektionskrankheiten finden sich für Wien in der Darstellung der aktuellen gesundheitlichen Probleme im BADO–Bericht (vgl. Tab. A29 im Anhang, IFES 2009b). Die Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten der Wiener BADO weist auf eine HCV–Prävalenz von 29 Prozent hin und auf eine HBV–Prävalenz von 3 Prozent, wobei sich hier keine Veränderung zu den Vorjahren zeigt. Auch die HIV–Prävalenz liegt laut Selbstauskunft der Klientinnen und Klienten weitgehend stabil bei 4 Prozent (IFES 2009b). Die Betroffenheit der Klientinnen und Klienten mit einer Hepatitis–C–Erkrankung steigt nahezu linear mit dem Alter an: Beträgt die Prävalenz bei den unter 21–Jährigen noch 10 Prozent, so steigt sie bei den über 30–Jährigen auf 40 Prozent an. Eine Unterscheidung zwischen einem positiven HCV–Antikörpernachweis und einem positiven HCV–RNA–Status ist aufgrund des Untersuchungsdesigns nicht möglich.

Die Daten bezogen auf die Allgemeinbevölkerung aus der amtlichen Meldestatistik (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) zu Infektionskrankheiten liegen für das Jahr 2009 noch nicht vor.

Die Meldungen der kontinuierlichen nationalen Aids-Statistik zeigen, dass i. v. Konsum mit zehn Nennungen als Risikosituation an dritter Stelle nach heterosexuellen Kontakten ( $n = 25$ ) und homosexuellen Kontakten ( $n = 17$ ) steht. Sieben Fälle werden 2009 unter „Anderes/Unbekannt“ gemeldet. Hinsichtlich der Aids-Todesfälle nach Risikosituation und Jahr wird ersichtlich, dass von insgesamt 19 gelisteten Todesfällen weniger als ein Drittel i. v. Konsumierende betrafen (BMG 2010; vgl. Tab. A3 Anhang A).

Daten zu weiteren drogenrelevanten Infektionen liegen nur hinsichtlich der Tuberkulose (Tbc) vor. Von 208 Tbc-Angaben im DOKLI-Datensatz (vgl. Kap. 5.3) ist keine Person Tbc-positiv diagnostiziert worden, zwei Fälle wurden bereits früher erhoben. Diese Zahlen belegen, dass Tbc bei den vom Drogensystem erfassten Personen weiterhin kein Problem darstellt. Die Tbc-Impfquote basiert auf den Daten von 238 Personen. Auch die diesjährigen Daten bestätigen die geringe Durchimpfungsrate bei Tbc, die 2009 wie im Jahr 2008 bei fünf Prozent lag (GÖG/ÖBIG 2009a; GÖG/ÖBIG 2010a).

Zum Hepatitis-A-Impfstatus liegen im DOKLI-Datensatz von 359 Personen, zum Hepatitis-B-Impfstatus von 493 Personen Angaben vor. Die **Durchimpfungsrate** von 28 Prozent bei Hepatitis A bzw. von 33 Prozent bei Hepatitis B ist als niedrig zu bezeichnen. Es lässt sich aber erkennen, dass bei Personen unter zwanzig Jahren eine höhere Impfquote besteht als in den anderen Altersgruppen (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a). Die HBV-Durchimpfungsrate deckt sich mit den Angaben der stationären Einrichtungen Lukasfeld (27 %) und API (34 %), nicht aber mit der niederschweligen Einrichtung Marienambulanz, die von 10 Prozent ausgeht (vgl. ST9). Allgemein muss angemerkt werden, dass die genannten Zahlen weniger über einen bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aussagen (GÖG/ÖBIG 2009a).

## 6.2 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

Im Rahmen einer Diplomarbeit wurden 57 Bewohnerinnen und Bewohner der Therapiestation Erlenhof mit einem standardisierten Fragebogen zu ihrer gesundheitlichen, insbesondere der **psychischen Situation** befragt (Porstmann 2009, vgl. Kap. 5.2). Drei Viertel der Befragten geben Konzentrations- und Erinnerungsschwierigkeiten an, und rund die Hälfte der Befragten berichtet von schweren Depressionen. Ebenfalls mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, unter Angst- bzw. Spannungsstörungen zu leiden, und rund ein Drittel leidet unter unkontrollierbaren Aggressionen. Einen oder mehrere Suizidversuche haben ein Drittel der Befragten hinter sich, wobei Frauen wesentlich häufiger bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich haben als Männer (Porstmann 2009).

Hinweise zu psychiatrischer Komorbidität finden sich auch in den DOKLI-Daten (vgl. Kap. 5.3). Bei 183 der 347 Personen (53 %) mit gültigen Angaben zumindest einer

nichtsuchtspezifischen ICD-10-Diagnose liegen eine psychische und eine Verhaltensstörung vor. Es handelt sich dabei ebenso um affektive Störungen (z. B. Depression), Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie um neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (GÖG/ÖBIG 2010a).

In der Statistik der Wiener BADO geben 61 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an<sup>27</sup>. Neben chronischer Hepatitis C (29 %) nennen die Klientinnen der Wiener Drogeneinrichtungen die Diagnose „Zahnprobleme“ (19 %) am häufigsten. Diesem Anteil folgen Angaben über Magen- bzw. Darmprobleme (12 %), psychiatrische Problem (11 %) und andere Erkrankungen (11 %). Hinsichtlich der Häufigkeit der Angaben zu den einzelnen gesundheitlichen Problemen hat sich, wie in Tab. A29 im Anhang A ersichtlich ist, in den vergangenen fünf Jahren kaum etwas verändert. Allgemein ist festzustellen, dass Frauen in einem etwas höheren Maße als Männer angeben, mit gesundheitlichen Problemen konfrontiert zu sein (67 % vs. 58 %). Diese Differenz bezieht sich vor allem auf Magen- bzw. Darmprobleme und auf psychiatrische Erkrankungen (IFES 2009b).

Die psychische Gesundheit von Drogenkonsumierenden wird vor allem von niederschweligen Einrichtungen thematisiert. Aus der Statistik der Themen bei den Beratungs- und Betreuungsgesprächen des Ganslwrirts wird deutlich, dass die psychische Gesundheit nach Wohnen an zweiter Stelle noch vor Drogenkonsum und physischer Gesundheit steht (VWS 2010b).

Neben der psychiatrischen Komorbidität und den gesundheitlichen Folgen der bereits erläuterten Infektionskrankheiten sind auch **somatische Krankheiten** und Schädigungen infolge chronischer Toxineinwirkung bzw. infolge der oft problematischen Lebensverhältnisse von intravenös Konsumierenden anzuführen.

Jährlich analysiert wird die körperliche Komorbidität (begleitende Organerkrankungen), basierend auf den Befunden (makroskopische und mikroskopisch-histologische Untersuchungsergebnisse der inneren Organe) der gerichtsmedizinischen Gutachten der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle. Diese zeigen wie in den Vorjahren eine ausgeprägte körperliche Organschädigung der Suchtgiftkonsumierenden. Bei den meisten

---

27

Angaben zu den gesundheitlichen Problemen beziehen sich ausschließlich auf Angaben der Klientinnen und Klienten und basieren weder auf gezielten diagnostischen Fragestellungen noch auf ärztlichen Befunden.

indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen<sup>28</sup> erlagen die Opfer (28 Personen) Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose oder Krebs. Zehn Personen verstarben an Aids. Zwei Personen kamen bei einem Unfall ums Leben. Sieben Personen begingen Suizid (nicht durch eine Suchtgiftvergiftung) GÖG/ÖBIG (2010c).

Zu Begleiterkrankungen bei schwangeren Drogenkonsumierenden liegen ausschließlich Informationen über spezifische Maßnahmen vor (vgl. Kap. 7.3). Aussagen über die Prävalenz psychiatrischer bzw. somatischer Komorbidität können u. a. aufgrund mangelnder Repräsentativität der angeführten Samples nicht gemacht werden. Die Daten sind lediglich als eine Beschreibung der Häufigkeiten zu verstehen. Interpretationen in einem politischen, rechtlichen, ökonomischen oder sozialen Zusammenhang sind demnach ebenfalls nicht durchführbar.

### 6.3 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität

Bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen wird zwischen den direkt und den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unterschieden (genaue Methodologie vgl. GÖG/ÖBIG 2010c). Insgesamt konnten 187 Fälle auf Basis von Obduktionsbefunden als direkt suchtgiftbezogene Todesfälle verifiziert werden. Diese Zahl kann jedoch nur als Untergrenze angesehen werden. Tatsächlich könnten es unter Berücksichtigung auch jener gemeldeten Verdachtsfälle, in denen nur ein Totenbeschauschein (äußere Befundung der Leiche) vorliegt, zwischen 187 und 206 Fälle sein. Eine genaue Trendaussage ist – wie bereits im Vorjahr (Vgl. GÖG/ÖBIG 2009b) – aufgrund der hohen Anzahl an Personen (19), bei denen keine Obduktion durchgeführt wurde, nicht möglich.

Bei 13 Prozent der suchtgiftbezogenen Todesfälle wurden toxikologisch ausschließlich illegale Drogen festgestellt (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination). Zusätzlich wurden in 47 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 10 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 30 Prozent beides – Alkohol und psychoaktive Medikamente – nachgewiesen. Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (99 % der Intoxikationen mit bekannten Substanzen; vgl. Abb. 6.1). Zu den am häufigsten vorgefundenen Opiaten

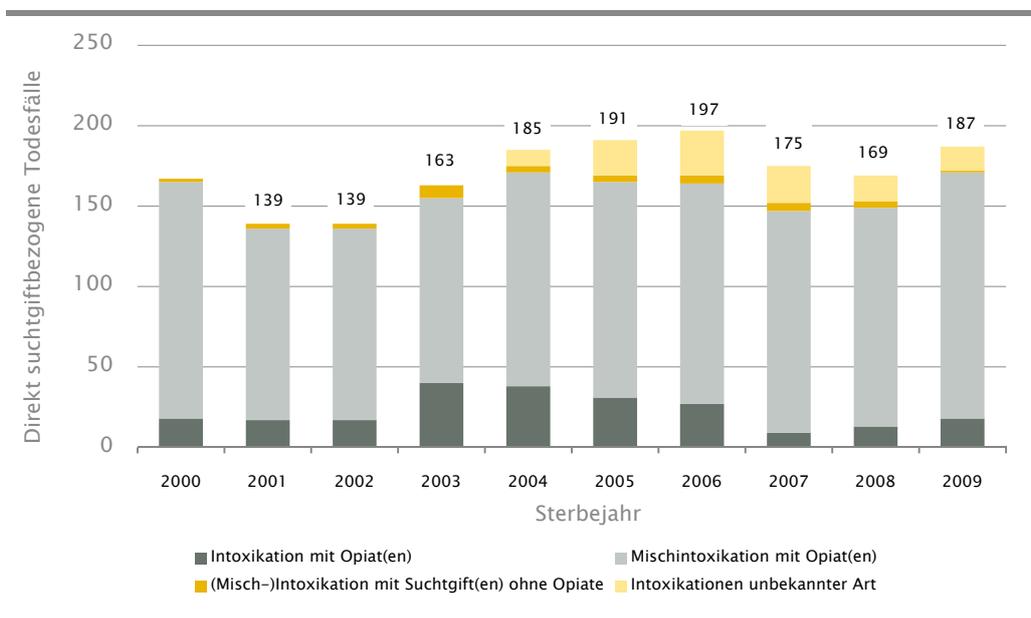
---

28

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

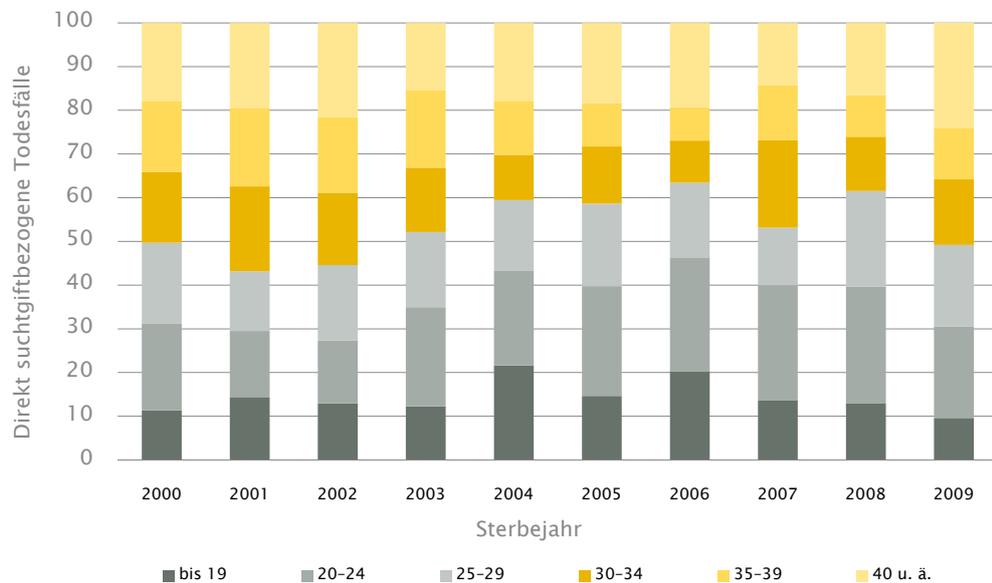
zählt Morphin und Heroin, gefolgt von sonstigen Opiaten und Methadon (GÖG/ÖBIG 2010c). Kokain und Amphetamine wurden lediglich in 22 bzw. 15 Fällen vorgefunden. Der Anteil reiner Opiatintoxikationen liegt mit rund elf Prozent leicht über dem Vorjahr (2006: 16 %, 2007: 6 %, 2008: 8 %). Polytoxikomane Konsummuster, bei denen die sich teilweise potenzierende Wirkung unterschiedlicher Substanzen schwer kontrollierbar ist, sind nach wie vor stark verbreitet und stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (vgl. Kap. 4).

Abbildung 6.1:  
Anteil der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2000–2009



Quelle: GÖG/ÖBIG 2010c; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 6.2:  
 Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich,  
 in Prozent, 2000–2009



Quelle: GÖG/ÖBIG 2010c; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der gruppierte Median<sup>29</sup> des Sterbealters betrug im Jahre 2009 29,2 Jahre. Somit liegt der Median im Schwankungsbereich der Jahre zuvor (2006: 24,6; 2007: 28,3; 2008: 25,7). Der Anteil der Gruppe der Personen unter zwanzig Jahren liegt mit elf Prozent in der Schwankungsbreite der letzten Jahre (2006: 20 %; 2007: 14 %; 2008: 13 %; vgl. Abb. 6.2). Der Anteil der Frauen bei den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit zwanzig Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

Die Sucht- und Drogenkoordination Wien beauftragte das Institut für empirische Sozialforschung (IFES) mit der Auswertung jener Obduktionsgutachten, die in Wien und Niederösterreich in den Jahren 2005 bis 2007 den Befund oder Verdacht eines suchtgiftbezogenen Todesfalles beinhalteten (vgl. Kapitel 7.1). Die Evaluierung der Obduktionsgutachten soll die Grundlage für einen einheitlichen Aufbau und eine einheitliche

<sup>29</sup>

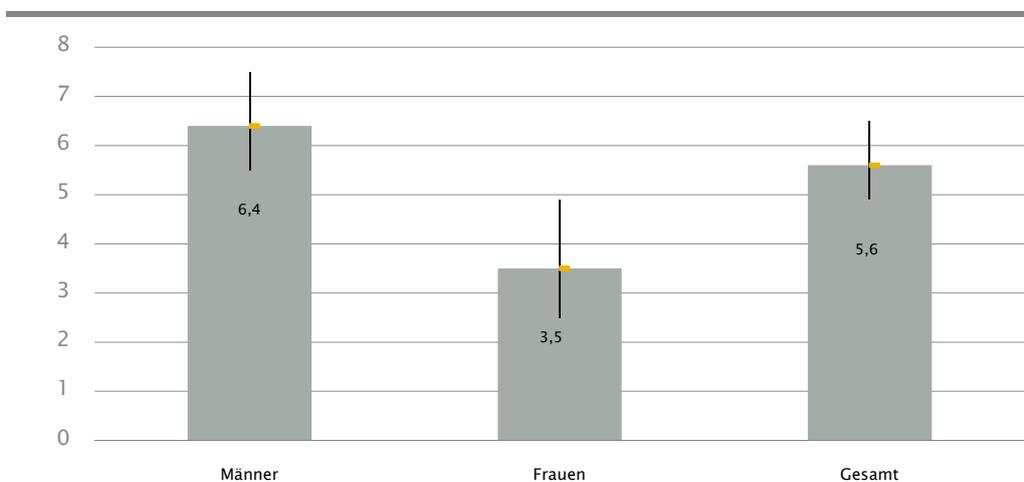
Der gruppierte Median ist jener Wert, bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

inhaltliche Konzipierung künftiger Obduktionsberichte und Testverfahren bilden. Die Ergebnisse sind noch nicht veröffentlicht (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

Im Rahmen der EBDD-Arbeitsgruppe zu Mortalitätskohorten wurde 2010 eine Analyse der direkt suchtgiftbezogenen Mortalität von Personen in Substitutionsbehandlung durchgeführt.

Abbildung 6.3:

Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 1.000 Personenjahre von Männern, Frauen und insgesamt von Personen, die im Zeitraum 1. 1. 2000 und 31. 12. 2008 erstmals eine Substitutionsbehandlung begannen



Anmerkung: Der schwarze senkrechte Strich gibt jeweils die Breite des 95%-Konfidenzintervalls an.

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Auswertungen und Darstellung

Zu diesem Zweck wurden die Daten des Substitutionsregisters und der Statistik der suchtgiftbezogenen Todesfälle auf pseudonymisierter Basis<sup>30</sup> verlinkt. Die Analyse bezieht sich auf jene Personen, deren lebensbezogener Erstbehandlungsbeginn im Zeitraum 1.1.2000 und 31.12.2008 lag. Dies trifft auf insgesamt 9.716 Personen zu. Summiert man die Jahre in denen diese Personen im Beobachtungszeitraum aufschei-

30

Bei einer Pseudonymisierung werden die personenspezifischen Daten wie Name, Geburtsdatum etc. durch einen nicht rückführbaren Code ersetzt. Dabei bleibt die Information erhalten, welche Daten ein und dieselbe Person betreffen, ein Rückschluss auf Einzelpersonen ist jedoch nicht möglich.

nen, ergeben sich 35.497 Personenjahre<sup>31</sup>. Das Durchschnittsalter beim Eintritt in die Kohorte (= Erstbehandlungsbeginn) beträgt 27,3 Jahre, der Frauenanteil 26 Prozent. Insgesamt versterben von diesen 9.716 Personen 200 Personen im Zeitraum 2000 bis 2008 an einer Überdosis. Die Mortalitätsrate beträgt 5,6 (95%-Konfidenzintervall: 4,9 bis 6,5) Todesfälle pro 1.000 Personenjahre (vgl. ST 18). Sehr interessant ist, dass die direkt drogenbezogene Mortalitätsrate bei Frauen wesentlich niedriger ist als die bei Männern (vgl. Abb. 6.3 siehe dazu auch Kap. 5.3).

Einschränkend muss jedoch darauf hingewiesen werden, dass sich diese Analyse ausschließlich auf Überdosierungen und damit auf direkt suchtgiftbezogene Mortalität bezieht. Über die Gesamtmortalität von Personen in Substitutionsbehandlung (z. B. Todesfälle aufgrund von Folgeerkrankungen etc.) kann damit nichts ausgesagt werden (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

---

31

Unter Personenjahr versteht man die Zeit, in der eine Person im Rahmen der Kohortenstudie beobachtet wird. In der vorliegenden Kohorte tragen beispielsweise alle Personen mit Behandlungsbeginn am 1. 1. 2000 jeweils neun Personenjahre (sofern sie nicht vor dem 31. 12. 2008 verstorben sind) bei, Personen mit Behandlungsbeginn 1. 1. 2001 tragen acht Personenjahre bei usw. Eine Person, die beispielsweise am 1. 1. 2002 ihre Behandlung beginnt und am 30. 6. 2002 verstirbt, trägt ein halbes Personenjahr bei. Bei Mortalitätskohortenanalysen wird die Mortalitätsrate oft in Todesfällen pro 1.000 Personenjahre angegeben.

## 7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

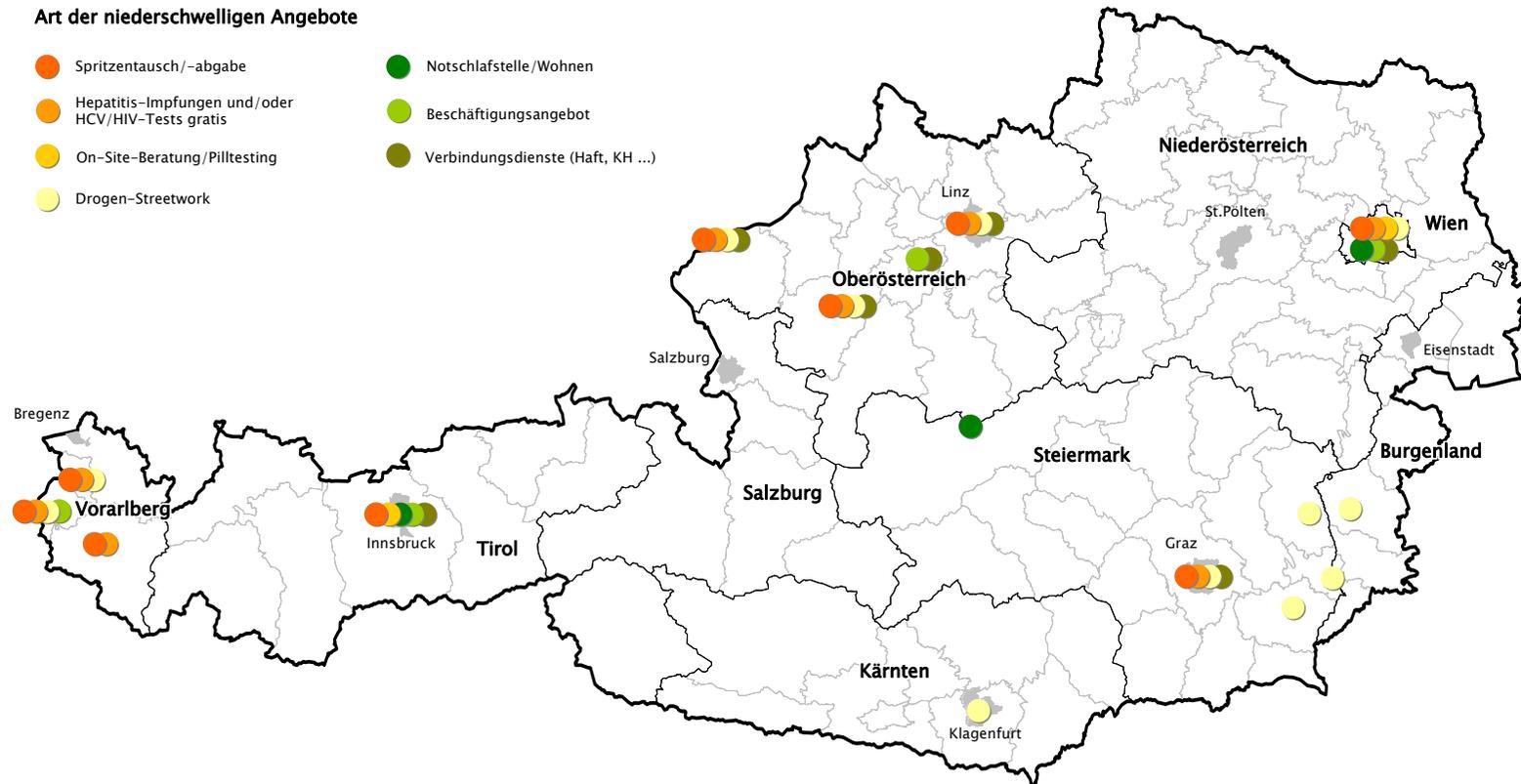
Unter Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen wird eine Vielfalt von Interventionen gefasst. Diesbezügliche Angebote liegen in Österreich schwerpunktmäßig im Bereich von drogenrelevanten Infektionskrankheiten und bieten vorwiegend niederschwellige Unterstützung im Sinne von Schadensminimierung an. Spritzentausch, Hepatitis-Impfungen, Informationen zu Safer Use / Safer Sex sind gängige Angebote von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten (Streetwork). Die Behandlung von gesundheitlichen Folgen wird hauptsächlich vom allgemeinen Gesundheitssystem abgedeckt (z. B. Notfallmedizin, Psychiatrie), in zunehmendem Maße auch im Rahmen von Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten in niederschweligen Einrichtungen. Die vorliegenden Informationen und Daten stammen vorwiegend aus Jahresberichten einzelner Einrichtungen bzw. von den Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder.

### 7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Notfällen und Reduktion von Todesfällen

Auf Bundesebene stellen Maßnahmen zur Reduzierung von suchtgiftbezogenen Todesfällen nach wie vor ein wichtiges Thema dar. Im Berichtsjahr fand diesbezüglich eine Sondersitzung des Bundesdrogenforums statt. Weiters wird eine Steering Group zu möglichen Maßnahmen zur Reduzierung von suchtgiftbezogenen Todesfällen eingesetzt und ein Positionspapier zur Schadensminimierung im Rahmen der Drogenhilfe erarbeitet (vgl. Kap. 1.2).

Konkrete Initiativen zu suchtgiftbezogenen Notfällen bzw. Todesfällen bestehen vor allem im niederschweligen Bereich der Drogenhilfe auf Einrichtungsebene bzw. vereinzelt auch auf Länderebene. Informations- und Beratungsleistungen wird hierbei ein großer Stellenwert zugeschrieben. Eine zentrale Rolle spielt jedoch auch die Notfallhilfe, z. B. Kriseninterventionen und Observationen (VWS 2010b; VWS 2010c). Im Rahmen der Wiener Studie zu drogenbezogenen Todesfällen wurden mögliche Risikofaktoren identifiziert, um auf dieser Basis Risikoprofile zu erstellen und gezielte Präventionsstrategien und Maßnahmen der Früherkennung zur Reduzierung der Drogentodesfälle zu entwickeln (vgl. Kap. 6.3). Einen Überblick über spezialisierte Angebote zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen in Österreich gibt – nach Gemeinden aufgeschlüsselt – die Karte 7.1.

Karte 7.1: Spezialisierte niederschwellige Angebote zur Schadensminimierung bei Drogenabhängigen, 2010



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## 7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

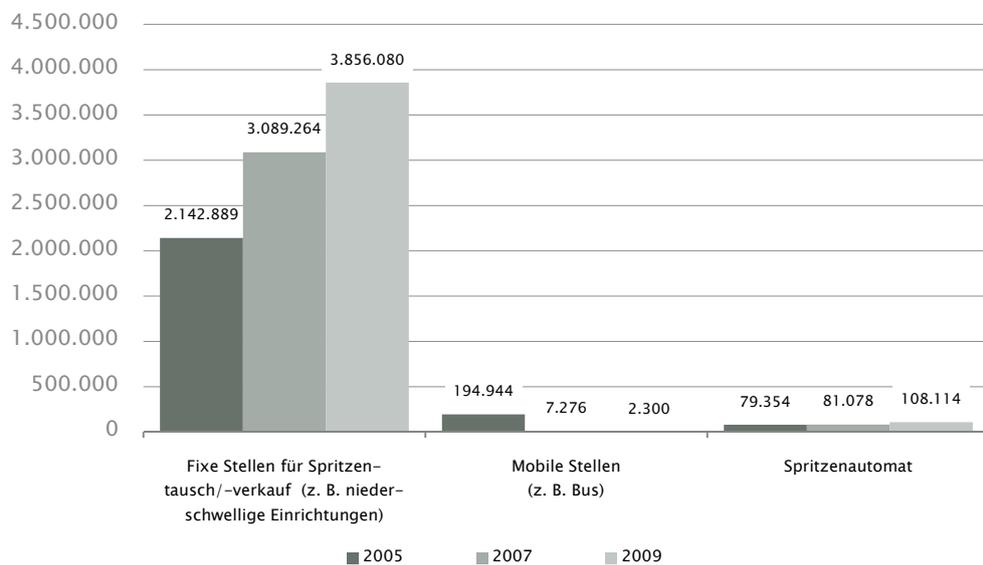
Die Infektionsprophylaxe ist eine wesentliche Aufgabe von niederschweligen Einrichtungen und aufsuchenden Angeboten, wobei v. a. dem **Spritzentausch und -verkauf** ein hoher Stellenwert zukommt. Neben den gängigen bundesländerspezifischen Programmen zum Spritzentausch und -verkauf gibt es in Österreich die Möglichkeit, Spritzen und Nadeln in Apotheken und bei Automaten zu erwerben.

In Wien wurde das bestehende Angebot auf Einrichtungsebene erweitert bzw. konzeptionell geändert (vgl. Kap. 9.2). In der Einrichtung Streetwork wurde der Spritzentausch mit Anfang Juni aufgrund von geplanten Umbauarbeiten am Karlsplatz eingestellt. Stattdessen wird seit Mitte des Jahres Spritzentausch im Rahmen des Angebotes der temporären Einrichtung TaBeNo-Süd und im regulären Betrieb des Ganslwirts angeboten. Um den zusätzlichen Andrang bewältigen zu können, wurden die räumlichen Kapazitäten des Ganslwirts erweitert. Ab Ende 2011 sollen sowohl TaBeNo-Süd als auch Ganslwirt und somit der komplette Spritzentausch in Wien dauerhaft im neuen Ganslwirt-Standort am Gumpendorfer Gürtel eine Bleibe finden (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010). Drogenkonsumierende haben die Verlegung der Kapazitäten des Spritzentausches bislang sehr gut angenommen; im Juli 2010 wurde das alte Spritzenabgabenniveau wieder erreicht (Öllinger, p. M.).

In Abbildung 7.1 wird deutlich, dass die Gesamtzahl der abgegebenen bzw. verkauften Spritzen im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Erhebungsjahren weiterhin gestiegen ist. Im Rahmen von fixen Spritzenabgabestellen, hauptsächlich in niederschweligen Einrichtungen, wurden österreichweit im Jahr 2009 3.966.494 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben (vgl. Tab. A28 im Anhang A; ST10). Auffällig ist, dass in den vergangenen Jahren kontinuierlich weniger Spritzen in mobilen Spritzenabgabestellen (z. B. Bus) abgegeben wurden, wobei die Einstellung mobiler Spritzentausch- und Verkaufsangebote in Wien im Jahr 2007 sich im starken Rückgang der Zahlen von 2005 bis 2007 deutlich macht (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c). Spritzenautomaten sind mittlerweile in fünf Bundesländern im Einsatz, in OÖ wurde der bundeslandweit erste Spritzenautomat für Wels angeschafft (vgl. Tab. A28 im Anhang A; ST10). In Summe wurden 2009 durch diese Automaten 108.114 Spritzensets verteilt. Die Gesamtzahl der Spritzenautomaten in Österreich hat sich seit 2008 leicht erhöht (vgl. Tab. A28 im Anhang A, GÖG/ÖBIG 2008c).

Abbildung 7.1:

Spritzentausch und -verkauf in Österreich, 2005, 2007 und 2009



Quelle: Substanz 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

In Abbildung 7.1 wird deutlich, dass die Gesamtzahl der abgegebenen bzw. verkauften Spritzen im Vergleich zu den beiden vorangegangenen Erhebungsjahren weiterhin gestiegen ist. Im Rahmen von fixen Spritzenabgabestellen, hauptsächlich in niederschweligen Einrichtungen, wurden österreichweit im Jahr 2009 3.966.494 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben (vgl. Tab. A28 im Anhang A; ST10). Auffällig ist, dass in den vergangenen Jahren kontinuierlich weniger Spritzen in mobilen Spritzenabgabestellen (z. B. Bus) abgegeben wurden, wobei die Einstellung mobiler Spritzentausch- und Verkaufsangebote in Wien im Jahr 2007 sich im starken Rückgang der Zahlen von 2005 bis 2007 deutlich macht (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c). Spritzenautomaten sind mittlerweile in fünf Bundesländern im Einsatz, in OÖ wurde der bundeslandweit erste Spritzenautomat für Wels angeschafft (vgl. Tab. A28 im Anhang A; ST10). In Summe wurden 2009 durch diese Automaten 108.114 Spritzensets verteilt. Die Gesamtzahl der Spritzenautomaten in Österreich hat sich seit 2008 leicht erhöht (vgl. Tab. A28 im Anhang A, GÖG/ÖBIG 2008c).

Gespräche über **Safer Use** und **Safer Sex** sind weiterhin wesentliche Themen der aufsuchenden Drogenarbeit und finden in der Regel beim Spritzentausch statt. In der Einrichtung Streetwork ist die Zahl der Informations-, Safer-Use- sowie Beratungs- und Betreuungsgespräche gegenüber 2008 deutlich gestiegen, während die Zahl der Kriseninterventionen und der lebensrettenden Maßnahmen sank (VWS 2010c; VWS 2009). Im Rahmen der Infektionsprophylaxe werden im temporär eingerichteten TaBeNo-Süd

Informationen betreffend Safer Use und Safer Sex (inklusive Kondomverteilung) angeboten (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

Eine weitere wesentliche Maßnahme im Bereich Prävention und Behandlung drogenbezogener Infektionskrankheiten stellen **Hepatitis-Impfprojekte** dar, die ausschließlich regional und einrichtungsspezifisch angeboten werden. Das Impfangebot ist in den meisten Fällen an eine kostenlose Statusbestimmung hinsichtlich HIV und Virushepatitis geknüpft. Beispielsweise wurden im Jahr 2009 im Ganslwirt (Wien) 76 und im Kontaktladen (Graz) 47 HAV/HBV-Teilimpfungen durchgeführt (VWS 2010b; Caritas Diözese Graz-Seckau 2010). Zur Überprüfung der Immunisierung wurden im Ambulatorium Ganslwirt die alljährlichen Anti-HBs-Titer-Bestimmungen durchgeführt. Drogenkonsumierende weisen üblicherweise eine erhöhte Non-Responder-Rate auf (Rate der Personen, die trotz Impfung keine Antikörper entwickeln), da ihre Immunantwort grundsätzlich schlechter ist als die bei der Allgemeinbevölkerung (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). Interessant ist aber, dass beim Ganslwirt 2009 die Non-Responder-Rate bei Drogenkonsumierenden sich auf rund zehn Prozent beläuft, was der Non-Responder-Rate der Allgemeinbevölkerung entspricht.

In Innsbruck wurde eine Studie zum Thema Safer Use und Infektionskrankheiten durchgeführt. Basierend auf diesen Ergebnissen, sollen zielgruppenspezifische Maßnahmen der Schadensminimierung für Klientinnen und Klienten der bundeslandweiten Caritas-Drogenhilfeeinrichtungen konzipiert werden (Gratzel, p. M.). In Kärnten wird derzeit ein Vorschlag zur Implementierung von schadensminimierenden Maßnahmen erarbeitet (vgl. Kap. 1.2).

Die Österreichische Gesellschaft für Gastroenterologie (ÖGGH) sowie drei österreichische Universitäten haben sich an der Überarbeitung der 2004 publizierte deutsche Leitlinie zur „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus-Infektion“ beteiligt. Ziel dieser Leitlinie ist es, Standards zu etablieren, um die Zahl der Neuinfektionen zu reduzieren und die antivirale Therapie evidenzbasiert einzusetzen (Sarrazin et. al 2010; vgl. Kap. 11.1).

Die **Behandlung von Infektionskrankheiten** bei Drogenkonsumierenden rückt österreichweit zunehmend in den Blickpunkt. Eine wesentliche Voraussetzung für ein Gelingen der Behandlung stellen multiprofessionelle Netzwerke dar, die die Drogenhilfe mit medizinischen Versorgungsstrukturen verknüpfen. So ist in Wien die Behandlung von Drogenkranken mit Hepatitis B oder C in sämtlichen gastroenterologischen Ambulanzen der Wiener Krankenanstalten Routine. Aufgrund der deutlich angestiegenen Hepatitis-C-Infektionsraten (HCV PCR pos) der Klientinnen und Klienten wurde beim Kontaktladen in Graz eine Hepatitis-Kampagne konzipiert (Caritas Diözese Graz-Seckau 2010).

Die Konsumraum-Diskussion in Zusammenhang mit der Etablierung einer drogentherapeutischen Anlaufstelle (DTA) in Graz lief in den letzten Jahren sehr kontroversiell (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c und 2009b; Kap. 1.2). Im Februar 2010 veranstalteten die Grünen in Graz eine Enquete mit internationalen Expertinnen und Experten zum Thema Konsumräume. Die Durchführung eines Pilotprojektes in Graz wird von der Stadtpolitik derzeit jedoch nicht forciert (Zeder und Ederer, p. M.).

### 7.3 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Versorgungsstrukturen hinsichtlich **psychiatrischer Komorbidität** sind weiterhin Bestandteil in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe. Die Angebote unterscheiden sich kaum von den Berichten aus den Vorjahren (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c und 2009b).

Interventionen und Maßnahmen, die auf allgemeine **gesundheitliche Aspekte** der Drogenkonsumierenden abzielen, sind in allen Betreuungs- und Behandlungsbereichen der Drogenhilfe integriert und je nach Setting ausgerichtet. Vor allem im niederschweligen Bereich umfasst dieses Angebot u. a. auch Wundversorgung, Gesundheitsinformationen oder Hygienearbeit. Im Komfüdrol (Tirol) werden medizinische Beratung und Wundversorgung einmal wöchentlich durch zwei anwesende Ärztinnen/Ärzte kostenlos angeboten (Kern, p. M.). Die ärztliche Betreuung in der Ambulanz des Ganslwirts wurde durch zusätzliche Vormittagsstunden erweitert (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

In Wien wurde das Gruppenangebot *Brainstorm* für schizophrene Männer etabliert. Psychiater/innen und psychosoziale Mitarbeiter/innen unterstützen Drogenkonsumierende im Umgang mit ihrer Erkrankung im Alltagsleben. Betroffenen wird u. a. die Möglichkeit geboten, sich hinsichtlich Erfahrungen und Bewältigungsstrategien auszutauschen (Dialog 2010b).

Drogenkonsumierende können in Wien die neunerHAUS-Zahnarztpraxis (6. Bezirk) kostenlos besuchen. Dieses Angebot wendet sich in erster Linie an Obdachlose, kann aber auch von Drogenkonsumierenden beansprucht werden (VWS 2010k).

Spezifische gesundheitsfördernde Angebote für Frauen sind weiterhin fixer Bestandteil der niederschweligen Drogenhilfe (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b). Die Angebote umfassen Beratung und Unterstützung hinsichtlich **frauenspezifischer Themen** (z. B. Beschaffungsprostitution, Gewalterfahrungen), die meist in einem klar abgegrenzten Setting stattfinden. In der temporären Einrichtung TaBeNo-Süd (Wien) werden diverse Beratungsleistungen angeboten, u. a. gynäkologische Beratung vom gemeinnützigen Verein FEM (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

In Tirol wurde das einjährige Pilotprojekt *Betreuung für Schwangere in Substitutionsbehandlung* gestartet (vgl. Kap. 5.2). Die medizinische Versorgung der Zielgruppe sowie die Aufklärung der werdenden Mütter über Risiken des Beikonsums stellen zusätzlich zur Geburtsvorbereitung zentrale gesundheitsbezogene Maßnahmen des Pilotprojektes dar (Aufhammer, p. M.). In NÖ wurde das Projekt *Drogen, Eltern, Sucht, Kinder (DESK)* für schwangere Drogenkonsumentinnen konzipiert (vgl. Kap. 5.2). Ein zentraler Fokus liegt hierbei auf der psychosozialen und medizinischen Betreuung von suchtkranken Schwangeren (Hörhan, p. M.).

Die Angebote zur **Fortbildung** wurden im Berichtszeitraum weitergeführt. Das API bot auch dieses Jahr einen Lehrgang zur Pflege bei Suchterkrankungen an<sup>32</sup>. Der Spitalsverbindungsdienst CONTACT (Wien) führte die Fortbildungsreihe „Die SuchtpatientIn im Krankenhaus“ für das Wiener Krankenhauspersonal und andere soziale Einrichtungen fort (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b).

---

32  
[www.api.or.at](http://www.api.or.at) (12. 7. 2010)

## 8 Soziale Zusammenhänge und soziale Reintegration

Als Quellen für das vorliegende Kapitel standen im Wesentlichen das österreichische Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI), Jahresberichte und Evaluationen von Einrichtungen der Suchthilfe und ähnlicher Institutionen sowie Informationen der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder zur Verfügung. Angaben zum Thema liefern auch der SQ28 sowie Karte 8.1, die spezialisierte Angebote der österreichischen Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration beinhaltet. Die ausgewählten Angebote sind nach Gemeinden aufgeschlüsselt.

Die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden betreffen – wie auch schon in den Vorjahren – besonders Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden; dies gilt im Wesentlichen für schwer Drogenabhängige aus der Straßenszene.

Maßnahmen zur sozialen (Re-)Integration von (ehemals) Drogenabhängigen wenden sich sowohl an Klientinnen und Klienten nach einer Abstinenztherapie als auch an Personen mit bestehendem Drogenkonsum. In Österreich kommt Maßnahmen dieser Art traditionell große Bedeutung zu, besonders im Hinblick auf die Bereiche Wohnen, Arbeit und (Aus-)Bildung. Diese Maßnahmen erfolgen teilweise im Rahmen der Behandlungskette innerhalb einzelner Behandlungsmodule. Die unterschiedlichen (auch niederschweligen) Angebote stehen nach einer Therapie oder suchtbegleitend zur Verfügung. Suchtkranke können auch an ausgewählten anderen Maßnahmen im Bereich Arbeitslosigkeit, Wohnungslosigkeit und Freizeitgestaltung teilnehmen. Immer mehr an Bedeutung gewinnt die vernetzte Zusammenarbeit von Einrichtungen, um eine bessere Versorgung der Klientinnen und Klienten zu erreichen.

### 8.1 Soziale Problemlagen und Drogengebrauch

Weiterhin ist die soziale Situation der vom österreichischen Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit und Einkommen). Daraus folgt aber keineswegs, dass eine Drogenproblematik in erster Linie bei sozial Benachteiligten auftritt. Es bedeutet zunächst nur, dass diese Gruppe eher vom Drogenhilfssystem erfasst wird als Personen, die (noch) über soziale und finanzielle Ressourcen verfügen (vgl. Kap. 5.3).

Betrachtet man den DOKLI-Klientinnen- und Klientenjahrgang 2009 (vgl. Kap. 5.3), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich (9 %) weiterhin am geringsten ist (2008: 13 %). Hier geben auch die meisten Personen an, arbeitslos zu sein (2009: 47 %). Besonders im Bereich der längerfristigen ambulanten Betreuung sind deutlich weniger Frauen als Männer erwerbstätig (Frauen: 26 %, Männer: 31 %). Der Abstand zwischen den beiden Gruppen hat sich allerdings etwas verringert.

Während Arbeitslosigkeit von Frauen weitaus seltener genannt wird, beziehen sie öfter Sozialhilfe als Männer (vgl. Tab. A23 im Anhang A). Im Rahmen von DOKLI erfasste Personen in niederschwelliger Begleitung gaben im Schnitt zu 50 Prozent (2008: 48 %) an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen geben dagegen weiterhin zwischen 84 (stationär) und 92 Prozent (ambulant) diese Wohnsituation an (vgl. Tab. A25 im Anhang A).

Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung gaben die über 19-jährigen Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenbetreuungseinrichtungen zu knapp 60 Prozent einen Pflichtschulabschluss an. Eine Lehrabschlussprüfung zu besitzen gab etwa ein Viertel aller Personen an. Frauen sind zusätzlich in den Kategorien „Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule“ bzw. „AHS und BHS“ stärker vertreten als Männer (GÖG/ÖBIG 2010a).

Die Hälfte der von der Wiener BerufsBörse (WBB) 2009 betreuten Personen war seit mehr als 24 Monaten arbeitslos und bildete damit den weitaus größten Anteil der Betreuten. Drogen stellten zu fast zwei Dritteln den Hauptbetreuungsgrund dar; der Rest entfiel auf Alkohol. Bei 41 Prozent der Betreuten wurde eine psychosoziale Intervention bzw. Suchtberatung durchgeführt, 9 Prozent wurden zu einem Betreuungs- bzw. Therapieplatz vermittelt. Ein Fünftel der Betreuten erhielt Ausbildungsmaßnahmen, und 7 bzw. 5 Prozent konnten im ersten bzw. zweiten Arbeitsmarkt untergebracht werden (Wiener BerufsBörse 2010).

## 8.2 Soziale (Re-)Integration

Maßnahmen im Zusammenhang mit sozialer (Re-)Integration sind in den Bereichen Arbeit und Ausbildung, Wohnen und Freizeit angesiedelt (vgl. auch Karte 8.1). Bezüglich **Arbeit** stehen diese Aktivitäten in Form von niederschwellig zugänglicher, tageweiser Beschäftigung, aber auch als über einen längeren Zeitraum mögliche Tätigkeiten zur Verfügung. Aus dem Ausbildungsbereich liegen keine Informationen über neue Angebote vor.

Ein seit 2008 umgesetztes Konzept zur Reintegration von Suchtkranken wird vom Institut für Suchtdiagnostik (ISD) durchgeführt. Es beinhaltet eine suchtspezifische Diagnostik, in deren Rahmen medizinische, sozialarbeiterische und psychologische Komponenten mit dem Fokus auf Arbeitsfähigkeit angewendet werden. Für jene Personen, deren Ergebnis der Diagnostik die befristete Arbeitsunfähigkeit ist, wurde das Projekt *Standfest* zur Zurückführung in die Arbeitsfähigkeit entwickelt, das vom Verein Dialog durchgeführt wird. Am Standort *Sucht und Beschäftigung* des Dialogs konnten damit im Jahr 2009 insgesamt 771 Klientinnen und Klienten beraten und betreut werden. Das stellt im Vergleich zu 2008 eine Steigerung von 45 Prozent dar (Dialog 2010b; Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

Für Personen mit dem diagnostischen Ergebnis Arbeitsfähigkeit wurde das bestehende Angebot um die Maßnahme „Case Management für Personen mit Suchtproblematik“ erweitert, das von der Wiener BerufsBörse umgesetzt wird. Die sozialökonomischen Betriebe für Suchtkranke *fix und fertig* vom Verein Wiener Sozialprojekte und *garbarage* vom Anton Proksch Institut wurden in das neue System eingegliedert, um eine zielgruppenspezifischere und effizientere Auslastung der Betriebe zu fördern. Diese Koordinierungsaufgabe wurde von der Wiener BerufsBörse übernommen und besteht in der Abstimmung von Klientinnen bzw. Klienten und sozialökonomischen Betrieben (Dialog 2010b; Sucht- und Drogenkoordination Wien 2010).

Bei *fix und fertig* überwog die Anzahl der Bewerbungen pro Tag weiterhin die Nachfrage um etwa 40 Prozent. In Summe konnten 2009 5.766 Arbeitsplätze vergeben werden, wobei 263 verschiedene Personen als Tagesarbeitskräfte beschäftigt waren (VWS 2010f).

Um ehemalige Suchtkranke besser in den Arbeitsmarkt einbinden zu können, wird in Niederösterreich (NÖ) die Erarbeitung eines gemeinsamen Projekts zwischen Suchtkoordination und AMS NÖ weitergeführt. Dabei sollen die Klientinnen und Klienten unter anderem mit einem „Empfehlungsschreiben“ von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterstützt werden, das den AMS-Beraterinnen und -Beratern in den Regionalstellen hilft, geeignete Fortbildungs- oder Arbeitsplätze für die Betroffenen zu finden. Noch im Sommer 2010 soll an drei Standorten das Modell im Rahmen einer zwölfmonatigen Pilotphase gestartet werden (Hörhan, p. M.).

Im Rahmen der Umbaus der Therapiestation Carina in Vorarlberg waren neben professionellen Baufirmen auch Patientinnen und Patienten als Handwerker/innen tätig. Diese berufliche Vorbereitung für eine Tätigkeit bzw. spätere Anstellung konnten die Klientinnen und Klienten gut nutzen, um ihre Eignung für und ihr Interesse an handwerklichen Berufen zu entdecken. Wichtig ist in diesem Zusammenhang das Erlernen von Vertrauen in die eigene Arbeitsfähigkeit und die Möglichkeit der Selbstwertfindung (Stiftung Maria Ebene 2010).

Der Fachbereich „Arbeit“ der Caritas Vorarlberg bietet Beschäftigung in gemeinnützigen Arbeitsprojekten, von denen zwei in niederschwelliger Form speziell für Jugendliche zugänglich sind. In den Einrichtungen wurde im Jahr 2009 mehr als 200 langzeitarbeitslosen (über ein Jahr) Frauen und Männern befristet ein Arbeitsverhältnis ermöglicht. Die Projekte sind auch für (ehemalige) Drogenkonsumierende zugänglich. Während die erwachsenen Teilnehmer/innen ausschließlich vom AMS zugewiesen werden, sind die Jugendprojekte allen Jugendlichen unabhängig von der Dauer der Arbeitslosigkeit zugänglich (Caritas Vorarlberg 2010; vgl. GÖG/ÖBIG 2009b).

Von Kontaktladen und Streetwork in Graz (Steiermark) wurden vom Betreuungsteam Arbeitskreise zu den Themen *Wohnen und Sucht* sowie *Arbeit und Sucht* initiiert. Sie sollen dazu beitragen, unterstützende Strukturen für drogenabhängige Menschen aufzubauen. In diesem Zusammenhang boten zwei Teilnehmer des zweitgenannten Arbeitskreises Suchtkompetenzschulungen für AMS-Referentinnen und -Referenten an.

Zusätzlich konnten in Kooperation mit dem AMS mehr als fünfzig Ausbildungsplätze für die Klientinnen und Klienten der Drogentherapeutischen Anlaufstelle geschaffen werden (Caritas Diözese Graz-Seckau 2010).

Analog zum Bereich Arbeiten gilt auch für Maßnahmen betreffend den Bereich **Wohnen**, dass einerseits niederschwellig zugängliche Notschlafstellen zur Verfügung stehen, die Übernachtungsmöglichkeiten für einzelne Tage bieten. Andererseits existieren Angebote, die darauf abzielen, den Betroffenen Wohnmöglichkeiten oder Wohnungen oder zur langfristigen Benützung zu vermitteln.

Laut DOKLI-Bericht (GÖG/ÖBIG 2010a) und wie in Kap. 8.1 referiert, lebt die Hälfte der in niederschwelliger Betreuung befindlichen Personen in einer unsicheren Wohnsituation<sup>33</sup>, womit Angeboten zum Thema Wohnen besondere Bedeutung zukommt. Das Projekt *Konnex – Liaisondienst zu Häusern der wieder wohnen GmbH* ging 2009 in den Regelbetrieb über. Das Projekt wurde von der Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) zur Unterstützung der Mitarbeiter/innen der „wieder wohnen“-Häuser im Umgang mit suchtkranken Bewohnerinnen und Bewohnern initiiert. Dabei besteht das Angebot unter anderem aus Beratung und Unterstützung durch Suchtexpertinnen und -experten, die z. B. über Substanzen und Konsumformen sowie Einrichtungen des Netzwerks der Wiener Suchthilfe informieren. Im Jahr 2010 soll das Angebot u. a. weiteren Einrichtungen der wieder wohnen GmbH, anderen Wohnhäusern (z. B. Gruft, JU-CA) und Häusern des Arbeiter-Samariter-Bundes zur Verfügung gestellt werden.

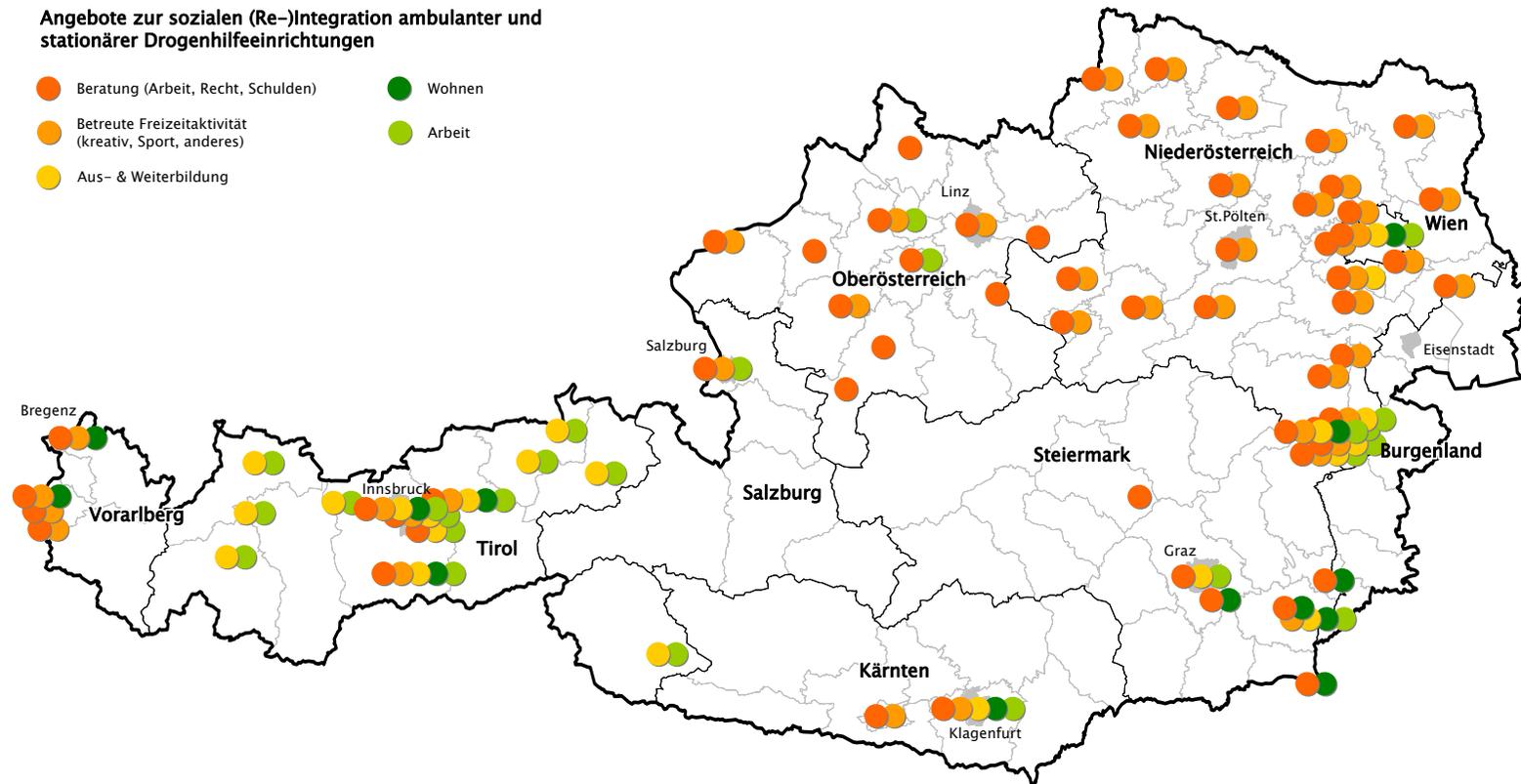
Mit dem Ausbau in Gestalt einer Verdoppelung der Kapazitäten bei den niedrigheligen Einrichtungen folgt die Sucht- und Drogenkoordination Wien der Empfehlung der noch nicht freigegebenen Studie „Suchtkranke im öffentlichen Raum in Wien“ des Europäischen Zentrums für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung, in der festgestellt wurde, dass es wienweit ca. 300 von illegalen Substanzen abhängige Personen gibt, die eine Tagesstruktur benötigen (vgl. GÖG/ÖBIG 2009b; Sucht und Drogenkoordination Wien 2010).

---

33

Dagegen geben weiterhin etwa 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Bei der Interpretation der Angaben zur Wohnsituation ist aber zu beachten, dass „gesichert“ nicht unbedingt bedeutet, dass keine Probleme hinsichtlich des Wohnens bestehen (z. B., wenn die Klientin oder der Klient aufgrund ihrer/seiner Suchterkrankung mangels anderer Alternativen bei den Eltern wohnt).

Karte 8.1: Spezialisierte Angebote der ambulanten und stationären Drogenhilfeeinrichtungen zur sozialen (Re-)Integration



Quelle: GÖG/ÖBIG unter Einbindung der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

In Wien bietet eine neue temporäre Einrichtung Tageszentrum (TaBeNo-Süd) am Wiener Gürtel suchtkranken Personen Grundversorgung, Überlebenshilfe und Krisenintervention. Die Klientinnen und Klienten können im Rahmen des Tageszentrums Kreativangebote nutzen oder niedrigschwellige Beschäftigungen verrichten. Die Notschlafstelle im TaBeNo-Süd ersetzt bis Ende 2011 jene im Ganslwirt, die sich danach am Gumpendorfer Gürtel befinden wird („Ganslwirt neu“). Zusätzlich wurden der Ganslwirt (und seine Öffnungszeiten) in der Esterházygasse erweitert und bietet etwa 100 Personen pro Tag eine Tagesstruktur (Sucht und Drogenkoordination Wien 2010; vgl. Kap. 7.2).

Das Wohnprojekt *Lighthouse* des Vereins für Menschen in Not verbindet Wohnen für Menschen mit HIV und Aids und akzeptierende Drogenarbeit in Wien. Es bietet seinen Bewohnerinnen/Bewohnern so viel Hilfe wie nötig und so viel Selbständigkeit wie möglich, wobei durch die Teilnahme an den im Haus anfallenden Arbeiten Schritte in Richtung Alltagsstruktur und Selbständigkeit gefördert werden. Die 62 Klientinnen und Klienten sind auf fünf Wohngemeinschaften aufgeteilt und erhalten das von ihnen an die Betreuung abgegebene Geld (Pension, Arbeitslosengeld, Sozialhilfe etc.) dreimal wöchentlich in „kleinen Portionen“ zum privaten Gebrauch wieder. Dadurch soll eine „Verschwendung“ der Geldmittel durch die Klientinnen/Klienten verhindert werden (Lighthouse o. J.).

Durch die Eingliederung der Wohnungslosenhilfe in den Fachbereich Suchtarbeit der Caritas Vorarlberg ist die Vernetzung wesentlich vereinfacht. Die Zusammenlegung der beiden Bereiche erschien sinnvoll, da etwa achtzig Prozent der Klientinnen und Klienten sowohl von Wohnungslosigkeit als auch von Sucht betroffen sind (GÖG/ÖBIG 2009b; Caritas Vorarlberg 2010).

Auch im **Freizeitbereich** gibt es sowohl niederschwellig und einmalig stattfindende Angebote als auch Aktivitäten, die sich über einen längeren Zeitraum erstrecken und teilweise An- bzw. Abmeldung durch die Teilnehmer/innen erfordern. Die Angebote sind angesiedelt in den Bereichen Sport, Kunst/Kultur und gemeinsames Erleben, z. B. in Form von Feiern.

Da soziale Integration über das Vorhandensein einer Wohnung und finanzieller sowie sozialer Absicherung hinausgeht, hat *betreutes wohnen* ein Konzept für Freizeitaktivitäten entwickelt, das soziales Verhalten, Erlebnisfähigkeit, Selbstwert und Selbstvertrauen trainiert. An den neun Freizeitaktivitäten (wie z. B. Boggia, Billard, Grillen, Adventfeier) haben 2009 29 Klientinnen und Klienten teilgenommen. Zusätzlich wurde 2009 erstmals eine mehrtägige Freizeitaktion – vier Tage auf einer Kärntner Alm mit Kochen, Wandern, Lagerfeuer etc. – durchgeführt, an der sechs Klientinnen und Klienten teilgenommen haben (VWS 2010e).

Bei *streetwork* in Wien dient erlebnisorientierte Animation dazu, die Betreuungsbeziehung zu den Klientinnen und Klienten abseits des Szenekontexts zu vertiefen und daneben Optionen für eine sinnvolle Freizeitgestaltung aufzuzeigen. 2009 fanden 15 Veranstaltungen statt (z. B. Reiten, Segeln, Radfahren, Eislaufen, Bowling), an denen sich 56 Klientinnen und Klienten beteiligten (VWS 2010c).

Im Rahmen eines Kooperationsprojekts zwischen dem Verein Dialog und dem Museum Moderner Kunst Stiftung Ludwig (MUMOK) fand bereits zweimal eine Reihe von Workshops statt, in deren Rahmen das kreative Werken immer im Zusammenhang mit den Ausstellungen stand. Das „hergehört, aufgemalt und hingedruckt“ genannte Projekt hatte zum Ziel, einen Bogen von der Kunst im Museum zur eigenen produzierten Kunst zu spannen. Dabei sollten nicht nur Ideen der Freizeitgestaltung, sondern auch kulturelles und kunsttheoretisches Verständnis sowie neue soziale Bekanntschaften gewonnen werden. Bei den Abschlussveranstaltungen in der Lounge des MUMOK wurden die gestalteten Kunstwerke präsentiert und weitere Möglichkeiten für Austausch geboten (Dialog 2010b; vgl. Kap. 5.2).

Über die Drogenberatung des Landes Steiermark konnte 2009 wieder das Gruppenangebot Klettern in Anspruch genommen werden. Dabei fanden sechs Kletterworkshops statt, an denen zwölf Klientinnen und Klienten der Drogenberatung teilgenommen haben. Dabei diente der Boulderbereich einerseits zum Aufwärmen und erforderte andererseits weder besondere Erfahrung noch eine zweite Person zur Sicherung. Anschließend wurde im Freien geklettert. Das ursprünglich für Jugendliche konzipierte Angebot zeigte einen Altersdurchschnitt von 25 Jahren und wurde von Frauen und Männern gleichermaßen genutzt (Drogenberatung des Landes Steiermark 2010).

Zum Projekt *LOG IN*<sup>34</sup>– Gesundheitsförderung und Stabilisierung erreichter Gesundheit für stationär behandelte Suchtkranke (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b und 2008c) liegt ein Evaluationsbericht<sup>35</sup> vor (Piovesan o. J.). Ziel des von 2007 bis 2009 stattfindenden Projekts war die Unterstützung zum Aufbau sozialer Netzwerke und die Wiedereingliederung in die Gesellschaft durch regelmäßige, aktivierende und gesundheitsfördernde Freizeitangebote sowie ein auf die Bedürfnisse der Teilnehmer/innen abgestimmtes Sozialprogramm. Die Regeln, die dabei galten, betrafen Freiheit von illegalen Drogen und Alkohol, respektvoller Umgang miteinander und Abmeldung bei Verhinderung.

---

34

Vgl. auch <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice> unter EDDRA (16.8.2010)

35

Grundlagen dieses Berichts stellen die Projektdokumentation, eine Fragebogenuntersuchung und qualitative Interviews mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern sowie Gespräche mit den Kooperationspartnerinnen und -partnern dar. Die Geschlechterverteilung blieb über den gesamten Projektzeitraum gleich und setzte sich aus einem Drittel Frauen und zwei Drittel Männern zusammen. An der Fragebogenuntersuchung beteiligten sich insgesamt 27 Personen. Dabei wurde versucht, jene Projektteilnehmer/innen zu erreichen, die sich kontinuierlich an den jeweiligen Trainingseinheiten beteiligt hatten. Die Probandinnen und Probanden waren im Durchschnitt 29 Jahre alt und setzten sich aus sechs Frauen und 21 Männern zusammen. Fünf der Frauen und elf der Männer hatten an der Volleyballgruppe, acht Männer an der Fußballgruppe und zwei Männer und eine Frau an der Theatergruppe teilgenommen.

Das Gruppenklima in den einzelnen Gruppen wurde durchwegs als sehr angenehm empfunden. Die Unterstützungsressourcen, die von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erhalten und wahrgenommen worden waren, überwogen deutlich belastende Beziehungen in den einzelnen Gruppen. Bezüglich der emotionalen Zugehörigkeit zu den einzelnen Gruppen war festzustellen, dass sich der Großteil der Personen als Teil der stabilen Gruppe der Teilnehmer/innen bezeichnete. Damit kann davon ausgegangen werden, dass sich die Teilnehmer/innen mehrheitlich mit den Gruppen identifizierten und die Teilnahme über den bloßen Konsum des Angebots hinausgegangen war. Die Teilnehmer/innen lernten bei *LOG IN* durchschnittlich neun Personen kennen. Mehr als zwei gute Freundinnen/Freunde fanden 37 Prozent in der Gruppe. 30 Prozent konnten eine gute Freundin bzw. einen guten Freund und ein Viertel keine guten Freundinnen/Freunde finden. Dabei zeigte sich, dass bei den Gruppenangeboten geknüpfte Kontakte auch außerhalb des Projekts gepflegt wurden. Damit bestätigten sich die Umsetzung des angestrebten Empowerments und die Nachhaltigkeit der sozialen Netzwerkinderventionen (Piovesan o. J.).

## 9 Drogenbezogene Kriminalität, Prävention drogenbezogener Kriminalität und Haft

Datenquellen für das vorliegende Kapitel lieferten die Bundesministerien für Inneres und für Justiz sowie die gerichtliche Kriminalstatistik bei der Statistik Austria. Weitere Informationen entstammen Jahresberichten und Evaluationen der Einrichtungen der Drogenhilfe sowie Angaben der Sucht- und Drogenkoordinationen der Länder. Zusätzliche Grundlagen bilden der ST11 und der SQ31 sowie Publikationen über Justizanstalten. Eine wichtige Basis für Maßnahmen der Strafverfolgungsbehörden stellt das Suchtmittelgesetz (SMG) dar, in dem zwischen Suchtgiften, psychotropen Stoffen und Drogenausgangsstoffen unterschieden wird. Substanzen, die dem jeweiligen Begriff zugeordnet werden, sind im Suchtmittelgesetz aufgelistet. Ebenfalls dort erwähnte Vergehenstatbestände (§ 27 SMG) betreffen den unerlaubten Umgang mit Suchtgift, Verbrechenstatbestände die Vorbereitung von Suchtgifthandel (§ 28) bzw. den Suchtgifthandel selbst (§ 28a). Eine ausführliche Darstellung der am 1. Jänner 2008 in Kraft getretenen Novellierung des Suchtmittelgesetzes und der damit verbundenen Änderungen kann dem Bericht von 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c) entnommen werden.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom zuständigen Ressort betont (BMI 2010), erlaubt die Anzeigenstatistik nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung von Konsum und Missbrauch illegaler Drogen, da sie in erster Linie Ausmaß und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

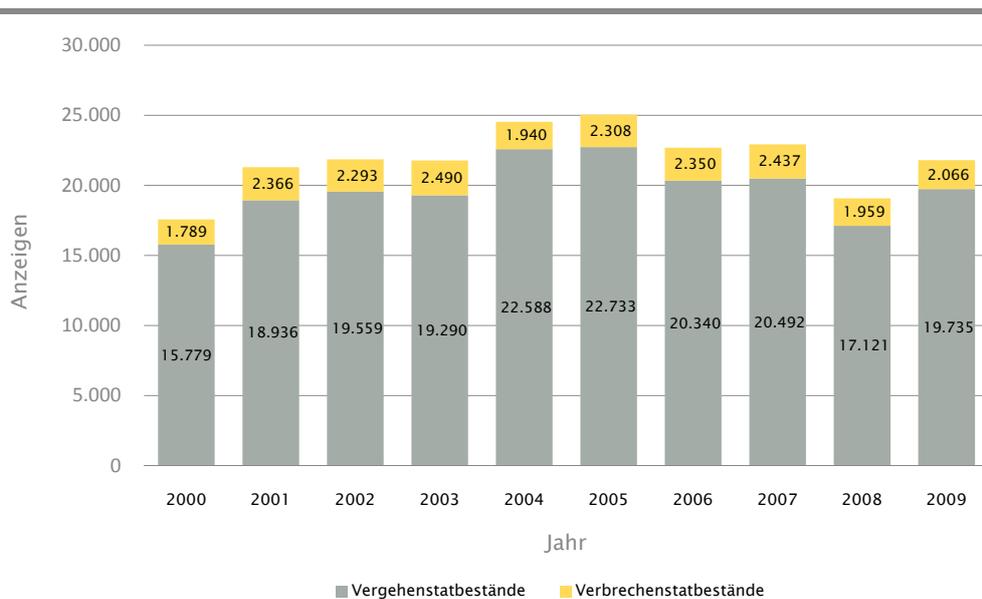
Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz ist 2009 im Vergleich zum Vorjahr angestiegen und befindet sich etwa auf dem Niveau von 2002 bzw. 2003. Bei den SMG-spezifischen Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27) setzt sich der seit 2006 zu beobachtende Rückgang 2009 weiter fort. Analoges gilt für die Zahl der Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28), die seit 2006 jährlich um etwa fünf Prozent abnimmt. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach den Straftatbeständen §§ 28 SMG bzw. 28a SMG als „Verbrechen“ bezeichnet werden, Anzeigen nach § 27 als „Vergehen“.

### 9.1 Drogenbezogene Kriminalität

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug 2009 22.729 (2008: 20.043; vgl. auch Tab. A9 im Anhang A und ST11) und zeigt damit einen höheren Wert als im Vorjahr. Insgesamt 21.801 Anzeigen (2008: 19.080 Anzeigen) bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl. Abb. 9.1), so kam es 2009 – nach dem deutlichen Rückgang des Vorjahres – wieder zu einem Anstieg der Zahl der Anzeigen sowohl bei den

Vergehens- (unerlaubter Umgang mit Suchtgift – § 27 SMG) als auch bei den Verbrechenstatbeständen (Vorbereitung von Suchtgifthandel – § 28 SMG bzw. Suchtgifthandel – § 28a SMG). Damit hat sich die Zahl der Anzeigen bei Verbrechenstatbeständen im Vergleich zu 2008 um etwa sechs Prozent, jene bei Vergehenstatbeständen um etwa 15 Prozent erhöht.

Abbildung 9.1:  
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 2000–2009



Anmerkung: Die Differenz zur Gesamtzahl der Anzeigen ergibt sich durch nicht zuordenbare Anzeigen.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Unterscheidet man nach involvierten Substanzen (vgl. Tab. A11 im Anhang A, Abb. 9.2 und ST11), so fanden sich im Vergleich zum Vorjahr Anstiege bei allen Anzeigenzahlen außer bei Ecstasy und psychotropen Medikamenten<sup>36</sup>. In diesem Zusammenhang sei darauf hingewiesen, dass im vorliegenden Bericht suchtgifthältige sowie psychotrope Medikamente erstmals getrennt von psychotropen Substanzen bzw. sonstigen Suchtgiften ausgewiesen werden (vgl. Tab. A11 im Anhang A und Abb. 9.2). Diese Vorgehensweise ermöglicht eine anschauliche Darstellung der Entwicklung der Anzeigen im

36

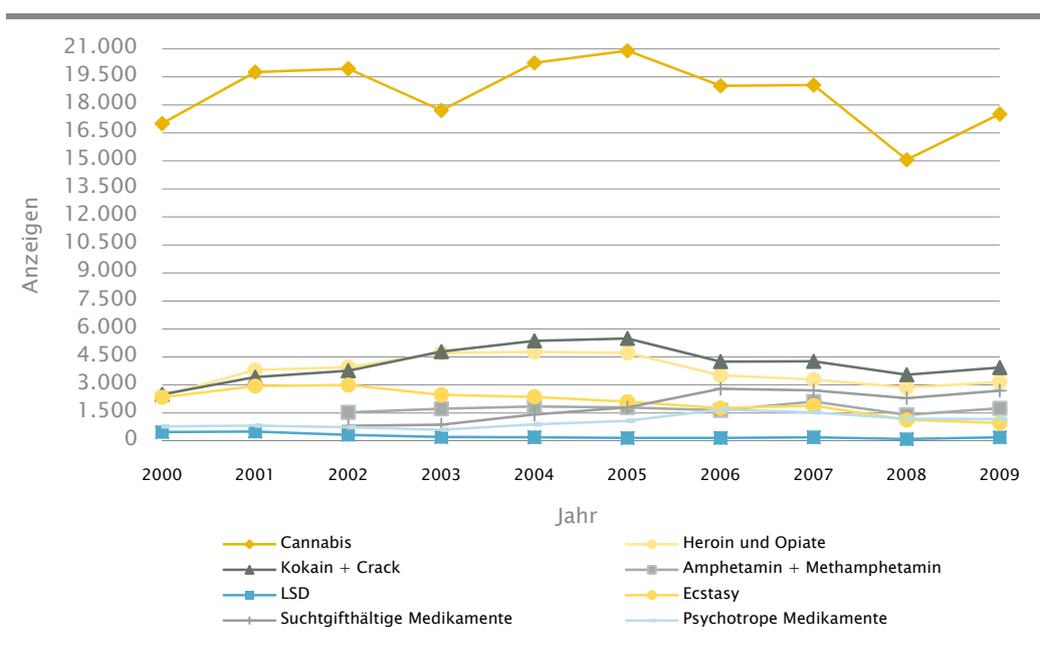
Psychotrope Medikamente sind Medikamente, die auf die Psyche einwirken.

Zusammenhang mit suchtgifthältigen Medikamenten, die bis 2006 einen starken Anstieg verzeichnet hat. Seit damals ist mit Ausnahme von 2008 ein etwa konstanter Wert zu beobachten.

Die Anzeigenzahlen auf Bundesländerebene zeigen im Vergleich zum Vorjahr die gleiche Entwicklung wie die Zahlen auf Bundesebene; allerdings sind – im Gegensatz zur letztjährigen Entwicklung – in fast allen Bundesländern bei nahezu allen Substanzen die Anzeigenzahlen im Berichtsjahr gestiegen. Starke Steigerungen der Anzeigenzahlen zeigen sich besonders in Tirol im Zusammenhang mit Cannabis sowie mit Heroin und Opiaten. Geringfügige Rückgänge zeigen sich in den meisten Bundesländern bezüglich Ecstasy (vgl. Tab. A12 im Anhang A).

Den 22.729 Anzeigen standen im Jahr 2009 insgesamt 2.775 (2008: 2.490) Festnahmen im Zusammenhang mit Suchtmittelerhebungen gegenüber, wobei es zu Letzteren allerdings keine genaueren Aufschlüsselungen (Arten der Vergehen, Substanzen etc.) gibt.

Abbildung 9.2:  
Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2000–2009



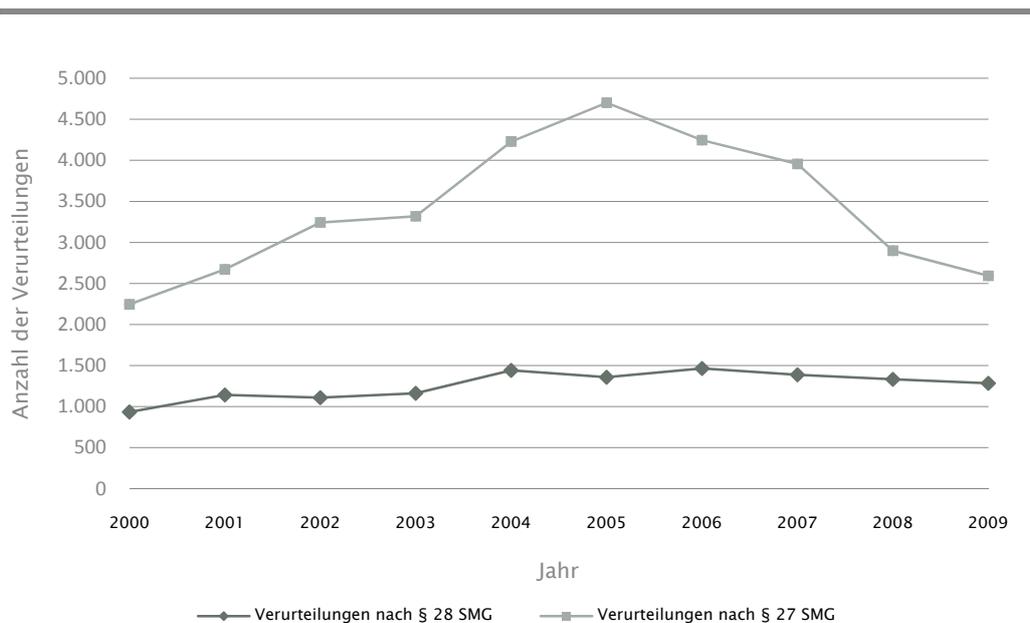
Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Nachfolgende Abb. 9.3 sowie Tab. A13 im Anhang A aus der Gerichtlichen Kriminalstatistik zeigen die Entwicklung der Anzahl der Verurteilungen nach § 27 und § 28 SMG in den letzten zehn Jahren. Im Vergleich zu den Vorjahren ist die Summe der Verurteilun-

gen (n = 3.928) nach dem SMG im Jahr 2009 weiterhin gesunken. Ebenfalls einen Rückgang weist die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen auf (n = 1.094). Mit der fortgesetzten Verringerung der Gesamtzahl der Verurteilungen nach dem SMG ist für 2009 wieder ein Sinken des Anteils dieser Verurteilungen an allen Verurteilungen zu erkennen. Obwohl im Einzelnen alle Werte gesunken sind, besteht mit 2.593 Fällen weiterhin ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.283 Fällen. Weiterhin gestiegen ist 2009 mit 33 Prozent der Anteil der Verbrechen an den Verurteilungen nach dem SMG (2008: 31 %).

Tab. A15 im Anhang A gibt einen Überblick darüber, wie sich die Verurteilungen nach Alter und Grund der Verurteilung aufteilen. Dabei zeigt sich, dass die Werte für Jugendliche und Erwachsene im Vergleich zu den Vorjahren 2009 weiter gesunken sind. Eine Steigerung zeigt sich allerdings bei den verhängten teilbedingten Freiheitsstrafen: für die Erwachsenen sowohl bei Verbrechen als auch bei Vergehen, für Jugendliche nur im Zusammenhang mit Vergehen.

Abbildung 9.3:  
Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 SMG in Österreich, 2000 bis 2009



Bis 2007: § 28 SMG = Handel, Besitz etc. von großen Mengen von Suchtgift („professioneller Drogenhandel“)  
 § 27 SMG = Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen von Suchtgift  
 Ab 2008: § 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift  
 § 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel  
 § 28a SMG = Suchtgifthandel  
 Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

74 Prozent aller Verurteilten (2008: 71 %; 2007: 67 %) erhielten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 42 Prozent betrug (2008: 45 %; 2007: 47 %) und damit im Vergleich zum Vorjahr weiter leicht gesunken ist. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, beträgt 3,7 Prozent (2008: 3,1 %); zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 2,4 Prozent (2008: 2,1 %) verurteilt. In beiden Fällen zeigt sich ein leichter Anstieg im Vergleich zu den Vorjahren.

Detaillierte Angaben zur Verurteilungsstatistik in Österreich finden sich auch in Kap. 11 des Berichts aus 2008 (GÖG/ÖBIG 2008c). Ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen und Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung kann Kap. 9.3 des aktuellen Berichts entnommen werden.

Zur Beschaffungs- und Begleitkriminalität liegen weiterhin weder Daten noch Studien vor.

## 9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Neben einer Reihe von präventiven Einzelinitiativen auf Länder- und Einrichtungsebene gewinnen Maßnahmen zur Erhöhung von Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden im öffentlichen Raum zunehmend an Bedeutung.

Im Zusammenhang mit dem Anfang Juni 2010 gestarteten Umbau der Karlsplatz-Passage waren im dortigen Bereich konzeptionelle Änderungen notwendig (Sucht und Drogenkoordination Wien 2010; vgl. auch Kap. 8.2). Die Streetworker/innen werden vom Stützpunkt am Karlsplatz aus, der für Journaldienst, Beratungen und Betreuungen dient, zukünftig bedarfsorientiert in ganz Wien aufsuchende Straßensozialarbeit leisten (vgl. Kap 7.2 und 8.2; Grotte 2010).

Die Einrichtungen *HELP U* (am Karlsplatz) und *SAM* (drei Teams) bestehen weiter (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c, 2009b). Bei *HELP U* ist sowohl die Zahl der Kontakte als auch der gesetzten Interventionen stark rückläufig. Während sie 2008 noch 74.792 betragen hatte, lag die Anzahl der Kontakte 2009 bei 51.615 und zeigt damit einen Rückgang von 31 Prozent. Bei den Interventionen gab es im Vergleich zu 2008 einen Rückgang von 23 Prozent. Hier kann der Rückgang der Kontakt- und Interventionszahlen bei *HELP U* als Erfolg der Initiative gewertet werden (Schindler, p. M.). Die größte Gruppe der Kontakte von *HELP U* stellen sozial desintegrierte Personen (v. a. Drogenkranke) dar (VWS 2010g).

Während *HELP U* nur am Karlsplatz tätig ist, leistet *SAM* mobile soziale Arbeit in Problemzonen des öffentlichen Raums in Wien (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c). Dabei sind die Kontaktzahlen von *SAM 2* (Praterstern) und *SAM 9* (Julius-Tandler-Platz und Spittelauer Platz) für 2009 im Vergleich zu 2008 stark angestiegen. Auch hier bilden sozial desintegrierte Personen mit 66 Prozent (*SAM 2*) bzw. 47 Prozent (*SAM 9*) die größte Kon-

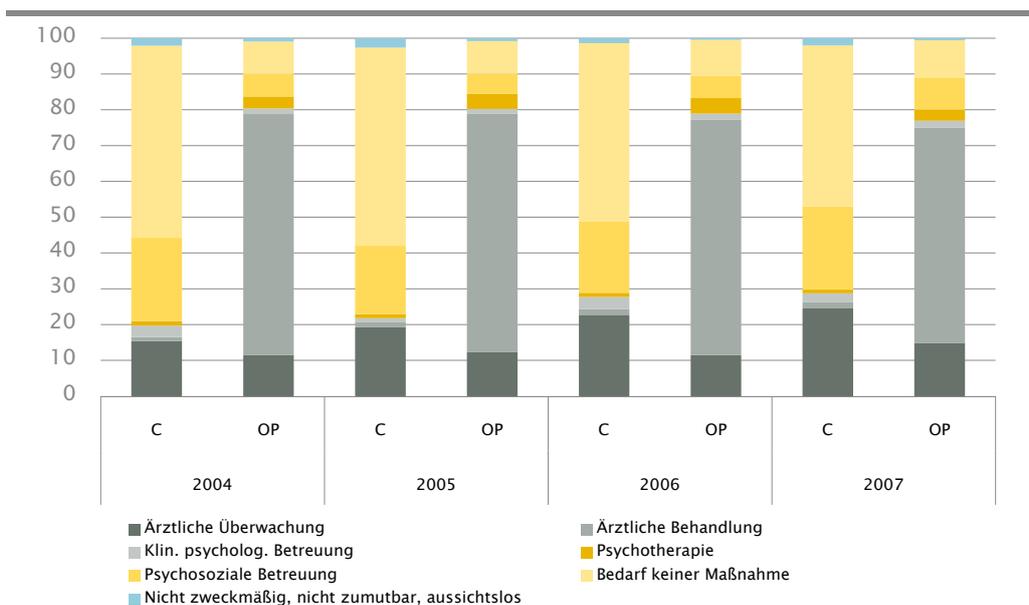
taktgruppe. *SAM flex* ist derzeit je nach Bedarf in verschiedenen Teilen Wiens tätig, z. B. beim Bahnhof Wien-Mitte, im Stadtpark, am Westbahnhof etc. Zahlen für *SAM flex* liegen erst seit Mitte 2008 vor, sodass Aussagen über die Entwicklung von 2008 bis 2009 nicht möglich sind. Bezüglich der Kontakte nach Gruppen gilt aber – wie für *SAM 2* und *SAM 9* –, dass sozial desintegrierte Personen (43 %) den Hauptteil der Klientel bilden, dicht gefolgt von der Gruppe der Passantinnen/Passanten, Anrainer/innen, Kinder und Jugendlichen, Geschäftstreibenden und Fahrgäste (41 %) (VWS 2010h, 2010i, 2010j).

### 9.3 Interventionen im System der Strafjustiz

In Österreich ist die Anwendung von Alternativen zur Bestrafung – hier besonders der Aufschieb des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ – gesetzlich vorgesehen.

Abbildung 9.4:

Ergebnisse der Begutachtungen durch die Bezirksverwaltungsbehörden nach § 12 SMG, nach Leitdrogen in Prozent, 2004–2007



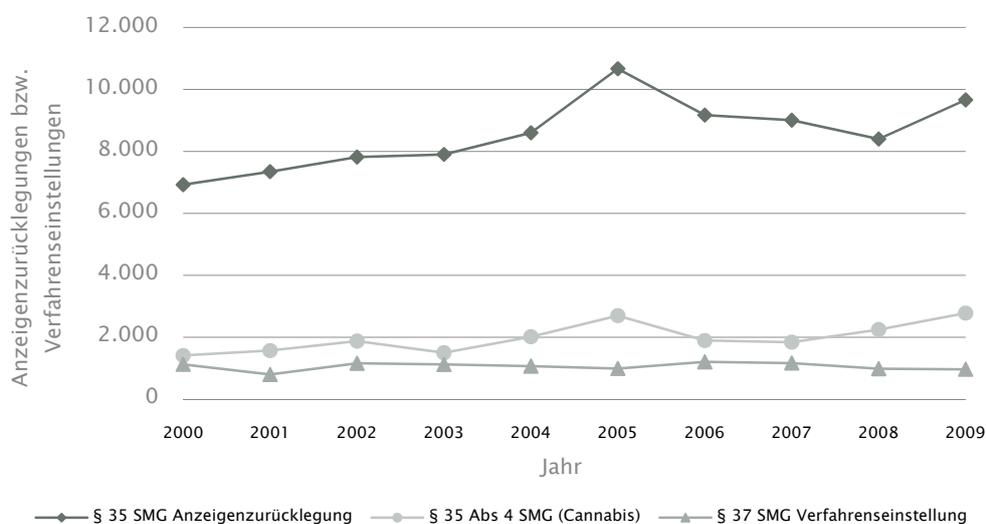
Legende: C = in der Mitteilung der Bezirksverwaltungsbehörde wird ausschließlich der Missbrauch von Cannabis erwähnt; OP = in der Mitteilung der Bezirksverwaltungsbehörde wird der Missbrauch von mindestens einem Opiat erwähnt. Dabei ist es egal, welche Drogen sonst noch genannt werden. Es kann jeweils auf mehr als eine gesundheitsbezogene Maßnahme hingewirkt werden (Mehrfachnennungen möglich). Daten aus BMG IV

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010b

Obige Abb. 9.4 gibt für die Jahre 2004 bis 2007 einen Überblick über die Ergebnisse der Begutachtungen durch die Bezirksverwaltungsbehörden nach § 12 SMG, nach Leitdrogen in Prozent (GÖG/ÖBIG 2010b). Hier werden einerseits die Begutachtungsergebnisse nach ausschließlichem Gebrauch von Cannabis dargestellt. Zusätzlich werden jene Ergebnisse festgehalten, in denen mindestens ein Opiat erwähnt wurde. Es zeigt sich, dass bei Cannabis meist kein Bedarf an einer gesundheitsbezogenen Maßnahme festgestellt wird, während bei Opiatmissbrauch vorwiegend auf ärztliche Überwachung hingewirkt wird. Die meisten dieser Begutachtungen erfolgen auf Anweisung der Justiz, können aber auch aufgrund von Meldungen von Schulleitungen oder militärischen Dienststellen durchgeführt werden.

Im Zusammenhang mit der Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004). Ergänzend zu den Verurteilungen (vgl. dazu Kapitel 9.1) werden in Abb. 9.5 und in Tab. A16 im Anhang A die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzeigenzurücklegungen (§ 35 SMG) und Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) dargestellt.

Abbildung 9.5:  
Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2000 bis 2009



Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht  
 Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht  
 Anmerkung: Daten zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs - „Therapie statt Strafe“) sind derzeit nicht verfügbar.

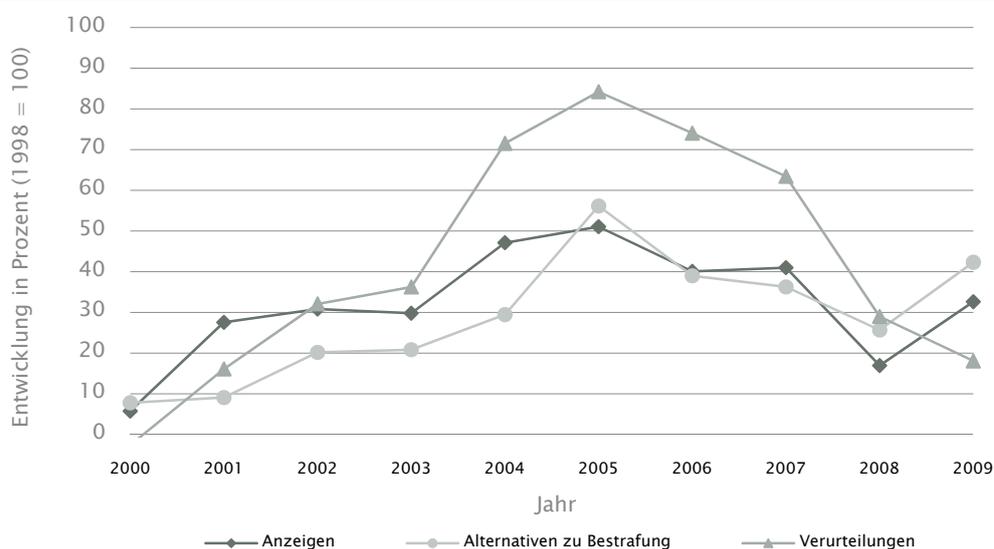
Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Aus Abb. 9.5 ist ersichtlich, dass von 2005 bis 2008 ein Rückgang der Anzeigenzurücklegungen und seit 2006 auch der Verfahrenseinstellungen stattgefunden hat. Ab 2008 zeigt sich jedoch ein erheblicher Anstieg der Anzeigenzurücklegungen, auch Cannabis betreffend. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem SMG verurteilter Personen für 2009 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tab. A14 im Anhang A entnommen werden.

Zum Aufschub des Strafvollzugs im Rahmen des Prinzips „Therapie statt Strafe“ (§ 39 SMG) liegen weiterhin keine verlässlichen Daten vor. Diese würden eine wichtige Informationsquelle zur praktischen Umsetzung von „Therapie statt Strafe“ darstellen.

Interessant ist ein Vergleich der Entwicklung von Anzeigen, Verurteilungen sowie der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung. Basierend auf einem Index, der auf hundert Prozent im Jahr 1998 – dem Jahr des Inkrafttretens des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abb. 9.6, dass im Analysezeitraum 2000 bis 2005 die Verurteilungen anteilmäßig am stärksten gestiegen sind. Ab dem Jahr 2007 kommt es bei Anzeigen und Verurteilungen zu einem anteilmäßig gleichen Rückgang, während die Anwendung der Alternativen zur Bestrafung einen leichten Anstieg zeigt, der sich ab 2008 verstärkt. Im gleichen Ausmaß steigen ab 2008 die Anzeigen an, während die Verurteilungen absinken.

Abbildung 9.6:  
Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2000–2009



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

Quellen: BMI/.BK, Statistik Austria, BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnung und Darstellung

## 9.4 (Problematischer) Drogenkonsum in Haft

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug wurden im Jahr 2001 im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis“ ausführlich dargestellt (ÖBIG 2001). Aktuelle Daten sind nicht verfügbar.

## 9.5 Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen während der Haft

Interventionen zu drogenbezogenen gesundheitlichen Zusammenhängen in Haft betreffen in Österreich insbesondere Substitutionsbehandlung, Gefängnisse mit drogenfreien Zonen und in geringem Ausmaß Aktivitäten zur Schadensminimierung. Diesbezüglich bestehen allerdings keine konkreten Maßnahmen in Bezug auf Infektionskrankheiten (vgl. Kapitel 6.1).

Im Berichtsjahr erschien die aktualisierte Ausgabe einer Publikation des Bundesministeriums für Justiz (BMJ), die sich mit der Behandlung Suchtkranker während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs beschäftigt (BMJ 2009). Darin wird zwischen drogenfreien Abteilungen innerhalb von Justizanstalten (JA) und Justizanstalten mit Behandlung unterschieden. Während in drogenfreien Abteilungen vollkommene Freiheit von Drogen, Alkohol und Medikamenten (auch Substitutionsmitteln) gilt, besteht außerhalb der drogenfreien Zonen und in den JA mit Behandlung die Möglichkeit, sich einer Substitutionsbehandlung oder anderen Maßnahmen im Zusammenhang mit unterschiedlichen Suchterkrankungen zu unterziehen. So ist z. B. geplant, in der JA Graz-Karlau eine Gruppe der Anonymen Alkoholiker einzurichten. Zielgruppe sind chronische Trinker, die sich weigern, die Behandlungsgruppe für alkoholranke Insassen zu besuchen. In der JA Hirtenberg besteht u. a. eine Gruppentherapie für spielsüchtige Insassen (BMJ 2009).

In der Justizanstalt Stein können Insassen in Substitutionsbehandlung in einer eigenen Substitutionsabteilung untergebracht werden. Von Jänner bis Juli 2010 hat in der JA Stein ein Pilotprojekt mit dem Verein Grüner Kreis stattgefunden. Dabei wurde für Häftlinge in Substitutionsbehandlung vom Grünen Kreis im Abstand von zwei Wochen die Möglichkeit zur wahlweisen Einzel- oder Gruppenpsychotherapie angeboten. Von etwa 130 Insassen in Substitutionsbehandlung wurden 13 (4 in Einzel-, 9 in Gruppenpsychotherapie) auf diese Art betreut, wobei sich die Insassen für eine der beiden Möglichkeiten entscheiden konnten (Grüner Kreis 2010).

Einen Gesamtüberblick über Substitution im österreichischen Strafvollzug gibt eine Statistik des BMJ, aus der hervorgeht, dass sich zum Stichtag 1. April 2010 864 Insassen und Insassen in österreichischen Justizanstalten in Substitutionsbehandlung

befunden haben. Bei einer Gesamtbelegung von 8.634 Personen ist das ein Anteil von zehn Prozent der Inhaftierten (Ende 2007: 8,6 %; Moravec, p. M.).

Weiterhin bietet der Verein Dialog in den Polizeianhaltezentren (PAZ) in Wien vor Ort sozialarbeiterische Unterstützung für Verwaltungsinsassinnen und -insassen sowie medizinische Behandlung (Allgemeinmedizin, Psychiatrie) für alle Insassinnen/Insassen. Im Jahr 2009 wurden im Rahmen dieser Tätigkeiten 1.533 Personen betreut, das sind um zehn Prozent mehr als 2008 (Dialog 2010b).

## 9.6 Reintegration von Drogenkonsumierenden nach der Haft

Die meisten Reintegrationsmaßnahmen für Drogenkonsumierende stehen auch Personen mit Hafterfahrung zur Verfügung. Spezielle Informationen zur Reintegration von (ehemaligen) Drogenkonsumierenden am Ende der Haft bietet eine Diplomarbeit, die sich mit der ehrenamtlichen Bewährungshilfe am Freigang der Justizanstalt Wien-Favoriten beschäftigt<sup>37</sup> (Grubinger 2009).

Das Ziel des gelockerten Vollzugs bzw. Freigangs der Justizanstalt Wien-Favoriten ist, den Insassinnen und Insassen unter möglichst realitätsnahen Bedingungen eine Erprobungsphase für die Zeit nach der Haft zu ermöglichen. Gleichzeitig steht nach der Verlegung aus dem geschlossenen Bereich in diese Form des Vollzugs nicht mehr die Suchterkrankung bzw. deren Therapie, sondern die Alltagsbewältigung im Vordergrund. In dieser Zeit stehen die Sozialarbeiter/innen überwiegend beratend, stützend und konfrontativ zu Seite. Perspektiven für das Leben nach der Haft sollen entwickelt und Vorbereitungen dafür getroffen werden. Zusätzlich werden die Insassinnen und Insassen des gelockerten Vollzugs bzw. Freigangs in Zusammenarbeit mit dem Verein Neustart von ehrenamtlichen Bewährungshelferinnen und -helfern betreut, die zuvor ein Auswahlseminar des Vereins für Bewährungshilfe besuchen mussten (Grubinger 2009).

Zehn der 17 befragten Insassinnen und Insassen gaben an, dass die Bewährungshilfe unterstützend wirkt, wenn es darum geht, über Probleme zu reden. Fünf der Befragten erwähnten Hilfeleistung bei der Suche nach einer Wohnung, vier bei behördlichen An-

---

37

Der empirische Teil der Diplomarbeit beleuchtet im Rahmen einer Fragebogenerhebung u. a. die Meinungen der Insassinnen (8 Fragebögen) und Insassen (9 Fragebögen) zur Einzelbetreuung durch die Bewährungshilfe sowie die Erfahrungen des Bewährungshilfeteams (9 Fragebögen) und der Leiter/innen der beiden (Frauen, Männer) Freigangsabteilungen.

gelegenheiten. Drei Personen nannten Hilfe bei suchtspezifischen Themen. Die Inhalte Wohnen, Familie, Arbeit und Sucht stellten auch die Schwerpunkte der Gespräche mit den Bewährungshelferinnen und -helfern dar. Dabei wurden bevorzugt die Themen Rückfälle, private Probleme, Arbeit und Probleme mit Beamtinnen und Beamten mit der Bewährungshilfe besprochen. Das Betreuungsausmaß (Treffen im Abstand von 14 Tagen) wurde von den meisten der befragten Insassinnen und Insassen als genau richtig angesehen. Die meisten der Befragten waren mit ihrem/ihrer Bewährungshelfer/in außerordentlich bzw. ziemlich zufrieden, elf der Befragten könnten sich eine freiwillige Weiterbetreuung durch die Bewährungshilfe nach der Entlassung vorstellen (Grubinger 2009).

Der derzeit unregelmäßige Kontakt zwischen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der JA und der Bewährungshilfe sollte nach Meinung beider Seiten regelmäßig ein- bis viermal jährlich stattfinden – mit telefonischem Kontakt z. B. in besonderen Krisensituationen. Als wichtig wurde auch die (vermehrte) Aufklärung der Insassinnen und Insassen über Rahmenbedingungen sowie Zweck und Ziel der Betreuung vor Betreuungsbeginn angesehen. Insgesamt wurde die Betreuung durch externe Personen ausschließlich als Vorteil angesehen, da mit diesen einerseits auch anstaltsintern möglicherweise heikle Themen besprochen werden könnten und andererseits eine Loslösung von der Anstalt gefördert würde (Grubinger 2009).

# 10 Drogenmärkte

Die am häufigsten in Österreich beschlagnahmte Substanz ist Cannabis, gefolgt von Kokain und Opiaten (Heroin, opioidhaltige Medikamente; vgl. ST13). Allerdings ist insbesondere die Menge der beschlagnahmten Substanzen ein schlechter Indikator für deren Verfügbarkeit in Österreich, da ein wesentlicher Teil der Drogen nicht für Österreich bestimmt ist (Transit) und sich in den Zahlen auch das Ausmaß der Aktivität der Exekutive widerspiegelt. Bezüglich Reinheit und Konzentration der in Österreich erhältlichen Substanzen zeigt die Erfahrung der letzten Jahre erhebliche Schwankungsbreiten. Dies betrifft sowohl den Bereich der klassischen Straßenszene (Opiate und Kokain) als auch den der neuen synthetischen Drogen („Ecstasy“ und Amphetamine; vgl. ST14 und ST15). Die Unsicherheit über die tatsächlichen Inhaltsstoffe und deren Konzentration stellt einen erheblichen Risikofaktor beim Drogenkonsum dar.

Informationen zur Verfügbarkeit von illegalen Drogen bei Jugendlichen liefern einige Fragen des ESPAD-Surveys (Strizek et al. 2008; vgl. Kap. 2.1). Die in diesem Kapitel referierten Daten zu Sicherstellungen stammen vom Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt (BMI/.BK), die Daten zu Reinheit und Preis stammen von Projekt ChEck iT! Und BMI/.BK.

## 10.1 Verfügbarkeit und Angebot von Drogen

Die Antwortverteilungen auf die ESPAD-Frage „Wie schwierig ist es deiner Meinung nach für dich, an [hier werden diverse Substanzen eingesetzt; Anm. GÖG/ÖBIG] heranzukommen, wenn du das möchtest?“ wurde bereits im Drogenbericht des Vorjahrs vorab (siehe GÖG/ÖBIG 2009b) präsentiert. Mit dem Endbericht (Strizek et al. 2008) liegen nun auch Detailergebnisse nach Alter, Geschlecht und Region vor.

Während 80 Prozent der Jugendlichen es ziemlich bis sehr einfach finden, an Alkohol heranzukommen (Wein/Sekt: 80 %, Spirituosen: 56 %), liegt der diesbezügliche Prozentsatz für illegale Drogen nur bei Cannabis bei etwas über einem Drittel der Befragten (35 %). „Ecstasy“ und Amphetamine werden jeweils von etwa 20 Prozent als ziemlich bis sehr einfach erhältlich eingeschätzt. Insbesondere bei Cannabis und Ecstasy zeigt sich ein Anstieg der subjektiven Verfügbarkeit mit dem Alter. In Wien wird die Verfügbarkeit von illegalen Substanzen höher eingeschätzt (vgl. Tab. 10.1). Die referierten Angaben sind jedoch aufgrund von Verständnisschwierigkeiten (siehe dazu die Anmerkung in Tab. 10.1) mit einer gewissen Unschärfe behaftet.

Tabelle 10.1:

Beurteilung der Schwierigkeit, an diverse psychoaktive Substanzen heranzukommen, mit „sehr leicht“ bis „ziemlich leicht“

Teilgruppen	Substanz						
	Cannabis	„Ecstasy“	Ampheta- mine <sup>1</sup>	Tranquilizer/ Sedativa	Zigaretten	Wein/ Sekt	Spirituosen
14-Jährige	25 %	16 %	24 %	13 %	80 %	70 %	44 %
15-Jährige	31 %	19 %	23 %	14 %	81 %	76 %	50 %
16-Jährige	38 %	21 %	23 %	13 %	90 %	87 %	63 %
17-Jährige	51 %	29 %	31 %	20 %	89 %	91 %	69 %
Mädchen	33 %	21 %	23 %	14 %	–	–	–
Burschen	36 %	20 %	25 %	14 %	–	–	–
Wien	42 %	30 %	29 %	18 %	–	–	–
Ostösterreich ohne Wien	33 %	18 %	22 %	13 %	–	–	–
Westösterreich	35 %	20 %	24 %	14 %	–	–	–
Gesamt	35 %	21 %	24 %	14 %	85 %	81 %	56 %

Anmerkung: Die Frage lautete: „Wie schwierig ist es deiner Meinung nach für dich, an Aufputschmittel bzw. Amphetamine heranzukommen, wenn du das möchtest?“ Eine Validierungsstudie lieferte das Ergebnis, dass die Befragten unter dem Begriff „Aufputschmittel bzw. Amphetamine“ auch Energy Drinks wie Red Bull verstanden haben.

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Im Zuge des steigenden Konsums von sogenannten „Research Chemicals“, beispielsweise Mephedron<sup>38</sup>, wird von Fachleuten und in den Medien von einer sehr leichten Verfügbarkeit in Head Shops<sup>39</sup> bzw. via Internet berichtet („Die Presse“, 20. 11. 2009; vgl. Kap. 1.1, Kap. 4.2 und Kap. 10.3). Dies wurde von Drogenfachleuten grundsätzlich als problematisch erachtet, zusätzlich ermöglicht es, gerade im Vorfeld von rechtlichen Maßnahmen, sogenannte Hamsterkäufe. Im August 2010 konnte dies in Graz beobachtet werden, wo aufgrund des bevorstehenden Verbots (vg. von Mephedron großer Andrang bei einem Head Shop herrschte (ORF vom 6. 8. 2010<sup>40</sup>).

38

Mephedron war bis Ende August 2010 eine der gebräuchlichsten „Research Chemicals“. Im August 2010 wurde Mephedron gesetzlich als Suchtgift deklariert und ist seitdem eine illegale Droge (vgl. Kap. 1.1, Kap. 4.2 und Kap. 10.3).

39

Als Head Shop bezeichnet man meist kleine Läden und Geschäfte, die Zubehör für die Cannabis-Szene und szenetypische Produkte verkaufen.

40

<http://steiermark.orf.at/stories/460904/>: „Mephedron: Suchtgift legal in Graz zu kaufen“ (7. 8. 2010)

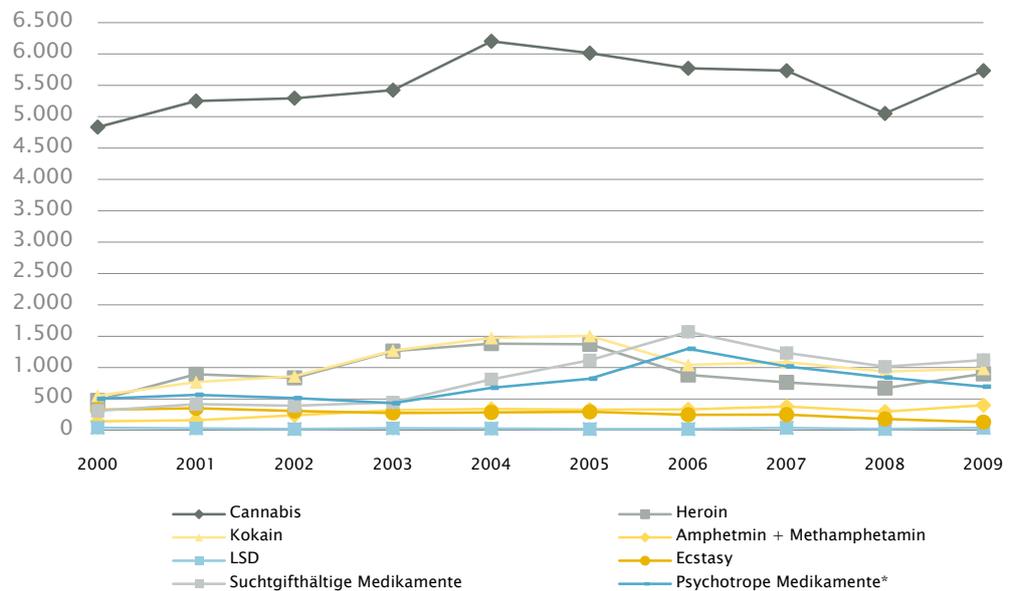
## 10.2 Sicherstellungen

Als Produktionsland für illegale Drogen spielt Österreich keine Rolle. Während Kokain in erster Linie auf dem See- und Luftweg von Südamerika nach Österreich gelangt, stellt für Heroin weiterhin die sogenannte Balkanroute (Türkei, Bulgarien, Serbien, Kroatien, Slowenien, Österreich) die dominante Schmuggelroute dar. Cannabisprodukte werden aus verschiedenen Ländern bzw. Regionen wie z. B. den Niederlanden, dem Balkan und aus Marokko eingeführt; zu einem geringen, aber wachsenden Anteil stammen sie auch aus Eigenanbau in Österreich. Amphetamine und Amphetamin-Derivate werden größtenteils aus den Niederlanden importiert (BMI 2009).

Laut Bundesministerium für Inneres (BMI) ist im Jahr 2009 die Zahl der Sicherstellungen bei fast allen Drogen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen (vgl. Abb. 10.1 und Tab. A17 im Anhang A). Am stärksten, und zwar um jeweils rund ein Drittel, sind die Sicherstellungen bei Heroin und Amphetamin gestiegen. Die Werte haben damit nach dem Rückgang im Jahr 2008 wieder das Niveau von 2007 erreicht.

Auch die Menge der sichergestellten Suchtmittel ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen und annähernd auf dem Niveau von 2007 bzw. etwas darüber (vgl. Tab. A18 im Anhang A). Allerdings ist zu berücksichtigen, dass einzelne Beschlagnahmungen mit großen Mengen, die oft nicht für Österreich bestimmt sind (Transit), das Bild verzerren.

Abbildung 10.1:  
Anzahl der Beschlagnahmen von Suchtgiften und psychotropen Medikamenten  
in Österreich, 2000–2009



Anmerkung \*: Psychotrope Medikamente sind Medikamente, die psychotrope Stoffe enthalten.

Quelle: BMI/.BK 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

### 10.3 Reinheit und Preis

Im Kontext des *Check-IT!*-Projekts (vgl. Kap. 2.3), in dessen Rahmen auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene Tests von als „Ecstasy“ oder „Speed“ verkauften Substanzen auf Reinheit und Zusammensetzung durchgeführt werden, wurden im Jahr 2009 bei insgesamt sieben Musikveranstaltungen (Goa, Electronic) in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien 105 als „Ecstasy“ (in Tablettenform) und 113 als „Speed“ gekaufte Proben analysiert (VWS 2010d).

Der Prozentsatz der als „Ecstasy“ gekauften Tabletten, die außer MDMA<sup>41</sup>, MDE<sup>42</sup> oder MDA<sup>43</sup> keine psychotropen Substanzen enthielten, ist mit 16 Prozent massiv eingebrochen (2005 bis 2008 lag der Wert zwischen 60 % und 75 %). Entsprechend oft, und zwar bei mehr als der Hälfte (52 %) der Tabletten, die als „Ecstasy“ gekauft worden waren, musste besonders gewarnt werden. Erstmals seit acht Jahren wurde auch wieder der gesundheitlich besonders bedenkliche Wirkstoff Paramethoxyamphetamin (PMA) festgestellt, und zwar bei drei Proben (vgl. Tab. A19 im Anhang A). Bei PMA tritt die Wirkung im Vergleich zu MDMA erst mit Verspätung ein, was die Gefahr mit sich bringt, dass weitere Pillen konsumiert werden, um den beabsichtigten Effekt zu erzielen. Die daraus resultierende Wirkstoffkumulation kann zum Tod führen.

Auch der Trend, MDMA durch legale Piperazinderivate wie mCPP zu ersetzen, hat sich 2009 massiv verstärkt (2008 wurde in 19 % der Proben, 2009 in 51 % der Proben Piperazin festgestellt). mCPP weist im Vergleich zu MDMA eine schwächere psychoaktive Wirkung auf, aber sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Übelkeit, Nierenschmerzen, Nervosität, Schweratmigkeit, Müdigkeit und einen mehrere Tage anhaltenden „hangover“. Zusätzlich kann es bei gleichzeitigem Konsum von MDMA zu Krampfanfällen kommen. 15 der 55 mCPP-haltigen Tabletten enthielten zusätzlich die Substanz Metoclopramid. Dabei handelt es sich um ein Antiemetikum (Mittel gegen Übelkeit und Erbrechen), das vermutlich beigemischt wurde, um Nebenwirkungen von mCPP wie Übelkeit zu unterdrücken. Metoclopramid kann mit vielen anderen Substanzen Wechselwirkungen eingehen und deren Wirkung teilweise beschleunigen; es führt zu einer Verlangsamung des Reaktionsvermögens.

Generell besteht der Trend, illegale Substanzen, die in der Öffentlichkeit als Ecstasy bezeichnet werden, durch chemische Verbindungen mit ähnlichem Wirkspektrum (bis August 2010 z. B. Mephedron<sup>44</sup>) zu ersetzen, die legal sind. Diese Produkte werden unter phantasievollen Namen wie „Benzo-Flys“ oder „Dragon-Flys“ vermarktet und un-

---

41  
3,4-Methylendioxy-N-methylamphetamin

42  
3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin

43  
3,4-Methylendioxyamphetamin

44  
Mephedron war bis Ende August 2010 eine der gebräuchlichsten „Research Chemicals“. August 2010 wurde Mephedron gesetzlich als Suchtgift deklariert und ist seitdem eine illegale Droge (vgl. Kap. 1.1, Kap. 4.2 und Kap. 10.1).

ter dem Begriff „Research Chemical“ subsumiert (vgl. Kap. 1.1, Kap. 4.2 und Kap. 10.1). Die Wirkungen dieser Substanzen sind kaum erforscht. Hier liegt auch die große Gefahr für die Konsumierenden, da Wirkungen und Risiken des Gebrauchs kaum abgeschätzt werden können („Die Presse“, 20. 11. 2009). „Research Chemicals“ – in erster Linie Mephedron – wurden bis Juli 2010 in 86 von *ChEck iT!* Analysierten Substanzen festgestellt (Nagy, p. M.).

Die als „Speed“ gekauften und von *ChEck iT!* analysierten Substanzen enthielten nur zu 10 Prozent ausschließlich Amphetamin, zu 50 Prozent Amphetamin und Koffein und zu 15 Prozent Amphetamin, gemischt mit anderen pharmakologisch aktiven Substanzen (vgl. Tab. A20 im Anhang A und ST15). 14 Prozent dieser Proben wurden als „gesundheitlich besonders bedenklich“ klassifiziert (VWS 2010d).

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, finden sich in Tab. 10.2 (vgl. dazu auch ST14 und ST16). Wie in den Vorjahren zeigt sich eine erhebliche Schwankungsbreite in der Konzentration der für den Straßenhandel bestimmten Drogen.

Tabelle 10.2:

Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm\*/Stück\*\*) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2009

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	„Ecstasy“***	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,08 %	0,25 %	0,2 %	-	1 %	0,3 %	11 %	-
	Obergrenze	39 %	33 %	53 %	-	96 %	43 %	66 %	-
	Typisch	5 %	10 %	8 %	-	24 %	4 %	45 %	-
Preis	Untergrenze	5	7	50	-	60	10	5	30
	Obergrenze	10	10	100	-	140	15	10	35
	Typisch	7	8	70	-	70	12	7	30

Anmerkung: Die Daten beruhen auf Informationen aus verdeckten Ermittlungen. Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 7 und 527.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

# Teil 2

---

## Schwerpunktthemen



# 11 Geschichte, Methoden und Umsetzung nationaler Behandlungsleitlinien

Gemäß EU-Drogenaktionsplan 2009–2012<sup>45</sup> soll ein besserer Überblick über Leitlinien zur Suchtbehandlung in Europa, über ihre Entwicklung und Umsetzung sowie ihre Rolle hinsichtlich der Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung erarbeitet werden. In diesem Sinne sollen im diesjährigen Bericht nationale Leitlinien zur Suchtbehandlung dargestellt werden. Im Zuge eines wissenschaftlichen Projekts (Zurhold und Degkwitz 2009) zur Erhebung von entsprechenden Leitlinien in Europa und einer im Februar 2010 von der EBDD organisierten Reitox Academy zum Thema wurde allerdings festgestellt, dass in Österreich keine nationalen Leitlinien zur Suchtbehandlung existieren, die der EBDD-Definition<sup>46</sup> bzw. dem internationalen Verständnis davon entsprechen. Nationale Leitlinien sollten von unabhängigen Fachleuten in einem standardisierten Prozess unter Einbindung aller Stakeholder, Berufsgruppen sowie von Betroffenen und unter Berücksichtigung der systematisch erhobenen und aufbereiteten wissenschaftlichen Evidenz erarbeitet werden. Eine externe Begutachtung und eine öffentliche Konsultation sind üblicherweise ebenfalls Teil dieses Prozesses. Die in Österreich vorliegenden Richtlinien und Standards entsprechen diesen Kriterien nicht. Da sie dennoch für die Umsetzung der Suchtbehandlung in Österreich relevant sind, werden ausgewählte Beispiele im vorliegenden Kapitel kurz beschrieben sowie deren Entwicklung und Umsetzung erläutert.

## 11.1 Geschichte und Hintergrund

Das Fehlen **nationaler Leitlinien** für die Suchtbehandlung hängt unter anderem mit der föderalistischen Struktur des Landes und der damit verbundenen Aufteilung der Kom-

---

45

Zu finden unter [http://europa.eu/legislation\\_summaries/justice\\_freedom\\_security/combating\\_drugs/jl0019\\_de.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_drugs/jl0019_de.htm) (16.8.2010)

46

Von der EBDD wird folgende Definition für Guidelines verwendet: Guidelines sind systematisch entwickelte „Statements“, die Praktikerinnen/Praktikern und Patientinnen/Patienten in spezifischen Situationen bei Entscheidungen über angemessene Interventionen unterstützen sollen. Sie enthalten im Allgemeinen eine Liste an Empfehlungen, die bei der Umsetzung von Interventionen berücksichtigt werden sollten, bzw. Handlungsanleitungen, denen gefolgt werden kann. Der Inhalt dieser Guidelines basiert üblicherweise auf der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz.

petenzen und Aufgaben im öffentlichen Gesundheitswesen zusammen, aber auch damit, dass die Auseinandersetzung mit nationalen Qualitätsstandards für medizinische Behandlungen im Vergleich zu anderen Ländern relativ spät begonnen hat. Der Rahmen zur Förderung systematischer Qualitätsarbeit wurde mit dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG; BGBl I 2004/179) geschaffen, das mit 1. 1. 2005 in Kraft getreten ist. Darin wird gefordert die Entwicklung von Qualitätsstandards für die Erbringung bestimmter Gesundheitsleistungen unter Einbeziehung der jeweils Betroffenen, insbesondere der relevanten Gesundheitsberufe sowie der Patientinnen und Patienten. Diese Qualitätsstandards können anschließend von der Bundesministerin bzw. dem Bundesminister für Gesundheit entweder als Bundesqualitätsleitlinien (BQLL) empfohlen oder als Bundesqualitätsrichtlinie (BQRL) durch Verordnung erlassen werden. Dabei ist zu achten auf Bundeseinheitlichkeit, auf sektoren- und berufsübergreifende Vorgehensweise, Patientientorientierung, auf die Grundprinzipien der Gesundheitsförderung, auf Transparenz sowie den gegenwärtigen Stand des Wissens und der Erfahrung bezüglich Effektivität und Effizienz. Um diese Aufgaben wahrzunehmen zu können, wurde im Jahr 2007 das Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) gegründet, ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG).

Seit September 2007 wird an den Grundlagen zur Erstellung von Qualitätsstandards gearbeitet. Auf Basis von internationalen Erfahrungen und Empfehlungen zur Entwicklung von Leitlinien wurde eine Metaleitlinie (GÖG in Vorbereitung) entwickelt, die den Prozess zur Entwicklung von Leitlinien definieren soll. Die „Metaleitlinie – Methode zur Entwicklung und Evaluierung von Bundesqualitätsleitlinien“ sieht u. a. vor, dass jede Organisation Themenvorschläge für die Erarbeitung von BQLL und/oder BQRL einbringen kann. Diese Vorschläge werden nach einem definierten Priorisierungsverfahren gewichtet und gereiht und durch BMG oder Bundesgesundheitsagentur beauftragt. Außerdem kann ein Antrag auf Anerkennung eines Papiers als BQLL gestellt werden (wenn z. B. von einer medizinischen Fachgesellschaft bereits eine Richtlinie erarbeitet wurde); in diesem Fall wird im Rahmen des Anerkennungsverfahrens geprüft, ob die formalen Kriterien einer BQLL erfüllt sind. Derzeit sind BQLL zu sechs Themen in Arbeit. Um eine BQLL und/oder BQRL zur Suchtbehandlung entwickeln zu können, müsste ein entsprechender Themenvorschlag eingebracht werden.

Sowohl BQLL als auch BQRL geben für die Betreuung von Patientinnen und Patienten einen Handlungs- und Entscheidungskorridor vor und empfehlen erprobte und wirksame Instrumente und Vorgehensweisen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann bzw. eventuell muss. Abweichungen müssen/sollen jedoch entsprechend dokumentiert werden. Beide Formen (BQLL und BQRL) sollen systematisch entwickelt werden und auf Basis eines Konsensus in multidisziplinären Teams beschlossen werden. Im Gegensatz zu anderen EU-Mitgliedstaaten liegt der Fokus nicht allein auf der medizinischen Behandlung, sondern umfasst auch versorgungsübergreifende Aspekte. Bestehende medizinische, pflegerische und therapeutische Standards werden als Quellleitlinien berücksichtigt, sofern deren Qualität den Anforderungen entspricht.

Abgesehen von dem Prozess zur Etablierung nationaler Leitlinien, der erst am Beginn steht, wurden in Österreich bisher verschiedene andere Wege beschritten, um die Qualität von medizinischen Behandlungen zu fördern bzw. zu gewährleisten. Im speziellen Fall der Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen gibt es bereits seit langem eine **Regulierung**, die mit dem Ziel der Qualitätssicherung als auch aufgrund von sicherheits- und gesundheitspolitischen Bedenken erfolgte. Der erste Erlass (Weisung des Gesundheitsministers für die mit der Kontrolle der oralen Substitutionsbehandlung von Opioidabhängigen befassten Gesundheitsbehörden bzw. Amtsärztinnen und -ärzte) erging im Jahr 1987. In Hinblick auf die nach dem damaligen Suchtgiftgesetz geltende „ultima ratio“-Regel rechtfertigte eine schwere therapieresistente Opioidabhängigkeit nicht die Verschreibung suchtgifthaltiger Arzneimittel, sondern musste im Einzelfall zuerst die Aussichtslosigkeit anderer Behandlungsformen festgestellt worden sein. Erst das Suchtmittelgesetz (SMG) im Jahr 1998 verankerte gesetzlich die Substitutionsbehandlung explizit als eine mögliche Therapieform neben anderen. Im Jahr 2007 trat an die Stelle des Substitutionserlasses eine Regelung auf Verordnungsebene, die nun auch für die behandelnden Ärztinnen und Ärzte verbindliche Rahmenbedingungen vorgibt (GÖG/ÖBIG 2007b und Kap. 1.1 bzw. 5.1). Des Weiteren wurde, ebenfalls auf Verordnungsebene, die ärztliche Tätigkeit im Rahmen der Substitutionsbehandlung an die Voraussetzung der Absolvierung einer einschlägigen Weiterbildung geknüpft (GÖG/ÖBIG 2006 und Kap. 1.1 bzw. 5.1).

Sehr verbreitet sind in Österreich **Konsensus-Papiere**, die unter Einbindung und auf Initiative von Fachleuten bzw. verschiedenen Fachgesellschaften erarbeitet werden und eine einheitliche Behandlung fördern sollen. Diese Konsensus-Papiere beziehen sich im Wesentlichen auf Erfahrungen aus der Praxis, wissenschaftliche Evidenz fließt eher indirekt und nicht systematisch ein. Einzelne, zum jeweiligen Zeitpunkt der Entwicklung vorhandene wissenschaftliche Publikationen (z. B. Fischer/Kayer 2006, Busch et al. 2007) oder Richtlinien (z. B. aus Deutschland) werden durchaus als Basis herangezogen. Andererseits werden österreichische Fachleute auch in die Erstellung von Richtlinien in anderen Ländern oder von internationalen Organisationen mit einbezogen (vgl. Kap. 7.2). Manche Fachleute begründen den starken Fokus dieser Konsensus-Papiere auf praktische Erfahrungen damit, dass die langjährige tägliche Arbeit eine wesentliche Grundlage für die Evidenz bildet und in einer komplexen und bewussten Entscheidungsfindung auch die individuelle Situation der Suchtkranken berücksichtigt (ÖGABS 2009). Ein Fokus auf wissenschaftliche Evidenz hätte hingegen den Nachteil, dass bevorzugt in „High-ranking“-Zeitschriften veröffentlichte Ergebnisse aus klinischen Studien herangezogen werden, deren Rahmenbedingungen jedoch oft nicht der täglichen Praxis entsprechen. In diesem Zusammenhang sei auch zu berücksichtigen, dass Ergebnisse oder Empfehlungen aus anderen Ländern durch die dortigen drogenpolitischen Regulierungen und somit auch durch allfällige Restriktionen beeinflusst werden und dass daher ihre Übertragbarkeit sorgfältig geprüft werden müsse. Dies gelte insbesondere für die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen, da in Öster-

reich ein größeres Spektrum an verschreibbaren Opioiden zur Verfügung stehe als in anderen Ländern.

Des Weiteren gibt es, sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene, **organisatorische Richtlinien** für Einrichtungen der Suchthilfe, die ebenfalls zur Qualitätssicherung in der Suchtbehandlung beitragen sollen.

## 11.2 Beschreibung bestehender Richtlinien und Standards

In Tab. 11.1 sind jene Richtlinien und Standards aufgelistet, die für die Umsetzung der Suchtbehandlung in Österreich relevant sind. Die detaillierte **Regulierung** der Substitutionsbehandlung und der entsprechenden Weiterbildung durch die Suchtgiftverordnung bzw. die Novellen aus den Jahren 2007 und 2009 wurde in vorherigen Berichten (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b und 2008c) bzw. wird in Kap. 1.1 und 5.1 erläutert. In Bezug auf die Auswahl der dargestellten **Konsensus-Papiere** sei darauf hingewiesen, dass kein Anspruch auf Vollständigkeit erhoben wird. Es wurde versucht, die wichtigsten bzw. aktuellsten Papiere aufzunehmen, gleichzeitig aber auch verschiedene Themen und Settings abzudecken.

Das Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie (ÖGPB 2007) umfasst verschiedene Aspekte der Suchtbehandlung. Es geht zunächst ein auf Epidemiologie, Genese und klinische Erscheinungsformen sowie Folgeschäden substanzbezogener, d. h. durch Alkohol, Opioiden, Benzodiazepine oder andere psychoaktive Substanzen hervorgerufene Störungen. Diesen Beschreibungen folgt eine Darstellung von Behandlungskette und Behandlungsformen, aber auch Empfehlungen für den Umgang mit spezifischen Zielgruppen (z. B. Kindern und Jugendlichen), wobei diese eher allgemein gehalten sind.

Der Kärntner Leitfaden zu Diagnostik und Behandlung der Opioidabhängigkeit (Amt der Kärntner Landesregierung 2007a), der auf Initiative und im Auftrag des Kärntner Drogenforums von einer Arbeitsgruppe erstellt wurde, beinhaltet ebenfalls verschiedene Aspekte der Suchtbehandlung. Ziel ist die Förderung einer sachlichen Diskussion zum Thema „Best Practice“ in der Suchtbehandlung in Kärnten, eine Verbesserung der Behandlungsqualität und die Etablierung einheitlicher Therapiestandards unter Berücksichtigung eines öffentlichen Sicherheitsinteresses sowie der individuellen Bedürfnisse der Suchtkranken. Der Leitfaden enthält konkrete und detaillierte Empfehlungen zu Diagnostik, Indikationsstellung, abstinenz- bzw. substituionsgestützter Behandlung, aber auch zu nicht-ärztlichen Maßnahmen (psychosoziale Betreuung, Psychotherapie, Wohnen etc.) sowie spezielle Hinweise zur Sicherheit in der Substitutionsbehandlung.

Tabelle 11.1:  
Österreichische Richtlinien und Standards zur Suchtbehandlung

Titel und Jahr	Institution	Ebene	Methode zur Erarbeitung der Richtlinie	Zielgruppe der Richtlinie	Art der Intervention	Substanzen, auf die Richtlinie abzielt
Suchtgiftverordnung. 2007 und 2009	Bundesminister für Gesundheit	Bundesebene	Politischer Entscheidungsprozess	Alle substituierenden Ärztinnen und Ärzte sowie die mit der Kontrolle befassten Amtsärztinnen und -ärzte	Opioid-Substitution	Opioide
Weiterbildungsverordnung. 2007 und 2009	Bundesminister für Gesundheit	Bundesebene	Politischer Entscheidungsprozess	Alle substituierenden Ärztinnen und Ärzte sowie die mit der Kontrolle befassten Amtsärztinnen und -ärzte	Opioid-Substitution	Opioide
Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen – Konsensus-Statement – State of the Art. 2007	ÖGPB (Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie)		Konsens durch persönlichen und schriftlichen Austausch erzielt	Alle Ärztinnen und Ärzte (speziell im niedergelassenen Bereich), die Suchtbehandlungen durchführen sowie Entscheidungsträger/innen	Frühintervention, Entzugsbehandlung, Opioid-Substitution, Psychotherapie, ambulante Betreuung	Opioide, Alkohol, Benzodiazepine, Nikotin u. a. psychoaktive Substanzen
Diagnostik und Behandlung der Opioidabhängigkeit. Ein Leitfaden. 2007	Amt der Kärntner Landesregierung, Abteilung 12 – Sanitätswesen; UA Drogenkoordination/ Sozialmedizin	Kärnten	Konsens von Fachleuten	Alle Ärztinnen und Ärzte, die Suchtbehandlungen durchführen	Diagnostik, Indikation, abstinentengestützte Behandlung, Opioid-Substitution, psychosoziale Betreuung, Psychotherapie, soziale Reintegration	Opioide
Handbuch für Drogenkranke in Wien. 2004	Wiener Ärztekammer	Wien	Kombination von Evidenz und Erfahrungen aus Praxis	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Amtsärztinnen und Ärzte, Apotheker/innen	Diagnostik, Entzugsbehandlung, Opioid-Substitution	Opioide
Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. 2009	ÖGABS (Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit)		Konsens von Fachleuten aus verschiedenen Berufsgruppen, erzielt in einem Prozess ähnlich der Delphi-Methode	Alle Ärztinnen und Ärzte (speziell Allgemeinmediziner/innen im niedergelassenen Bereich), die Suchtbehandlungen durchführen sowie Entscheidungsträger/innen	Opioid-Substitution	Opioide

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle 11.1

Titel und Jahr	Institution	Ebene	Methode zur Erarbeitung der Richtlinie	Zielgruppe der Richtlinie	Art der Intervention	Substanzen, auf die Richtlinie abzielt
Konsensus zur Behandlung der chronischen Hepatitis C bei DrogenkonsumentInnen in Österreich aus suchtmedizinischer Sicht. 2001	Suchtexperten aus verschiedenen Einrichtungen der Suchthilfe in Wien		Konsens von Fachleuten	Alle Ärztinnen und Ärzte, die opioidabhängige Personen mit chronischer Hepatitis C behandeln (Suchtmediziner/innen und Gastroenterologinnen bzw. Gastroenterologen)	Behandlung der chronischen Hepatitis C	Opioide
Leitfaden für den Gefängnisarzt. 2006	Bundesministerium für Justiz	Bundesebene	Aufarbeitung bestehender internationaler Konventionen und Strategien	Alle Ärztinnen und Ärzte, die in Justizanstalten tätig sind	Suchttherapie inklusive Opioid-Substitution	Opioide, Alkohol, Kokain, Amphetamine, Benzodiazepine
Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten. 2005	Bundesministerium für Justiz	Bundesebene	Konsens von Fachleuten	Alle Ärztinnen und Ärzte, die in Justizanstalten tätig sind	Opioid-Substitution	Opioide
Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im BGBl. Gemäß § 15 SMG durch Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch. 2004	Bundesministerium für Gesundheit	Bundesebene	Konsens von Fachleuten	Einrichtungen der Suchthilfe	Beratung, Behandlung und Betreuung, Entzug, Entwöhnung, Therapie, soziale Reintegration	Nicht spezifiziert
Förderrichtlinien der Sucht- und Drogenkoordination Wien. 2008	Sucht- und Drogenkoordination Wien	Wien	Nicht spezifiziert	Wiener Einrichtungen der Suchthilfe	Beratung, Behandlung und Betreuung, Entzug, Entwöhnung, Therapie, soziale Reintegration	Nicht spezifiziert

Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung und Darstellung

Das „Handbuch für Drogenkranke in Wien“ der Wiener Ärztekammer (Ärztekammer für Wien 2004) legt einen deutlichen Fokus auf die Substitutionsbehandlung, behandelt aber auch andere Aspekte der Suchtbehandlung. Es werden Empfehlungen für die Behandlung von Suchtkranken formuliert und wird auf die verschiedenen Zugänge bzw. „Schulen“ eingegangen. Einen Schwerpunkt bilden die Indikationsstellung und die praktische Durchführung der Substitutionsbehandlung. Die Notwendigkeit von individuellen Lösungen innerhalb einer Vielfalt verschiedener Behandlungsangebote und eines multidisziplinären Ansatzes wird betont.

Ausschließlich auf die Substitutionsbehandlung opioidabhängiger Personen bezieht sich das Konsensus-Papier der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS 2009). Es definiert die Ziele und beschreibt die Entwicklung sowie die politischen bzw. gesellschaftlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung in Österreich. Der Hauptteil besteht aus konkreten und detaillierten Empfehlungen für die Einbettung der Substitutionsbehandlung in die Suchtbehandlung sowie die praktische Durchführung. Der individuelle Zugang bzw. die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Situation wird in den Vordergrund gestellt.

Zur Behandlung einer chronischen Hepatitis C bei Suchtkranken wurde ein eigenes Konsensus-Papier erstellt (Haltmayer et al. 2001), das auf einem mehrdimensionalen „Fünf-Achsen-Modell“ beruht und detaillierte Kriterien für Beratung, Diagnostik und die Indikationsstellung formuliert. Erstellt wurde es von Fachleuten auf Basis von Literatur und Erfahrungen aus der Praxis.

Für das Setting Justizanstalten sollen der Leitfaden für den Gefängnisarzt (Pont und Wool 2006) und die Substitutions-Richtlinie für Justizanstalten (BMJ 2005) erwähnt werden. Ersterer geht unter anderem auf den Umgang mit Drogenmissbrauch und Suchtkrankheit in Haftanstalten ein und betont die Bedeutung der Opioid-Substitution sowie der frühzeitigen Diagnose einer Abhängigkeit als risikominimierende Maßnahme. Er bietet jedoch nur wenig konkrete Empfehlungen oder Anleitungen für deren Umsetzung. Die Substitutions-Richtlinie für Justizanstalten hingegen geht neben einer Auseinandersetzung mit der Zielsetzung und den verschiedenen Strategien durchaus auf konkrete Details der Durchführung ein.

**Organisatorische Richtlinien** mit dem Ziel der Qualitätssicherung in der Suchthilfe gibt es sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Die Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im BGBl gemäß § 15 SMG durch Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch (BMGF 2004) dienen im weiteren Sinn der Qualitätssicherung in jenen Einrichtungen. Darin wird z. B. festgelegt, dass ein Behandlungs- oder Betreuungskonzept vorliegen muss, das den theoretischen Hintergrund sowie die Ziele und Zielgruppen definiert. Es muss auch ein

Angebotsprofil erstellt und ein Mindestangebot erfüllt werden. Zusätzlich sind definierte strukturelle und personelle Rahmenbedingungen zu erfüllen und jedes Jahr ein Tätigkeitsbericht zu erstellen. Ähnliche Bedingungen legen die Förderrichtlinien der Sucht- und Drogenkoordination Wien fest (SDW 2008).

Pläne für bzw. bereits im Entwicklungsprozess befindliche **neue Richtlinien und Standards** konzentrieren sich im Großen und Ganzen auf die Beschreibung von Leistungen im Sinne eines Leistungskatalogs und von damit verbundenen Qualitätsstandards sowie auf Standards für die Schnittstellen zwischen ambulantem und stationärem Bereich bzw. zwischen verschiedenen Einrichtungen (vgl. Kap. 5.2).

### 11.3 Implementierungsprozess

Die Umsetzung der beschriebenen Standards erfolgt durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bzw. Einrichtungen der Suchthilfe auf freiwilliger Basis, da sie bis auf die Verordnungen und organisatorischen Richtlinien lediglich Empfehlungscharakter haben. Eine Kontrolle findet daher nur hinsichtlich der Einhaltung dieser verpflichtenden organisatorischen Richtlinien und Verordnungen statt und erfolgt durch die entsprechenden Behörden (Amtsärztinnen/-ärzte, Gesundheitsministerium, SDW). In Kärnten wurde zur Unterstützung der Amtsärztinnen und -ärzte ein Arbeitsbehelf erstellt, der unter anderem die Zuständigkeiten für die einzelnen Bestimmungen der Suchtgiftverordnung und Möglichkeiten zur Überprüfung von deren Einhaltung durch substituierende Ärztinnen und Ärzte auflistet (Amt der Kärntner Landesregierung 2007b). Bemühungen zur Gewährleistung eines einheitlichen Verordnungsvollzugs umfassen im Wesentlichen Aufklärung und Information durch Weiterbildungsmaßnahmen. Dazu werden vor allem Qualitätszirkel eingesetzt, aber auch andere Fortbildungsveranstaltungen organisiert.

Das Ärztegesetz (BGBl I 1998/169, zuletzt geändert durch BGBl I 2009/144) verpflichtet die Ärztin bzw. den Arzt, jede/n von ihr/ihm in ärztliche Beratung oder Behandlung übernommene/n Gesunde/n und Kranke/n ohne Unterschied der Person gewissenhaft zu betreuen. Sie/er hat sich laufend im Rahmen anerkannter Fortbildungsprogramme der Ärztekammern in den Bundesländern oder der Österreichischen Ärztekammer oder im Rahmen anerkannter ausländischer Fortbildungsprogramme fortzubilden und nach Maßgabe der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie unter Einhaltung der bestehenden Vorschriften und der fachspezifischen Qualitätsstandards das Wohl der Kranken und den Schutz der Gesunden zu wahren (§ 49 Abs 1 ÄrzteG). Die – auf Grundlage des § 10 Abs 1 Zi 5 SMG – per Verordnung im Jahr 2007 getroffene detaillierte Regelung der Substitutionsbehandlung wurde von der Ärzteschaft als zu restriktiv erachtet, da sie die der Ärztin /dem Arzt durch das Ärztegesetz eingeräumte Kompetenz beschneide. Die mit Novellierung der Suchtgiftverordnung Ende 2009 aufgrund der Er-

fahrungen damit (vgl. GÖG/ÖBIG 2008c und 2009b bzw. Kap. 5.1) erfolgten Adaptierungen haben zur besseren Akzeptanz geführt. Dass nicht verordnungskonforme Vorgangsweisen unter Umständen rechtliche Sanktionen für die Ärztin bzw. den Arzt nach sich ziehen können, wird von der Ärzteschaft kritisch diskutiert, weshalb auch der Fokus der diesjährigen von der ÖGABS organisierten Substitutionstagung in Mondsee (*Substitutionsbehandlung und Strafrecht*) auf diesem rechtlichen Aspekt lag. Dort wurde festgestellt, dass die enge Verknüpfung von Substitutionsbehandlung mit Straf- und Zivilrecht, verbunden mit einer fehlenden Aufbereitung des Themas (keine Studien, Fachartikel oder höchstgerichtliche Urteile), die Situation nicht einfach mache<sup>47</sup>.

Um die Umsetzung jener Standards zu fördern, die keinen verpflichtenden Charakter haben, aber als Orientierungshilfe gedacht sind, wurden bzw. werden verschiedene Möglichkeiten genutzt. Die ÖGABS-Empfehlungen beispielsweise wurden und werden bei Fachveranstaltungen wie dem Substitutionsforum oder bei Fortbildungsveranstaltungen wie den Qualitätszirkeln der Ärztekammern vorgestellt. Zusätzlich wurden sie an alle Landessucht- bzw. -drogenkoordinatorinnen/-koordinatoren, Amtsärztinnen und -ärzte sowie andere relevante Fachleute und Einrichtungen ausgeschickt und sind auf verschiedenen Websites zu finden (u. a. der Fachgesellschaft und der NÖ Ärztekammer). Ähnliche Wege wurden bzw. werden auch zur Verbreitung der anderen in diesem Kapitel genannten Standards genutzt. Eine wichtige Voraussetzung für eine möglichst breite Anwendung in der Praxis ist die Einbindung verschiedenster Fachleute (d. h. auch aus verschiedenen Berufsgruppen) in den Prozess der Erarbeitung, denn nur so kann ein tragfähiger Konsens erzielt werden, der dann von den Fachleuten selbst auch weiterverbreitet wird.

---

47

[www.drogensubstitution.at/drogenpolitik/gesetze-richtlinien.htm](http://www.drogensubstitution.at/drogenpolitik/gesetze-richtlinien.htm) (2. 6. 2010)

## 12 Ausgaben für drogenbezogene Behandlung

Dieses Schwerpunktkapitel befasst sich mit den finanziellen Mitteln, die in Österreich für drogenbezogene Behandlungen aufgewendet werden. Als drogenbezogene Behandlung werden Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, die psychologische, medizinische und soziale Situation von Personen zu verbessern, die wegen Drogenproblemen Hilfe suchen. Diese Aktivitäten können in spezialisierten Drogeneinrichtungen, aber auch im Rahmen der medizinischen bzw. psychologischen Standardversorgung stattfinden (EBDD 2000). Für den Drogenbereich in Österreich gibt es keine (aktuellen) Kostenstudien oder ökonomischen Analysen. Lediglich für das Jahr 1997 existiert ein Überblick über die Aufwendungen und Leistungen der Drogeneinrichtungen (Bruckner und Zederbauer 2000) und für das Jahr 2005 eine Diplomarbeit zur ökonomischen Bewertung der Suchthilfe in Oberösterreich (Starzer 2008). Im Jahr 2002 wurde im Rahmen des Schwerpunktkapitels für den Bericht zur Drogensituation in Österreich eine umfangreiche Erhebung hinsichtlich Kosten für drogenbezogene Maßnahmen durch das ÖBIG durchgeführt (die Zahlen beziehen sich auf 1999 bzw. 2001; ÖBIG 2002). Ein Update einiger Ergebnisse für 2005 findet sich in GÖG/ÖBIG 2007b. Da in den öffentlichen Haushalten drogenspezifische Ausgaben meist nicht gesondert spezifiziert werden (vgl. Kap. 1.3 und GÖG/ÖBIG 2007b) und eine Wiederholung der Erhebung von 2002 nicht möglich war, kann hier nur ein stark eingeschränktes Update der 2002 referierten Zahlen, ergänzt um einige neue Aspekte, geboten werden.

### 12.1 Finanzierungsmechanismen und Verantwortlichkeiten

An der Finanzierung des Behandlungs- und Betreuungsbereichs sind im Wesentlichen Länder, Bund, Gemeinden und Sozialversicherungen beteiligt, wobei auf Basis der föderalistischen Struktur des Gesundheits- und Sozialwesens die Länder eine zentrale Rolle spielen. Bei der ambulanten bzw. stationären Behandlung ist zu unterscheiden zwischen der Behandlung in Krankenanstalten, in Drogeneinrichtungen, die keine Krankenanstalten sind, und der Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten (ÖBIG 2002, BMG 2010).

An der Finanzierung von Behandlungen in Krankenanstalten sind mehrere Kostenträger beteiligt. Basierend auf einer zwischen Bund und Ländern abgeschlossenen Vereinbarung, existieren Landesfonds für die Finanzierung aller im Bundesland bestehenden zuschussberechtigten Krankenanstalten. In die Landesfonds zahlen Bund, Länder, Gemeinden und Sozialversicherung ein. Die Versicherten sind, sofern keine Befreiung besteht, über einen Kostenbeitrag beteiligt (ÖBIG 2002, BMGFJ 2009).

Ambulante Drogeneinrichtungen (die keine Krankenanstalten sind) werden zumeist durch jährliche Subventionen finanziert. Seit einigen Jahren besteht hier in einigen Ländern die Tendenz, auf leistungsbezogene Abrechnung umzusteigen (Leistungskataloge). Behandlungen in stationären Drogeneinrichtungen (die keine Krankenanstalten sind) werden seitens der Länder hingegen häufig als personenbezogene Leistung mit Tageskostensatz aus Mitteln der Behinderten-, Sozial- oder Jugendhilfe auf Basis einer Einzelfallgenehmigung abgerechnet. Seitens des Gesundheitsressorts werden für einen Teil der ambulanten und stationären Einrichtungen, die nach § 15 SMG kundgemacht sind, jährliche Förderungen nach § 16 SMG gewährt<sup>48</sup>.

Sozialversicherungsmittel stehen für krankenversicherte Klienten zur Verfügung, die bei Vertragspartnern der Krankenkassen eine in den Satzungen definierte Leistung in Anspruch nehmen. Diese sind im niedergelassenen Bereich meist nicht drogenspezifisch definiert. Ausnahme sind die vor allem im Zusammenhang mit der Substitutionsbehandlung eingeführten Sonderleistungen in den Bundesländern Kärnten, Oberösterreich, Salzburg, Tirol, Vorarlberg und Wien.

Einen Sonderfall stellt die Kostentragung für gesundheitsbezogene Maßnahmen nach dem Suchtmittelgesetz (insbesondere bei der Anwendung von Alternativen zur Bestrafung) dar, sofern diese nicht durch die Sozialversicherung gedeckt sind. Das SMG sieht eine subsidiäre Kostenersatzverpflichtung des Bundes vor (§ 41 Abs 1 SMG), nach der die Kostenübernahme an eine Reihe von Voraussetzungen gebunden ist. Die Sozialhilfegesetzgebungen der Länder sehen teilweise ebenfalls nur eine subsidiäre Kostenübernahme vor, wodurch seit Jahren ein „negativer Kompetenzkonflikt“ zwischen Bund

---

48

Während nach der Verordnung des BMF über allgemeine Rahmenrichtlinien für die Gewährung von Förderungen aus Bundesmitteln (BGBl II 2004/51) Leistungen nur gefördert werden dürfen, wenn diese über den Interessensbereich eines einzelnen Bundeslandes hinausgehen, erlaubt eine Sonderregelung im SMG, dass das BMG Zuschüsse zur Errichtung und zum Betrieb von stationären und ambulanten Drogenhilfeeinrichtungen nach Maßgabe der hierfür nach dem jeweiligen Bundesfinanzgesetz verfügbaren Bundesmittel leistet, sofern auch andere Gebietskörperschaften (z. B. ein Land) zur Finanzierung beitragen. Ist Einrichtungsträger eine Gebietskörperschaft (z. B. ein Land), ist der Zuschuss an die Voraussetzung mindestens gleich hoher Zuschüsse anderer Gebietskörperschaften zu knüpfen.

und Ländern besteht. Das Justizressort, das auf Bundesebene entsprechende Kosten trägt, hat gemäß § 41 Abs 3 SMG Verträge mit Betreuungseinrichtungen für suchtkranke Rechtsbrecher abgeschlossen und im Jahr 2000 einen Erlass zu den Kriterien, die bei den Entscheidungen über die Anspruchsvoraussetzungen und die Höhe der subsidiären Kostenverpflichtung des Bundes zu beachten sind, herausgegeben (703.015/58-II 2/2000). Derzeit bestehen Pauschalvereinbarungen nach § 41 Abs 3 SMG, auf dessen Basis Einzelverträge mit derzeit sieben Einrichtungen (Schweizer Haus Hadersdorf, Zukunftsschmiede Voggeneder, Verein Grüner Kreis, Verein PASS, Verein DIALOG, Verein BASIS und Psychosozialer Dienst Burgenland GmbH) abgeschlossen wurden. Durch Abschluss dieser Pauschalvereinbarungen haben sich die Einrichtungen dem Bund gegenüber verpflichtet, stationäre und/oder ambulante Behandlungs- und Betreuungsleistungen einschließlich der ärztlichen Überwachung des Gesundheitszustandes, der ärztlichen Behandlung einschließlich der Entzugs- und Substitutionsbehandlung, der klinisch-psychologischen und der psychotherapeutischen Behandlung und Betreuung von Personen höchstens zu diesem vereinbarten Tarif zu erbringen. Die vereinbarten Pauschalbeträge sind wertgesichert (jährliche Anpassung an den Verbraucherpreisindex), wobei die neuen Pauschalsätze jeweils per Erlass bekanntgegeben werden (zuletzt im Jahr 2010: JMZ 703015L/1/II2/10). Seitens der Länder wird eine Vergrößerung der Anzahl der Einrichtungen mit vertraglichen Regelungen zur Kostentragung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen durch die Justiz insbesondere im ambulanten Bereich gewünscht (Hörhan p. M.).

Die überwiegende Anzahl der Behandlungseinrichtungen im Drogenbereich wird durch die öffentliche Hand finanziert. Einige gemeinnützige Vereine bringen einen geringen Teil der Finanzmittel selbst auf, indem sie Produkte oder Dienstleistungen (z. B. Versand, Renovierungen) anbieten. Gewinnorientierte Unternehmen haben in diesem Sektor keine Tradition in Österreich. Die Förderungen durch öffentliche Stellen – auch seitens des Bundes – gehen jeweils direkt an die Träger der Einrichtungen und Projekte. Die sehr komplexe Rechtslage, auf der die Finanzierung der Drogenhilfe seitens der öffentlichen Hand beruht, ist Hintergrund für in der Frage der Kostentragung zwischen Bund und Ländern immer wieder zu verzeichnende Divergenzen. Es gab bzw. gibt immer wieder Versuche, diese Problematik zu lösen. Derzeit beschäftigt sich eine vom Drogenforum eingerichtete Arbeitsgruppe mit der Thematik (vgl. Kap. 1.2).

## 12.2 Kosten von stationären Behandlungen

Für die Kostenschätzung stationärer Aufenthalte wegen Drogenproblemen in Krankenanstalten herangezogen werden können die Belagstage von Personen mit drogenspezifischen Hauptdiagnosen (F11, F12, F13, F14, F15, F16 und F19), multipliziert mit den durchschnittlichen Kosten eines Belagstags (vgl. Tab 12.1). Bei dieser Auswertung ist aber darauf hinzuweisen, dass Abrechnungsmodalitäten in manchen Fällen Einfluss auf die Codierung nehmen können.

Tabelle 12.1:

Geschätzte Kosten von stationären Betreuungen von Personen mit drogenspezifischen Hauptdiagnosen in Krankenanstalten 2001 bis 2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Spitalsaufenthalte	4.795	4.981	4.984	5.258	5.252	5.611	5.781	5.873
Belagstage	84.299	88.481	89.638	93.745	98.571	113.266	111.672	118.559
Kostenschätzung in Euro*	18,4	19,9	20,7	22,2	24,1	28,4	28,7	31,2

Anmerkung \*: Angaben in Millionen

Quelle: BMG – DLD 2001–2009; GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Zu Kosten von stationären Behandlungen in Drogeneinrichtungen, die keine Krankenanstalten sind, lassen sich keine umfassenden Angaben machen. Für die an DOKLI beteiligten Einrichtungen kann jedoch der ungefähre Arbeitsaufwand in Belagstagen und die Verteilung der Kostenträger angegeben werden (allerdings ohne Wien)<sup>49</sup>. Insgesamt wurden im Jahr 2009 762 Personen in DOKLI-Einrichtungen betreut, die keine Krankenanstalten sind. Die Schätzung der Belagstage ergibt 102.930. Es zeigt sich, dass die Länder in diesem Bereich die meisten Kosten tragen (61 %), gefolgt von der Justiz (38 %).

Wie hoch die durchschnittlichen Kosten für einen Belagstag sind, konnte nicht eruiert werden. Seitens der Justiz wurden im Jahr 2009 7.032.611 Euro für gesundheitsbezogene Maßnahmen gemäß § 41 SMG ausgegeben, wobei diese Aufwendungen sowohl den stationären als auch den ambulanten Bereich betroffen haben (Mitteilung BMJ).

## 12.3 Kosten von ambulanten Behandlungen

Eine Aufschlüsselung der in Krankenanstalten betreuten Personen analog zu den stationären Behandlungen ist nicht möglich, da es im ambulanten Bereich kein entsprechendes Dokumentationssystem gibt. Allerdings liefern die meisten drogenspezifischen

49

Zur Schätzung der Belagstage wurde die Anzahl der Personen, die zum Stichtag 30. 6. 2009 betreut wurden (282), mit 365 multipliziert. Der Prozentsatz der tatsächlichen Kostenträger, erhoben am Ende der Betreuung, bezieht sich auf jene 507 Personen, die 2009 eine stationäre Betreuung beendeten (Mehrfachnennungen möglich). Die Angaben erfolgen ohne Wien, da vom Wiener BADO-System keine Daten zum Kostenträger in DOKLI eingespielt werden und eine Trennung nach Krankenanstalten und Drogeneinrichtungen, die keine Krankenanstalten sind, nicht möglich ist (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a).

schen Ambulanzen, die Krankenanstalten sind, Daten an DOKLI und sind somit in der nachfolgenden Tabelle enthalten.

Tab. 12.2 ist zu entnehmen, dass der größte Teil der ambulanten Betreuungen über nicht fallbezogene Förderungen der Einrichtungen finanziert wird. Den weitaus größten Teil dieser Förderungen wiederum bringen die Länder ein (ÖBIG 2002). Aktuelle Zahlen zu diesen Förderungen liegen nicht vor. Zusätzlich können nach § 15 SMG im Bundesgesetzblatt kundgemachte Einrichtungen vom BMG gefördert werden. Die Gesamtsumme dieser Förderung betrug im Jahr 2009 2.051.868 Euro (Mitteilung BMG). Ein Teil der erwähnten Förderungen fließt auch in die stationäre Drogenhilfe.

Tabelle 12.2:

Ambulant betreute Personen, geschätzte Betreuungstage und Kostenträger in DOKLI-Einrichtungen 2009

Abdeckung	Betreute Personen <sup>1</sup>	Kostenträger in Prozent <sup>2</sup>			
		Sozialversicherung	Land	Justiz	nicht fallbezogen
<b>Österreich gesamt</b>	9.759	–	–	–	–
<b>Österreich ohne Wien</b>	6.556	10 %	26 %	3 %	63 %

Anmerkung 1: alle im Jahr 2009 betreuten Personen; Anmerkung 2: Prozentsatz der tatsächlichen Kostenträger, erhoben am Ende der Betreuung, bezogen auf jene Personen, die 2009 eine ambulante Betreuung beendeten, ohne Wien (Mehrfachnennungen möglich)

Die Angaben zum Kostenträger erfolgen ohne Wien, da vom Wiener BADO-System keine Daten zum Kostenträger in DOKLI eingespielt werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2010a).

Quelle: GÖG/ÖBIG, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Zu den Kosten eines ambulanten Betreuungstags liegen keine Daten vor.

## 12.4 Kosten von Substitutionsbehandlungen

Trotz Problemen mit der Datenqualität des Substitutionsregisters (z. B. „Ghost Case“-Problematik; vgl. Kap. 4.1, Kap. 5.4 und GÖG/ÖBIG 2010b) kann ausgesagt werden, dass die Anzahl der in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen über die Jahre stark gestiegen ist (vgl. Kap. 5.4). Für das Jahr 2009 kann von 2,4 bis etwa vier Millionen „Substitutionstagen“<sup>50</sup> ausgegangen werden.

50

Jene 10.837 Personen, die zum Stichtag 30. 6. 2009 in Substitutionsbehandlung gemeldet waren, wurden mit

Die Kosten für Substitutionsmittel, die von der Sozialversicherung getragen werden, belaufen sich laut Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2009 auf 25 Millionen Euro, wobei hier nur Substanzen berücksichtigt wurden, die ausschließlich für die Substitutionsbehandlung zugelassen sind (Näglein, p. M.).

Da Substitutionsbehandlung in den meisten Bundesländern vorwiegend im niedergelassenen Bereich stattfindet, sind diese Arztbesuche kostenrelevant. Eine über die standardmäßige Honorierung dieser Arztbesuche hinausgehende Refundierung existiert nur in Wien, Oberösterreich und Tirol. In Wien können pro Klient/in maximal zehnmal im Quartal 26 Euro, in Oberösterreich 65 Euro pro Jahr für Erst- und Wiedereinstellung und fünfmal im Quartal 20 Euro für Weiterbehandlung und in Tirol 25 Euro dreimal im Quartal verrechnet werden (Schwarzenbrunner, p. M.). In Salzburg, wo die Substitutionsbehandlung zu 90 Prozent über die Substitutionsstelle SUST bzw. die Drogenambulanz Salzburg abgewickelt wird, erstattet die Krankenversicherung pro Quartal einen Pauschalbetrag von 202 Euro und einen Kostenersatz von 74 Euro pro Patient und Monat für Substitutionsmittel für versicherte Klientinnen und Klienten. Besteht keine Sozialversicherung, werden die Kosten vom Land getragen (Schabus-Eder, p. M.). In Kärnten erstattet die Sozialversicherung 62 Euro pro Jahr für Diagnostik, Erstbehandlung und Wiedereinstellung und maximal fünfmal pro Quartal 19 Euro. Hier wird Substitutionsbehandlung fast ausschließlich in zwei selbstständigen Ambulatorien durchgeführt. In Vorarlberg können Ärztinnen und Ärzte mit Zweitordinationen in Drogenberatungsstellen 74 Euro pro Quartal und Patientin bzw. Patient refundiert erhalten (Schwarzenbrunner, p. M.; vgl. auch Kap. 5.1).

Hinsichtlich der Ausgaben für Substitutionsmittel von in Haft befindlichen Personen liegen Zahlen für das Jahr 2009 vor. Demnach wurden insgesamt rund 1,4 Millionen Euro für Substitutionsmittel ausgegeben. Die durchschnittlichen Kosten pro Patient/in betragen 1.470 Euro (parl. Anfrage Zl. 4288/J–NR/2010).

## 12.5 Schlussfolgerungen

Aufgrund der komplexen Finanzierungsstruktur und der großteils nicht drogenspezifisch aufgeschlüsselten öffentlichen Haushalte lassen sich die Ausgaben für drogenbezogene Behandlungen nur ansatzweise darstellen. Eine umfassende Darstellung der Kosten wäre überaus aufwendig, eine entsprechende Studie liegt nicht vor. Daher muss auf das Schwerpunktkapitel des Berichts zur Drogensituation 2002 verwiesen werden (ÖBIG 2002). Dort wurden die Gesamtkosten für drogenbezogene Behandlungen für

---

365 multipliziert. Um den „Ghost Case“-Fehler zu korrigieren, werden als Untergrenze 60 Prozent des errechneten Werts angegeben (vgl. GÖG/ÖBIG 2010b).

1999 auf 40.770.400 Euro und für 2001 auf 50.736.800 Euro geschätzt. Inkludiert sind dabei Ausgaben für ambulante und stationäre Einrichtungen, Substitutionsbehandlung, „Therapie statt Strafe“, Therapie im Strafvollzug, stationäre Behandlung in Krankenanstalten und zusammengefasst sonstige Ausgaben der Krankenversicherungsträger. Da einige der vorliegenden Daten auf einen erheblichen Anstieg des Betreuungsaufwandes im Vergleich zu damals hindeuten (z. B. Aufenthaltstage in Krankenanstalten wegen drogenspezifischer ICD-10-Hauptdiagnosen, Ausgaben für Substitutionsmittel), dürften sich auch die Gesamtkosten deutlich erhöht haben.

# Quellenverzeichnis



# Bibliographie

APA 2010. AIDS 2010: Wiener Drogenkoordination prüft intravenöse Substitution. APA-OTS-Aussendung, APA0021 5 CI 0478 vom 28. Juni 2010. Wien

Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg (2010): Jahresbericht 2009. Akzente Salzburg – Fachstelle Suchtprävention. Salzburg

Amt der Kärntner Landesregierung (2007a): Diagnostik und Behandlung der Opioid-abhängigkeit. Ein Leitfaden. Abteilung 12 –Sanitätswesen. Klagenfurt

Amt der Kärntner Landesregierung (2007b): SV – Substitutionsbehandlung. Arbeits-behelf für Amtsärzte. Abteilung 12–Sanitätswesen. Klagenfurt

Ärzttekammer für Wien (2004): Handbuch für Drogenkranke in Wien. Wien

b.a.s. 2010: Infomail 2 vom 29. 4. 2010. B.a.s. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen. Graz

Beer, B.; Rabl, W.; Libiseller, K.; Giacomuzzi, S.; Riemer, Y.; Pavlic, M. (2010): Der Ein-fluss von retardiertem Morphin auf die Drogensituation in Österreich. Neuropsychiat-rie, Band 24, Nr. 2/2010, 108–117

BMG 2010: Das Österreichische Gesundheitssystem. Bundesministerium für Gesund-heit. Wien

BMGF 2004: Richtlinien für Ansuchen um Kundmachung im Bundesgesetzblatt gemäß § 15 SMG durch Einrichtungen und Vereinigungen mit Betreuungsangebot für Personen im Hinblick auf Suchtgiftmissbrauch. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien

BMGFJ 2009: Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung L K F System-beschreibung. Bundesministerium für Gesundheit Familie und Jugend. Wien

BMI 2009: Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2008. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

BMI 2010: Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2009. Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt. Wien

BMG 2010: Österreichische AIDS–Statistik. Periodischer Bericht; 7. Juli 2010. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

BMJ 2005: Substitutions-Richtlinien für Justizanstalten. Bundesministerium für Justiz. Wien

BMJ 2009: Der Weg aus der Sucht – Drogenbetreuung während und nach der Haft in den Justizanstalten Österreichs. Bundesministerium für Justiz. 2009. Wien

BMUKK 2010: Bildung für nachhaltige Entwicklung verbindet Gesundheitsförderung und Umweltbildung. Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur. Wien

Bruckner, J.; Zederbauer, S. (2000): Vergleich und Analyse des Problems illegaler Drogen in Österreich unter ökonomischen Gesichtspunkten. Fonds Gesundes Österreich. Wien

Busch, M.; Eggerth, A. (in Vorbereitung): Nasaler Heroinkonsum in Österreich.

Busch, M.; Haas, S.; Weigl, M.; Wirl, C.; Horvath, I.; Stürzlinger, H. (2007): Langzeit-substitutionsbehandlung Opioidabhängiger. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 53. DIMDI (Hg.). Köln

Caritas Diözese Graz-Seckau (2010): Jahresbericht 2009. Graz

Caritas Vorarlberg (2010): CaritasFenster Nr. 89, Jahresbericht 2009. Feldkirch

Dialog 2010a: 30 Jahre Dialog: Programm 2010. Verein Dialog. Wien

Dialog 2010b: Jahresbericht 2009. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige. Wien

Drogenberatung des Landes Steiermark (2010): Jahresbericht 2009. Graz

Drogenkoordination des Landes Salzburg (2010): Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2009. Salzburg

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

Dür, W.; Mravlag, K. (2002): Gesundheit und Gesundheitsverhalten bei Kindern und Jugendlichen. Ergebnisse des 6. HBSC-Surveys 2001 und Trends von 1990 bis 2001. Reihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für soziale Sicherheit und Generationen. Wien

EBDD 2000: Treatment demand indicator Standard protocol 2.0. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

EBDD 2009 : Jahresbericht 2009. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon

Eisenbach–Stangl, I.; David, A.; Dressel, M. (2009): „Viennese Blend“: Municipal drug services, their development and their governance. In: Drugs: Education, prevention, policy, December 2009; 16 (6), 537–549

ENCARE Österreich (2009): Newsletter 3/2009. Institut Suchtprävention, pro mente OÖ. Linz

ENCARE Österreich (2010): Newsletter 1/2010. Institut Suchtprävention, pro mente OÖ. Linz

ESPAD Austria (2007): Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Vorläufige Auswertung zu den Konsumerfahrungen. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien (unveröffentlicht)

Falbesoner, B.; Lehner, S. (2008): 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt

Fischer, G.; Kayer, B. (2006): Substanzabhängigkeit vom Morphintyp – State of the Art: Erhaltungstherapie mit synthetischen Opioiden. Psychiatrie & Psychotherapie (2006) 2/2, 13–28

GÖG (in Vorbereitung): Metaleitlinienreport. Report zur Methode der Erstellung und Evaluation von Bundesqualitätsleitlinien. Gesundheit Österreich GmbH. Wien

GÖG/ÖBIG 2006: Bericht zur Drogensituation 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2007a: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2006. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

GÖG/ÖBIG 2007b: Bericht zur Drogensituation 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008a: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

GÖG/ÖBIG 2008c: Bericht zur Drogensituation 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2008d: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe (DOKLI) Basismanual. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2009a: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG 2009b: Bericht zur Drogensituation 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG 2010a: Einheitliche Dokumentation der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen (DOKLI) – Klientenjahrgang 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG 2010b: Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2004–2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

GÖG/ÖBIG 2010c: Suchtgiftbezogene Todesfälle 2009. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

GÖG/ÖBIG (in Vorbereitung): Drogen-Monitoring Auswertungsergebnisse 2010. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

Grotte, W. (2010): Sozialarbeiter-Aufstand. In: Wiener Zeitung, 17. Juni 2010. Wien

Grubinger, S. J. (2009): Ehrenamtliche Bewährungshilfe am Freigang der Justizanstalt Wien-Favoriten. Diplomarbeit zur Erlangung des Grades eines Magisters (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe an der Fachhochschule FH Campus Wien im Oktober 2009. Wien

Grüner Kreis (2010): Magazin. Sommer 2010, No. 74. Verein Grüner Kreis. Wien

Haas, S. (2005): Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer? Illegale Drogen und Geschlecht. In: Eisenbach–Stangl, I.; Lentner, S.; Mader, R. (Hg.): Männer Frauen Sucht. Wien, 133–144

Haltmayer, H.; Tanzmeister, E.; Zach, M.; David, A.; Resinger, E.; Skriboth, P.; Werner, W. (2001): Hepatitis C bei Suchtkrankheit. Wien

Hausleitner, B. (2010): Zusammenfassung der Arbeitsschwerpunkte der Fachstelle für Suchtprävention Burgenland. Eisenstadt

Hutsteiner, T.; Seebauer, S.; Auferbauer, M. (2005): Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz

IFES 2005: Suchtmittel–Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES 2008: Suchtmittel–Monitoring 2007. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht– und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES 2009a: Suchtmittel–Monitoring 2008. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag der Sucht– und Drogenkoordination Wien gemeinnützige GmbH. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES 2009b: BADO–Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2008. Wien

Institut Suchtprävention (2009): 4tyFour. Das Präventionsmagazin. Nr. 13, Dezember 2009. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Institut Suchtprävention (2010): Jahresbericht 2009. Institut Suchtprävention, Pro Mente OÖ. Linz

Klimont, Jeannette; Kytir, Josef; Leitner, B. (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien

kontakt+co (2009): Sucht+Prävention 2009/04. Kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz. Innsbruck

kontakt+co (2010): Sucht+Prävention 2010/03. Kontakt+co Suchtprävention Jugendrotkreuz. Innsbruck

Kurz, M. (2010): Regionale Suchthilfenetzwerke: Notwendigkeiten zukünftiger Zusammenarbeit in der Steiermark. Vortrag beim 2. Steirischen Suchthilfekongress in Bruck an der Mur am 24. Juni 2010

Leitner, B. (2009): Todesursachenstatistik 2007: Schwerpunktthema Obduktionen. Statistische Nachrichten 1/2009

Lighthouse (o. J.): Informationsblatt über Lighthouse – Verein für Menschen in Not. Wien

ÖBIG 2001: Bericht zur Drogensituation 2001. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2002: Bericht zur Drogensituation 2002. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG 2003: Weiterentwicklung des Monitoringsystems im Drogenbereich – Projektbericht 2001–2003. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien 2003

ÖBIG 2004: Bericht zur Drogensituation 2004. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖGABS 2009: Konsensus-Statement „Substitutionsgestützte Behandlung Opioidabhängiger“. Suchtmedizin in Forschung und Praxis, Band 11, Nr. 6 (2009), 281–297.

ÖGPB 2008: Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. Konsensus-Statement – State of the Art 2007. Clinicum neuropsy, Sonderausgabe November 2007. Wien

Ömer, I. (2010): Ärztemangel für Substitutionspatienten. In: OÖ Ärzte. Ärztekammer für OÖ. N3. 238/April 2010. Linz

Penka, S. (2004): Migration und Sucht – Notwendigkeit einer „Interkulturellen Suchthilfe“? Leipziger Universitätsverlag GmbH. Leipzig

Piovesan, A. (o. J.): Evaluationsbericht über das Projekt 1211. LOG IN – Gesundheitsförderung und Stabilisierung erreichter Gesundheit für stationär behandelte Suchtkranke. Verein zur Integration und Gesundheitsförderung von Risiko- und Randgruppen. Wien

Pont, J.; Wool, R. (2006): Ein Leitfaden für den Gefängnisarzt – Richtlinien für Ärzte, die Gefangene betreuen. Bundesministerium für Justiz. Wien

Porstmann, Julia Manuela (2009): Abstinenzorientierte Drogentherapie am Beispiel der Therapiestation „Erlenhof“ . Evaluationsstudie zur Langzeit-Drogentherapie. Diplomarbeit, eingereicht zur Erlangung des akademischen Grades Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften am Institut für Soziologie an der Johannes Kepler-Universität. Linz

Wetz, Andreas: Drogen für die Albtraum-Party. In: Die Presse, 20. 11. 2009

Sarrazin, C.; Berg T.; Ross, R. S.; Schirmacher, P.; Wedemeyer, H.; Neumann, U.; Schmidt, H. H. J.; Spengler, U.; Wirth, S.; Kessler, H. H.; Peck-Radosavljevic, M.; Ferenci, P.; Vogel, W.; Moradpour, D.; Heim, M.; Cornberg, M.; Protzer, U.; Manns, M. P.; Fleig, W. E.; Dollinger, M. M.; Zeuzem, S. (2010): Update der S3-Leitlinie Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Hepatitis-C-Virus(HCV)-Infektion. AWMF-Register-Nr.: 021/012; [http://www.oeggh.at/images/downloads/s3-hepatitis\\_c-konsensusleitlinie.pdf](http://www.oeggh.at/images/downloads/s3-hepatitis_c-konsensusleitlinie.pdf)

Schmutterer, I.; Uhl, A.; Strizek, J.; Bachmayer, S.; Puhm, A.; Kobra, U.; Grimm, G.; Springer, A. (2009): ESPAD Austria 2007: Europäische SchülerInnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Band 2: Validierungsstudie. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

Schönfeldinger, R. P. (2002): Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen. Abschlussbericht. PSD Burgenland. Eisenstadt

Seyer, S.; Lehner, R.; Gschwandtner, F.; Paulik, R. (2007): Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz

Sklenar, S. (2010): Kinder- und Jugendpsychiatrie. Österreichische Ärztezeitung, Nr. 5, 10. 3. 2010. Wien

Spirig, H.; Gegenhuber, B.; Malfent, D. (2010): Neue Wege in der Begleitung älterer Drogenabhängiger. Interviews mit ExpertInnen. SDDCARE – Senior Drug Dependents and Care Structures. Teilbericht Austria. Schweizer Haus Hadersdorf. Wien

Starzer, A. (2008): Öffentliche Ressourcenverteilung der Drogenpolitik in Oberösterreich – Eine Analyse der gesetzlichen Grundlagen, der Struktur und der Verteilung in Hinblick einer optimalen Ressourcenallokation für eine mittel- bis längerfristige Reduktion der Drogenproblematik. Diplomarbeit, eingereicht zur Erlangung des Grades Magister im Diplomstudium Sozialwirtschaft am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik an der Johannes Kepler Universität Linz im Mai 2008. Linz

Stiftung Maria Ebene (2010): Jahresbericht 2009. Frastanz

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

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2008): Förderrichtlinien. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien

Sucht- und Drogenkoordination Wien (2010): Input zur Drogensituation in Wien f. Österreichischen Drogenbericht. Wien

SUPRO (2010). Jahresbericht 2009. SUPRO und VGKK.

Uhl, A.; Bachmayer, S.; Kobrna, U.; Puhm, A.; Springer, A.; Kopf, N.; Beiglböck, W.; Eisenbach-Stangl, I.; Preinsperger, W.; Musalek, M. (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung, AlkoholKoordinations- und InformationsStelle (AKIS). 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.; 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.; Strizek, J.; Springer, A.; Kobrna, U.; Pfarrhofer, D. (2009): Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2008, Forschungsbericht. Bundesministerium für Gesundheit. Wien

VIVID 2010: Jahresbericht 2009. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz

VWS 2009: Bericht 2008. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS 2010a: Infektionsprophylaxe. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS 2010b: ganslwirt Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS 2010c: streetwork Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS 2010d: ChEckiT! Tätigkeitsbericht 2010. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS 2010e: *betreutes wohnen*. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS 2010f: *fix und fertig*. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte Wien

VWS 2010g: HELP U. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS 2010h: *SAM 2*. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS 2010i: *SAM 9*. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS 2010j: *SAM flex*. Tätigkeitsbericht 2009. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

VWS 2010k: GawiNews 32/10. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

Wiener Berufsbörse (2010): Schreiberling 1 – Das Magazin der Wiener Berufsbörse. Wien

Zurhold, H.; Degkwitz, P. (2009): Scientific review of national drug treatment guidelines. Final Report. Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg. Hamburg

## Zitierte Bundesgesetze

BGBl I 1998/169 v. 10. 11. 1998. Bundesgesetz, mit dem ein Bundesgesetz über die Ausübung des ärztlichen Berufes und die Standesvertretung der Ärzte (Ärztegesetz 1998 – AerzteG 1998) erlassen und das Ausbildungsvorbehaltsgesetz geändert wird. Zuletzt geändert durch BGBl I 2009/144

BGBl I 2004/179 v. 30. 12. 2004. Gesundheitsreformgesetz 2005

BGBl II 2009/485 v. 23. 12. 2009. Verordnung der Bundesministerin für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

BGBl II 2009/487 v. 23. 12. 2009. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, Familie und Jugend, mit der die Weiterbildungsverordnung orale Substitution geändert wird

BGBl II 2010/264 v. 20. 8. 2010. Verordnung des Bundesministers für Gesundheit, mit der die Suchtgiftverordnung geändert wird

# Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

<b>Namen und Seitenzahlen</b>	<b>Institutionen bzw. Funktionen</b>
Anderwald, DGKS Christine (S. 57)	Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
Aufhammer, Mag. Sandra (S. 71)	ENCARE Tirol
Bauer, Prim. Dr. Bernhard (S. 57)	Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
David, Dr. Alexander (S. 35)	Suchtbeauftragter Wien
Drobesch-Binter, Dr. Barbara (S. 25)	Landesstelle für Suchtprävention, Kärnten
Duspara, Dr. Vinko (S. 57)	Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene
Ederer, DSA Klaus Peter (S. 43, 70)	Suchtkoordinator Steiermark
Gollner, Mag. Gerhard (S. 22)	kontakt +co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Gratzel, MAS Wolfgang (S. 69)	Caritas Drogeneinrichtungen Tirol
Haltmayer, Dr. Hans (S. 57)	Verein Wiener Sozialprojekte, Ganslwirt
Hörhan, Mag. Dr. Ursula (S. 9, 19, 35, 38, 42, 71, 74, 110)	Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Hruby, Dr. Karl (S. 31)	GÖG/VIZ
Kern, Harald (S. 70)	Suchtkoordinator Tirol
Miksch, Dr. Gerhard (S. 35)	Drogenkoordinator Burgenland
Moravec, Dr. Wolfgang (S. 89)	Bundeministerium für Justiz, Vollzugsdirektion
Nagy, Mag.a Constanze (S. 96)	ChEck iT!, Verein Wiener Sozialprojekte
Näglein, Dr. Silke (S. 113)	Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
Neubacher, Thomas (S. 24)	Drogenkoordinator Vorarlberg
Öllinger, Mag. Robert (S. 67)	Geschäftsführer Verein Wiener Sozialprojekte
Prehslauer, Dr. Brigitte (S. 9, 37, 38, 43)	Drogenkoordinatorin Kärnten
Prenn, Andreas (S. 24)	SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe
Reisner, Dr. Christoph (S. 35)	Ärztammer NÖ
Rögl, Mag. Nicole (S. 20, 21, 24)	Akzente Salzburg – Fachstelle Suchtprävention
Schabus-Eder, Dr. Franz (S. 113)	Drogenkoordinator Salzburg
Schwarzenbrunner, Thomas (S. 35, 43, 113)	Sucht- und Drogenkoordinator OÖ
Schindler, Mag. Hannes (S. 84)	Verein Wiener Sozialprojekte
Spitzer, Dr. Bernhard (S. 37, 41)	Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer, Abteilung für Abhängigkeitserkrankungen
Stolz-Gombocz, OA Dr. Ingrid (S. 57)	Anton Proksch Institut, Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit Persönlichkeitsstörungen, Mödling
Wudy, Dr. Max (S. 35)	Ärztammer NÖ
Zeder, Dr. Ulf (S. 70)	Suchtkoordinator der Stadt Graz

# Datenbanken

**Best Practice Portal – Informationen zu Standards und Richtlinien sowie zu Evaluationsinstrumenten (EIB) und Beispielen für evaluierten Maßnahmen (EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action)<sup>51</sup>**

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

**Österreichische Projekte in EDDRA bzw. im Best Practice Portal der EBDD  
(Stand: August 2010):**

**abrakadabra** – (Re-)Sozialisation von Drogenkonsumentinnen und –konsumenten durch Integration in den Arbeitsmarkt  
(Caritas der Diözese Innsbruck)

**Alles im Griff?** – Wanderausstellung  
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Niederösterreich)

**Ambulante Nachbetreuung** der Ambulanz für Abhängigkeitserkrankungen der Universitätsklinik für Psychiatrie – Innsbruck  
(Universitätsklinik für Psychiatrie – Innsbruck, Tirol)

**API Mödling** – Stationäre Langzeittherapie für Drogenabhängige  
(Anton-Proksch-Institut, Niederösterreich)

**Arbeitsprojekt WALD**  
(H.I.O.B. – Anlauf- und Beratungsstelle für Drogenabhängige, Vorarlberg)

**Auftrieb** – Jugend- und Suchtberatungsstelle  
(Verein für Jugend und Kultur Wr. Neustadt, Niederösterreich)

---

51

Die EDDRA-Datenbank der EBDD wurde im Zuge der Erstellung des Internetportals zu Best Practice überarbeitet, um die Qualität der Einträge zu verbessern und eine integrierte Nutzung innerhalb des Online-Portals zu ermöglichen. Im Zuge dessen wurden die bestehenden Einträge nach bestimmten Kriterien selektiert, neu strukturiert und bewertet. Die Suchfunktion wurde wesentlich verbessert, die Projektbeschreibungen können nun heruntergeladen werden. Dabei wurden einige wenige österreichische Projekte gelöscht, die vor dem Jahr 2001 eingetragen wurden und mittlerweile nicht mehr angeboten werden.

**Behandlung von Schwangeren an der Drogenambulanz des AKH Wien**

Subprogramm des Wiener Modellprojekts „Schwangerschaft und Drogen“ –  
Comprehensive-Care-Projekt für substanzabhängige Mütter und ihre Kinder  
(AKH, Wien)

**Berufsassistenz** – Subprojekt der Wiener Berufsbörse im Rahmen der  
Entwicklungs-partnerschaft Equal  
(Wiener Berufsbörse, Wien)

**Betreutes Wohnen**

(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

**CARINA** – Langzeittherapie für Drogenabhängige  
(Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg)

**ChEck iT!** – Wissenschaftliches Pilotprojekt  
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

**CONTACT** – Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige  
(Sucht- und Drogenkoordination Wien, vormals Fonds Soziales Wien)

**DAPHNE** – Projekt „Frauen mit Gewalterfahrung“  
(Verein Dialog und Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

**Drogenambulanz Innsbruck – Substitution**  
(Drogenambulanz Innsbruck)

**Drogenfreie Zone** in der Justizanstalt Hirtenberg  
(Justizanstalt Hirtenberg, Niederösterreich)

**drugaddicts@work** – Evaluationsprojekt zur beruflichen Reintegration  
drogenabhängiger Personen in den Arbeitsmarkt  
(Sucht- und Drogenkoordination Wien, vormals Fonds Soziales Wien)

**Drug Out** – Therapieabteilung der Justizanstalt Innsbruck  
(Justizanstalt Innsbruck, Tirol)

**Ehrenamtliche Bewährungshilfe** für Insassen der Justizanstalt Favoriten  
(Verein für Bewährungshilfe und soziale Arbeit – Bewährungshilfe Wien)

**Eigenständig werden** – Unterrichtsprogramm zur schulischen Suchtprävention  
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

**Eltern – Kind – Haus** – Betreuung von drogenabhängigen Eltern und deren Kindern in einer therapeutischen Gemeinschaft  
(Verein Grüner Kreis)

**Elternseminare**

(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ)

**Erlenhof** – Therapiestation für Suchtmittelabhängige  
(Pro mente Oberösterreich)

**Expertengestützte schulische Suchtinformation**

(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

**FeierFest!** – Freizeit- und Partykultur mit Jugendlichen  
(Akzente Fachstelle Suchtprävention, Salzburg)

**FITCARD – Gesundheitsförderung mit Lehrlingen.** Subprogramm des Programms „Gesundheitsförderung und Suchtprävention im Betrieb“  
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

**fix und fertig** – Sozialökonomischer Betrieb  
(Verein Wiener Sozialprojekte)

**Gelebte Suchtvorbeugung in der Gemeinde.** Subprogramm der Pilotaktion „Lokales Kapital für soziale Zwecke“ der Generaldirektion V der EU, Programm: „Sozial Innovativ 2000“  
(Volkshilfe Steiermark, VIVID Fachstelle für Suchtprävention, Regionalbüro Oststeiermark)

**Generation E** – Werkstatt für kreative Elternarbeit  
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien – SDW)

**Guat beinand'!** – Suchtvorbeugung in Gemeinden und Stadtteilen  
(Akzente Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg)

**H.I.O.B.** Hilfe – Information – Orientierung – Beratung für Drogenabhängige  
(H.I.O.B. – Anlauf- und Beratungsstelle für Drogenabhängige, Vorarlberg)

**High genug?** – Praxispackage zur Suchtprävention in der Jugendarbeit  
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark)

**Impfprojekt Hepatitis B** an der sozialmedizinischen Beratungsstelle Ganslwirt  
(Verein Wiener Sozialprojekte)

**in motion** – ein Multiplikatorenprojekt zur schulischen Suchtvorbeugung  
(Institut Suchtprävention, Oberösterreich)

**Jugend ohne Grenzen?! Mladi brez meja?!** – Suchtvorbeugung im Bezirk Radkersburg  
(blue|monday gesundheitsmanagement, Steiermark)

**Jugendhaus** – Betreuung von Jugendlichen in einer therapeutischen Gemeinschaft  
(Verein Grüner Kreis)

**Jugendberatungsstelle WAGGON**  
(TENDER – Verein für Jugendarbeit, Niederösterreich)

**Kinder stark machen mit Sport**  
(SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg)

**Log In** – Verein zur Hilfestellung und Vernetzung von AbsolventInnen  
stationärer oder ambulanter Suchttherapien  
(Anton-Proksch-Institut, Niederösterreich)

**Lukasfeld** – Kurzzeittherapie für Drogenabhängige  
(Krankenhaus Stiftung Maria Ebene, Vorarlberg)

**Marienambulanz Graz** – Medizinische Erst- und Grundversorgung  
mit offenem, niederschwelligem Zugang  
(Caritas der Diözese Graz-Seckau)

**MDA basecamp** – Mobile Drogenarbeit im Freizeitbereich  
(Jugendzentrum Z6, Tirol)

**Miteinander leben 2** – Regionale Suchtprävention in der schulischen und  
außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit im urbanen Raum  
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien – SDW)

**Nachbetreuung von Kindern substanzabhängiger Mütter.** Subprogramm des Wiener  
Modellprojekts „Schwangerschaft und Drogen“ – Comprehensive-Care-Projekt  
für substanzabhängige Mütter und ihre Kinder  
(Neuropsychiatrische Abteilung für Kinder und Jugendliche am KH Rosenhügel, Wien)

**Needles or Pins** – Europäisches Projekt zur Entwicklung innovativer Projekte zur sozialen und beruflichen Reintegration von Personen mit drogenbezogenen Problemen  
– Wiener Subprojekt  
(Verein Dialog, Wien)

**Needles or Pins** – Berufliche Reintegration von Personen mit Suchtproblemen  
(Verein Dialog, Wien)

**Niederschwellige Einrichtung Ganslwirt**  
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

**ÖBB** – Lehrlingsprojekt zur Suchtprävention  
(Institut für Suchtprävention, Sucht- und Drogenkoordination Wien – SDW)

**Peer Education Projekt**  
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ)

**pib** – Prävention in Betrieben  
(kontakt&co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

**Pilotprojekt Suchtvorbeugung in Trofaiach**  
(b.a.s. [betrifft alkohol und sucht] – steirischer Verein für Suchtkrankenhilfe)

**Rumtrieb** – Mobile Jugendarbeit NÖ  
(Verein für Jugend und Kultur Wr. Neustadt, Niederösterreich)

**SHH Schweizer Haus Hadersdorf** – Medizinische, psychologische und psychotherapeutische Gesundheits- und Heilstätte  
(Evangelisches Haus Hadersdorf – WOBES, Wien)

**Senobio** – Stationäre Drogentherapie  
(Senobio, Vorarlberg)

**Sozialmedizinische Drogenberatungsstelle Ganslwirt**  
(Verein Wiener Sozialprojekte, Wien)

**Stationenmodell**  
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, Niederösterreich)

**step by step** – Früherkennung und Intervention im Vorfeld möglicher Suchtprobleme  
(kontakt+co – Suchtpräventionsstelle, Tirol)

**Step by Step Graz** – Früherkennung und Krisenintervention an Grazer Schulen  
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

**Suchtbehandlung an der Drogenambulanz Klagenfurt**  
(Magistrat Klagenfurt)

**Suchtprävention im steirischen Fußballverband**  
(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention)

**Supromobil** – Bezirkskonferenz „Jugend und Drogen“  
(Stiftung Maria Ebene)

**Umbrella-Network-Projekt** Österreich – Schweiz: Analyse der Probleme mit HIV, Aids und STDs in europäischen Grenzregionen und Entwicklung von kooperativen, grenzüberschreitenden Präventionsmethoden  
(Institut für Sozialdienste, Vorarlberg)

**Viktoria hat Geburtstag**  
(Fachstelle für Suchtvorbeugung, Niederösterreich)

**Way Out** – Frühinterventionsangebot für erstauauffällige drogenkonsumierende Jugendliche  
(Kooperation der Landesstelle Suchtprävention und Neustart, Kärnten)

**Wiener BerufsBörse** – Verein zur beruflichen Integration von drogen-, medikamenten- und alkoholabhängigen Personen  
(Wiener BerufsBörse, Wien)

**Wien-Favoriten** – Behandlung und Betreuung von drogenabhängigen Straffälligen  
(Justizanstalt Wien-Favoriten, Wien)

# Websites

Nachfolgend finden sich Websites von relevanten Institutionen und Einrichtungen zu Sucht und Drogen in Österreich.

Eine ausführliche Liste von sucht- und drogenrelevanten Internet-Adressen auch aus dem europäischen und internationalen Bereich findet sich unter <http://www.goeg.at> (Arbeitsbereich Prävention / Drogen / Links).

## **Drogen- bzw. Suchtkoordinationen der Bundesländer:**

Suchtkoordination für das Land Burgenland

<http://www.psd-bgld.at/psychosoziale-dienste/suchtkoordination/index.html>

Drogenkoordination des Landes Kärnten

<http://www.gesundheit-kaernten.at/sucht/drogenkoordination-land-kaernten.html>

Suchtkoordination des Landes Niederösterreich

<http://www.suchtvorbeugung.at/suchtkoordination/>

Sucht- und Drogenkoordination des Landes OÖ

[http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-8C8F5206/ooe/hs.xsl/554\\_DEU\\_HTML.htm](http://www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xchg/SID-3DCFCFC3-8C8F5206/ooe/hs.xsl/554_DEU_HTML.htm)

Drogenkoordination des Landes Salzburg

[http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen\\_und\\_angebote/abhaengigkeit/abhaengigkeit\\_drogenkoordination.htm](http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen_und_angebote/abhaengigkeit/abhaengigkeit_drogenkoordination.htm)

Suchtkoordination des Landes Steiermark

<http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/beitrag/10896138/9752/>

Suchtkoordination des Landes Tirol

<http://www.tirol.gv.at/themen/gesellschaft-und-soziales/soziales/projektmanagement/suchtkoordination/>

Suchtkoordination des Landes Vorarlberg

[http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft\\_soziales/gesellschaft/suchtkoordination/start.htm](http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/gesellschaft_soziales/gesellschaft/suchtkoordination/start.htm)

Sucht- und Drogenkoordination Wien - SDW

<http://www.drogenhilfe.at>

## **Fachstellen für Suchtprävention in den Bundesländern:**

Fachstelle für Suchtprävention Burgenland

<http://www.psd-bgld.at/psychosoziale-dienste/suchtpraevention/>

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

<http://www.suchtvorbeugung.ktn.gv.at/>

Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ

<http://www.suchtvorbeugung.at>

Institut Suchtprävention, OÖ

<http://www.praevention.at>

AKZENTE Suchtprävention – Fachstelle für Suchtvorbeugung Salzburg

<http://www.akzente.net/Fachstelle-Suchtpraevention.1250.0.html>

VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark

<http://www.vivid.at>

kontakt+co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz, Tirol

<http://www.kontaktco.at>

SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe, Vorarlberg

<http://www.supro.at>

Institut für Suchtprävention, Wien

<http://www.drogenhilfe.at>

#### **Bundesministerien:**

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

<http://www.bmask.gv.at>

Bundesministerium für Gesundheit

<http://www.bmg.gv.at>

Bundesministerium für Inneres

<http://www.bmi.gv.at>

Bundesministerium für Justiz

<http://www.bmj.gv.at>

Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur

<http://www.bmukk.gv.at>

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie

<http://www.bmvit.gv.at>

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend

<http://www.bmwfj.gv.at>

Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung

<http://www.bmwf.gv.at>

#### **Monitoring und Forschung:**

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)

<http://www.emcdda.europa.eu>

GÖG/ÖBIG – Österreichischer Suchthilfekompass

<http://suchthilfekompass.oebig.at>

GÖG/ÖBIG – Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe

<http://tdi.oebig.at>

Ludwig Boltzmann Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut

<http://www.api.or.at/lbi/index.htm>

Suchtforschung und Suchttherapie an der Medizinischen Universität Wien

<http://www.sucht-addiction.info>

Europäisches Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung

<http://www.euro.centre.org/>

**Weitere Websites:**

Aids-Hilfe

<http://www.aidshilfen.at>

Allgemeines Krankenhaus in Wien

<http://www.meduniwien.ac.at>

Anton-Proksch-Institut

<http://www.api.or.at>

ARGE Suchtvorbeugung

<http://www.suchtvorbeugung.net>

Auftrieb – Jugend- und Suchtberatung

<http://www.jugendundkultur.at/de/auftrieb/home/>

b.a.s. – Steirische Gesellschaft für Suchtfragen

<http://www.bas.at>

Blue Monday Gesundheitsmanagement

<http://www.bluesday.at>

Bundesarbeitsgemeinschaft Streetwork – Mobile Jugendarbeit Österreich

<http://www.bast.at>

Carina – Therapiestation

<http://www.mariaebene.at/carina/>

Caritas der Diözese Innsbruck

<http://www.caritas-tirol.at/auslandshilfe/wer-wir-sind/caritas-welthaus-der-dioezese-innsbruck/>

Caritas Graz – Kontaktladen

<http://streetwork.caritas-steiermark.at/angebote-fuer-klientinnen/beratung-begleitung/>

ChEck iT! – Verein Wiener Sozialprojekte  
<http://checkyourdrugs.com>

CONTACT – SpitalsverbindungsdiensT  
<http://drogenhilfe.at/ueber-uns/beratung-behandlung-und-betreuung/liaisondienste/contact/>

dialog – Beratungs- und Betreuungszentrum  
<http://www.dialog-on.at>

Do it yourself – Kontakt- und Anlaufstelle für Drogenkonsumentinnen und -konsumenten  
<http://www.doit.at>

Drogenambulanz der Medizinischen Universität Wien  
<http://www.sucht-addiction.info>

Drogenberatung des Landes Steiermark  
<http://www.drogenberatung.steiermark.at/>

ENCARE Österreich  
<http://www.encare.at>

Ex und Hopp – Drogenberatung  
<http://www.exundhopp.at>

Fachzeitschrift für Online-Beratung und computervermittelte Kommunikation  
<http://www.e-beratungsjournal.net>

Fonds Gesundes Österreich  
<http://www.fgoe.org/startseite>

Ganslwirt – Verein Wiener Sozialprojekte  
<http://www.vws.or.at/ganslwirt>

Gesunde Gemeinden  
<http://gesundesleben.at/lebensraum/gemeinde/gesunde-gemeinde>

Gesunde Schule  
<http://www.gesundeschule.at>

Grüner Kreis  
<http://www.gruenerkreis.at>

Haus am Seespitz  
<http://www.gpg-tirol.at/Haus-am-Seespitz-Maurach.147.0.html>

H.I.O.B. – Drogenberatungsstelle  
<http://www.caritas-vorarlberg.at>

Jugendberatungsstelle Waggon  
<http://members.aon.at/waggon/>

Jugendstreetwork Graz

<http://jugendstreetwork.caritas-steiermark.at/>

Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie in Wien

<http://www.medizin-medien.info/dynasite.cfm?dssid=4263>

Komfödros – Kommunikationszentrum für DrogenkonsumentInnen

<http://www.caritas-tirol.at/hilfe-einrichtungen/menschen-mit-suchtproblemen/komfuedro/>

Kontaktstelle in Suchtfragen, Salzburg

<http://www.landesschulrat.salzburg.at//service/kis/index.php>

Krankenhaus Rosenhügel

<http://www.wienkav.at/kav/nkr/>

Lukasfeld – Therapiestation

<http://www.mariaebene.at>

Marienambulanz

<http://www.caritas-steiermark.at/hilfe-einrichtungen/fuer-menschen-in-not/gesundheits/marienambulanz/>

MDA basecamp – mobile Drogenprävention in Tirol

<http://www.mdabasecamp.com>

MDA basecamp – Online-Beratung

<http://www.onlinedrogenberatung.at>

Needles or Pins – dialog

[http://www.dialog-on.at/article\\_69.html](http://www.dialog-on.at/article_69.html)

Neustart – Bewährungshilfe, Konfliktregelung, Soziale Arbeit

<http://www.neustart.at/>

Oikos – Verein für Suchtkranke

<http://www.oikos-klagenfurt.at/>

Otto-Wagner-Spital – Drogeninstitut

[http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen\\_anzeigen.asp?suchstring=912](http://www.wienkav.at/kav/ows/medstellen_anzeigen.asp?suchstring=912)

Österreichische Caritaszentrale – Integration durch Arbeit KEG

<http://web2.cylex.de/firma-home/oesterreichische-caritaszentrale---integration-durch-arbeit-keg-4402107.html>

Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkranken

<http://www.oegabs.at/index.php>

Österreichischer Verein für Drogenfachleute

<http://www.oevdf.at>

Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen

<http://www.schulpsychologie.at/>

Plattform Drogentherapien – Informationen zur Opiatabhängigkeit

<http://www.drogensubstitution.at>

pro mente Oberösterreich

<http://www.promenteooe.at>

Rumtrieb – Mobile Jugendarbeit

<http://www.jugendundkultur.at/de/rumtrieb/>

Schulpsychologie Bildungsberatung

<http://www.schulpsychologie.at>

Schweizer Haus Hadersdorf

<http://www.shh.at>

Stadt Wien

<http://www.magwien.gv.at>

Stiftung Maria Ebene

<http://www.mariaebene.at>

Streetwork Graz

<http://streetwork.caritas-steiermark.at/>

Substanz – Verein für suchtbegleitende Hilfe

<http://www.substanz.at>

Suchtberatungsstelle BIZ Obersteiermark

<http://www.biz-obersteiermark.at/>

Supromobil

<http://www.supromobil.at>

taktisch klug

<http://www.taktischklug.at>

Therapiestation Erlenhof

<http://www.therapiestation-erlenhof.at>

Therapiestation WALKABOUT

<http://www.barmherzige-brueder.at/content/site/walkabout/startseite/aktuelles/index.html>

Tiroler JugendWeb – Drogen, Sucht, Hilfe

<http://www.startblatt.net/at/jugend/jugend-tirol/tiroler-jugendweb>

Verein für eine Legalisierung von Cannabis

<http://www.legalisieren.at>

Verein LOG IN

<http://www.login-info.at>

Verein PASS

<http://www.pass.at/start.htm>

VIVA - Drogenberatung

<http://www.gesundheit-kaernten.at/sucht/betreuung-beratungsstellen/drogenberatung-viva.html>

Vorarlberger Drogenhilfe

[www.suchthaufen.at](http://www.suchthaufen.at)

VWS - Verein Wiener Sozialprojekte

<http://www.vws.or.at>

Wiener Berufsbörse

<http://www.berufsboerse.at>

# Anhang

---

A. Tabellen, Karte

B. Abkürzungsverzeichnis

C. Standard Tables &  
Structured Questionnaires



# Anhang A

---

Tabellen, Karte



Tabelle A1:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen  
in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2004 bis 2009

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung Altersgruppe %	
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis	14 +	20,1
			Ecstasy	14 +	3,0
			Amphetamine	14 +	2,4
			Kokain	14 +	2,3
			Opiate	14 +	0,7
			biogene Drogen	14 +	2,7
			LSD	14 +	1,7
Schnüffelstoffe	14 +	2,4			
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2005)	Wien 2005 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	17
			Ecstasy	15+	2
			Amphetamine	15+	2
			Kokain	15+	2
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	3
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	2
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 59 Jahren (n = 1.125)	Cannabis	15-59	27,6
			Ecstasy	15-59	7,3
			Amphetamine	15-59	7,6
			Kokain	15-59	5,8
			Heroin	15-59	4,2
			Morphium	15-59	4,4
			LSD	15-59	4,6
			Schnüffelstoffe	15-59	8,0
			biogene Drogen	15-59	7,4
			Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (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			
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2008)	Wien 2007 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 624)	Cannabis	15+	19
			Ecstasy	15+	4
			Amphetamine	15+	4
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	2
			biogene Drogen	15+	7
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	4
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2009)	Österreich 2008 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.196)	Cannabis	14+	12
			Ecstasy	14+	2
			Amphetamine	14+	2
			Kokain	14+	2
			Opiate	14+	1
			biogene Drogen	14+	2
			LSD	14+	2
Schnüffelstoffe	14+	2			
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2009a)	Wien 2009 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis	15+	16
			Ecstasy	15+	3
			Amphetamine	15+	3
			Kokain	15+	4
			Opiate	15+	3
			biogene Drogen	15+	4
			andere Drogen (z. B. LSD)	15+	3

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A2:

Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung Altersgruppe %	
Schulstudie Burgenland (Schönfeldinger 2002)	Burgenland 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler der 7. bis 13. Schulstufe (n = 1.899)	Cannabis	12-19	20
			Ecstasy	12-19	4
			Kokain	12-19	2
			Heroin	12-19	1
			Speed	12-19	3
			Halluzinogene	12-19	3
			Schnüffelstoffe	12-19	20
			biogene Drogen	12-19	8
HBSC-Studie (Dür und Mravlag 2002)	Österreich 2001 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.292)	Cannabis	15	14
ESPAD Österreich (Uhl et al. 2005b)	Österreich 2003 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler 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
			Amphetamine	14-17	5
			GHB	14-17	1
			LSD	14-17	2
			Schnüffelstoffe	14-17	15
			Magic Mushrooms	14-17	4
Berufsschulstudie Steiermark (Hutsteiner, Seebauer, Auferbauer 2005)	Steiermark 2005 (Lebenszeit)	Berufsschülerinnen und -schüler 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
			Amphetamine	15-20	3,1
			Halluzinogene	15-20	1,8
			Schnüffelstoffe	15-20	11,4
			Magic Mushrooms	15-20	8,9
HBSC-Studie (Dür und Griebler 2007)	Österreich 2005/6 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 Jahren (n = 1.239)	Cannabis	15	14

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A2

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
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
			Amphetamine	15-24	12,3
			Kokain	15-24	10,0
			LSD	15-24	9,0
			Schnüffelstoffe biogene Drogen	15-24	16,5 13,0
Schulstudie Burgenland (Falbesoner und Lehner 2008)	Burgenland 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler 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 (ESPAD-Austria 2007)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler 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
			Amphetamine	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

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A3:

Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 2000–2009

Todesursache	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Intoxikation mit Opiat(en)	18	17	17	40	38	31	27	9	13	18
Mischintoxikation mit Opiat(en)	147	119	119	115	133	134	137	138	136	153
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) ohne Opiate	2	3	3	8	4	4	5	5	4	1
Intoxikation unbekannter Art	0	0	0	0	10	22	28	23	16	15
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	167	139	139	163	185	191	197	175	169	187

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A4:

Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 2000–2009

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2000–2009
Burgenland	0	0	0	2	5	3	3	5	1	1	20
Kärnten	2	5	7	6	4	6	7	4	6	5	52
Niederösterreich	11	14	12	13	31	29	38	27	34	26	235
Oberösterreich	11	8	6	13	15	13	14	12	20	21	133
Salzburg	6	7	7	5	7	8	6	3	11	13	73
Steiermark	11	9	13	14	12	17	12	16	21	10	135
Tirol	11	16	13	13	15	17	16	11	18	15	145
Vorarlberg	5	11	6	5	8	6	6	7	2	14	70
Wien	110	69	75	92	88	92	95	90	55	82	848
Unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Gesamt	167	139	139	163	185	191	197	175	169	187	1.712

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A5:

Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich  
nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 2008–2009

Alters- gruppe	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008 <sup>1</sup>		2009 <sup>2</sup>	
	abs.	abs.	abs.	%	abs.	%	abs.	%												
bis 19	19	11,4	20	15,1	18	12,9	20	12,3	40	21,6	28	14,7	40	20,3	24	13,7	22	13,0	18	9,6
20–24	33	19,8	21	14,4	20	14,4	37	22,7	40	21,6	48	25,1	51	25,9	46	26,3	45	26,6	39	20,9
25–29	31	18,6	19	13,7	24	17,3	28	17,2	30	16,2	36	18,8	34	17,3	23	13,1	37	21,9	35	18,7
30–34	27	16,2	27	19,4	23	16,5	24	14,7	19	10,2	25	13,1	19	9,7	35	20,0	21	12,4	28	15,0
35–39	27	16,8	25	18,0	24	17,3	29	17,8	23	12,4	19	9,9	15	7,6	22	12,6	16	9,5	22	11,8
40 und älter	30	17,4	27	19,4	30	21,6	25	15,3	33	17,8	35	18,3	38	19,3	25	14,3	28	16,6	45	24,1
<b>Gesamt</b>	167	100	139	100	139	100	163	100	185	100	191	100	197	100	175	100	169	100	187	100
<b>weiblich</b>	35	21,0	22	15,8	25	18,0	30	18,4	38	20,5	43	22,5	42	21,3	39	22,2	35	20,7	37	19,8
<b>männlich</b>	132	79,0	117	84,2	114	82,0	133	81,6	147	79,5	148	77,4	155	78,7	136	77,7	134	79,3	150	80,2

<sup>1</sup>30 Verdachtsfälle wurden nicht obduziert

<sup>2</sup>19 Verdachtsfälle wurden nicht obduziert

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A6:

Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich  
nach Todesursache und Alter, 2009

Todesursache			Altersgruppen								Summe		
			< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		> 49	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	4	4	3	0	0	1	3	0	15	
		mehrere Opiate	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	
		+ Alkohol	0	1	0	5	0	3	1	2	1	13	
		+ psychoaktive Medikamente	0	7	21	10	13	6	7	2	9	75	
		+ Alkohol & psycho-aktive Medikamente	0	1	5	4	7	8	5	4	0	34	
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	0	3	1	1	0	0	0	5	
		SG + Alkohol	0	1	1	1	1	0	0	0	0	4	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	1	5	3	5	1	0	1	0	16	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	1	0	2	1	0	2	0	0	6	
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	
	Suchtgiftintoxikation unbe- kannter Art			0	1	2	3	0	2	4	2	1	15
	Summe <b>direkt</b> suchtgift- bezogene Todesfälle			1	17	39	35	28	22	20	14	11	187
	davon Männer			1	12	30	25	20	19	19	14	10	150

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A7:

Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich  
nach Todesursache und Bundesland, 2009

Todesursache		Bundesland										
		B	K <sup>1</sup>	N <sup>2</sup>	OÖ <sup>3</sup>	S	St	T	V	W <sup>4</sup>	Ö <sup>5</sup>	
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	0	5	3	1	0	3	1	2	15
		mehrere Opiate	0	0	0	2	0	0	0	0	1	3
		+ Alkohol	0	1	1	2	2	2	1	1	3	13
		+ psychoaktive Medikamente	1	4	8	7	3	6	6	4	36	75
		+ Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	1	2	2	0	4	6	19	34
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	1	2	0	0	0	0	2	5
		SG + Alkohol	0	0	0	0	2	1	0	1	0	4
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	6	2	3	0	0	0	5	16
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	3	0	0	0	0	0	3	6
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + Alkohol & psycho- aktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		0	0	1	1	0	1	1	1	10	15
	Summe <b>direkt</b> suchtgiftbezogene Todesfälle		1	5	26	21	13	10	15	14	82	187
Verifizierte direkt suchtgift- bezogene Todesfälle <b>pro 100.000 Einwohner</b> zwischen 15 und 64 Jahren		0,5	1,3	2,4	2,1	3,6	1,2	3,2	5,6	7,1	3,3	
Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle <b>pro 100.000 Einwohner</b> zwischen 15 und 64 Jahren		0,5	1,6	2,8	2,9	3,6	1,2	3,2	5,6	7,8	3,7	

<sup>1</sup> Ein Verdachtsfall wurde nicht obduziert

<sup>2</sup> Drei Verdachtsfälle wurden nicht obduziert

<sup>3</sup> Sieben Verdachtsfälle wurden nicht obduziert

<sup>4</sup> Acht Verdachtsfälle wurden nicht obduziert

<sup>5</sup> 19 Verdachtsfälle wurden nicht obduziert

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A8:

Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation,  
2000–2009

Risikosituation	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Homo-/bisexueller Kontakt	13	21	19	7	16	14	17	19	17	17
Intravenöser Drogenkonsum	25	27	20	14	12	14	6	13	16	10
Heterosexueller Kontakt	29	33	41	22	32	17	30	22	25	25
Anders/unbekannt	18	8	14	9	10	13	10	17	10	7
Gesamt	91	93	97	53	71	59	64	72	70	59

Quelle: BMG, GÖG/ÖBIG–eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A9:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich  
nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen,  
2000–2009

Anzeigen	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gesamtanzeigen	18.125	21.862	22.422	22.245	25.215	25.892	24.008	24.166	20.043	22.729
Ersttäter	9.343	11.033	11.269	12.117	14.346	15.569	15.808	16.053	13.634	14.893
Wiederholungstäter	8.296	10.052	10.380	9.288	9.990	9.520	7.636	7.569	5.990	7.258

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

Anmerkung: alle Anzeigen, nicht nur Suchtgifte, sondern auch psychotrope Stoffe

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A10:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz  
(nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 2000–2009

Bundesland	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Burgenland	843	712	805	984	967	923	1.033	1.008	871	953
Kärnten	1.088	1.758	1.676	1.659	1.464	1.529	1.190	1.408	1.153	1.372
Niederösterreich	2.624	2.975	3.319	3.017	3.531	3.632	3.050	3.464	2.583	3.165
Oberösterreich	1.887	2.677	3.054	2.782	3.521	3.769	3.209	3.786	3.245	3.908
Salzburg	718	1.471	1.384	868	1.077	1.092	1.001	1.116	1.015	1.096
Steiermark	1.305	1.601	1.910	1.570	1.705	1.516	1.435	1.929	1.372	1.669
Tirol	2.687	2.449	2.229	2.102	2.695	2.775	2.607	2.454	1.982	2.555
Vorarlberg	1.183	1.447	1.265	1.146	1.044	1.008	1.240	1.153	976	1.027
Wien	5.233	6.212	6.210	7.652	8.524	8.797	7.925	6.611	5.883	6.056
Gesamtanzeigen	17.568	21.302	21.852	21.780	24.528	25.041	22.690	22.929	19.080	21.801

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A11:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz  
in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 2000–2009

Suchtgift/Suchtmittel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis	17.001	19.760	19.939	17.706	20.252	20.900	19.021	19.063	15.063	17.513
Heroin und Opiate	2.413	3.802	3.954	4.717	4.770	4.720	3.516	3.294	2.865	3.157
Kokain + Crack	2.494	3.416	3.762	4.785	5.365	5.491	4.252	4.263	3.551	3.930
Amphetamin + Methamphetamin	-	-	1.532	1.727	1.843	1.795	1.639	2.112	1.405	1.749
LSD	477	506	327	214	196	160	164	196	101	193
Ecstasy	2.337	2.940	2.998	2.473	2.362	2.106	1.763	1.889	1.127	966
Suchtgifthältige Medikamente	-	-	809	872	1.420	1.795	2.800	2.714	2.294	2.693
Sonstige Suchtgifte	-	-	540	320	304	427	355	323	263	363
Psychotrope Substanzen	-	-	3	11	11	4	14	20	13	16
Psychotrope Medikamente	780	821	736	603	892	1.081	1.687	1.535	1.185	1.174
Drogenausgangsstoffe	-	-	4	5	0	4	8	2	12	1

- = Daten nicht verfügbar

Anmerkung: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.  
Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A12:

Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich  
nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2009

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	909	1.456	2.474	3.325	925	1.561	2.641	975	3.247	17.513
Heroin und Opiate	95	126	510	494	50	121	125	249	1.295	3.065
Kokain + Crack	168	260	532	587	131	182	383	187	1.500	3.930
Amphetamin + Methamphetamin	164	51	470	518	111	155	72	36	172	1.749
LSD	42	1	29	25	9	13	38	13	23	193
Ecstasy	88	79	213	248	98	87	65	22	66	966
Suchtgifthältige Medikamente	39	80	302	589	147	275	169	50	1.042	2.693
Sonstige Suchtgifte	14	67	64	95	17	36	31	16	23	363
Psychotrope Substanzen	0	1	1	1	0	3	7	1	2	16
Psychotrope Medikamente	21	19	80	108	15	76	118	20	717	1.174
Drogenausgangsstoffe	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1

Anmerkungen: Durch die Aufschlüsselung nach Suchtgift kommt es zu Mehrfachzählungen einzelner Anzeigen.  
Daher unterscheidet sich die Summe von der Anzahl der Gesamtanzeigen.

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A13:

Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 2000–2009

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG bzw. § 28 a SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in %
2000	3.240	933	2.245	41.624	7,8
2001	3.862	1.141	2.671	38.763	10,0
2002	4.394	1.108	3.243	41.078	10,7
2003	4.532	1.161	3.318	41.749	10,9
2004	5.706	1.441	4.229	45.185	12,6
2005	6.128	1.357	4.702	45.691	13,4
2006	5.795	1.464	4.246	43.414	13,3
2007	5.437	1.387	3.956	43.158	12,6
2008	4.291	1.332	2.899	38.226	11,2
2009	3.928	1.283	2.593	37.868	10,4

Bis 2007:

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

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

Ab 2008:

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach dem SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A14:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2009

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	554	1.232	750	383	611	3.530
	weiblich	60	142	76	37	83	398
§ 28 SMG / § 28 a SMG	männlich	77	333	266	149	311	1.136
	weiblich	16	52	29	17	33	147
§ 27 SMG	männlich	474	896	478	228	275	2.351
	weiblich	44	88	44	20	46	242

Bis 2007:

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

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

Ab 2008:

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Strafraumen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG–eigene Darstellung

Tabelle A15:

Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2009

Verurteilungsgrund		Geld- strafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen <sup>1</sup>	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	49	96	27	23	16	211
	Erwachsene	819	1.134	1.067	554	143	3.717
§ 28 SMG / § 28a SMG (Verbrechen)	Jugendliche	3	15	8	1	0	27
	Erwachsene	32	300	552	318	54	1.256
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	46	81	19	22	16	184
	Erwachsene	780	808	499	234	88	2.409

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

Bis 2007:

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

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

Ab 2008:

§ 27 SMG = unerlaubter Umgang mit Suchtgift

§ 28 SMG = Vorbereitung von Suchtgifthandel

§ 28a SMG = Suchtgifthandel

<sup>1</sup> Sonstige Strafformen: teilbedingte Strafen (nach § 43a Abs 2 StGB) in der Form einer Kombination von unbedingter Geldstrafe und bedingter Freiheitsstrafe, Unterbringung in einer Anstalt (nach § 21 Abs 1 StGB oder nach § 21 Abs 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB und nur bei Jugendlichen Schuldspruch unter Vorbehalt der Strafe (§ 13 JGG) und Schuldspruch ohne Strafe (§ 12 JGG).

Anmerkung: Die Statistik erfasst nur das „führende Delikt“, d. h. das dem Straffrahmen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik); GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A16:

Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 2000–2009

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Gesamt	8.049	8.145	8.974	9.023	9.666	11.660	10.379	10.175	9.384	10.627
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung	6.924	7.346	7.817	7.902	8.599	10.668	9.173	9.008	8.399	9.661
davon § 35 Abs 4 SMG (Cannabis)	1.410	1.570	1.876	1.499	2.016	2.697	1.895	1.841	2.249	2.780
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung	1.125	799	1.157	1.121	1.067	992	1.206	1.167	985	966

Bis 2007: § 35 SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht  
 Ab 2008: § 35 SMG = vorläufiger Rücktritt von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft  
 § 35 (4) SMG = vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis  
 § 37 SMG = vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht  
 Anmerkung: Die Daten zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs - „Therapie statt Strafe“) sind derzeit nicht verfügbar.

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A17:

Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 2000–2009

Suchtgift/Suchtmittel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis	4.833	5.249	5.294	5.422	6.202	6.012	5.770	5.732	5.050	5.733
Heroin	478	895	836	1.263	1.383	1.371	883	765	673	901
Kokain	554	768	863	1.271	1.475	1.507	1.044	1.087	936	984
Amphetmin + Methamphetamin	142	161	239	321	342	328	334	380	299	400
LSD	42	32	20	33	29	20	20	39	20	39
Ecstasy	330	352	308	276	286	295	248	250	181	131
Suchtgifthältige Medikamente	311	418	392	445	812	1.117	1.571	1.234	1.015	1.121
Sonstige Suchtgifte	130	123	139	84	87	97	84	92	58	79
Psychotrope Substanzen	65	1	0	6	5	2	2	10	1	2
Psychotrope Medikamente	501	566	515	432	678	823	1.300	1.019	843	697
Drogenausgangsstoffe	8	0	2	2	0	2	7	1	12	0

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A18:

Beschlagnahmen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge,  
2000–2009

Suchtgift/ Suchtmittel	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cannabis (kg)	1.806	456	743,1	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0	873,6	1.139,3
Heroin (kg)	230	288	59,5	42,8	235,0	282,2	34,3	117,0	104,0	189,6
Kokain (kg)	20	108	36,9	58,3	75,5	244,9	61,8	78,1	78,38	53,2
Amphetamin + Methamphetamin (kg)	1,6	2,9	9,5	54,3	27,6	9,6	38,9	19,4	13,00	64,9
LSD (Trips)	865	572	851	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058	225,50	1.581,0
Ecstasy (Stk.)	162.093	256.299	383.451	422.103	122.663	114.104	30.855	66.167	45.335	5.847,5
Suchtgifthaltige Medikamente (Stk.)	2.309	3.755	3.919	10.827	9.031	9.057	12.253	10.376	7.180	8.233,5
Sonstige Suchtgifte (kg)	3,5	10,2	6,0	1,8	21,4	5,0	2,4	3,6	2,9	5,3
Psychotrope Substanzen (kg)	1,29	0,00	0,00	0,15	0,05	0,00	0,03	0,20	0,00	0,01
Psychotrope Medikamente (Stk.)	38.507	32.377	20.081	15.650	21.119	27.105	44.416	26.289	24.675	36.624,5
Drogenausgangsstoffe (kg)	0,93	0,00	241,00	25,00	0,00	0,10	9,85	0,17	22,16	0,0

Quelle: BMI/.BK; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A19:

Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene  
analysierten, als Ecstasy in Tablettenform gekauften Proben in Prozent, 2000–2009

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Ecstasy“-Tabletten gekauften Proben									
	2000 (n=319)	2001 (n=268)	2002 (n=269)	2003 (n=143)	2004 (n=93)	2005 (n=53)	2006 (n=134)	2007 (n=117)	2008 (n=146)	2009 (n=105)
MDMA	83,4	77,2	68,0	83,2	72,0	67,9	74,6	60,7	61,6	15,2
MDMA + MDE	3,1	2,2	14,1	7,7	9,7	0,0	1,5	0,0	0,0	0,0
MDMA + MDA	0,9	1,5	6,7	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
MDE und/oder MDA	1,3	7,1	0,4	0,0	7,5	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0
MDMA + Koffein	1,6	0,0	0,7	0,7	1,1	5,7	5,2	0,9	0,7	1,0
MDMA + Amphetamin	0,6	0,4	0,0	0,7	0,0	1,9	1,5	0,0	0,0	0,0
MDMA + diverse Mischungen*	2,2	0,4	0,0	3,5	1,1	13,2	0,0	6,0	7,5	1,9
PMA/PMMA	1,3	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0
Amphetamin	0,0	0,0	1,9	1,4	0,0	1,9	4,5	0,0	0,7	1,0
Methamphetamin	0,6	2,6	1,5	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	1,0
Koffein	0,9	0,0	1,5	0,0	1,1	0,0	0,7	1,7	0,0	0,0
Chinin/Chinidin	0,6	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
mCPP/mCPP + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	16,2	17,8	52,4
diverse Mischungen*	3,4	7,1	5,2	2,1	7,5	9,4	9,0	14,5	10,3	25,7

\* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

\*\* mCPP/und diverse Mischungen: mCPP und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A20:

Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 2000–2009

Inhaltsstoffe	Prozentsatz der als „Speed“ gekaufte Proben									
	2000 (n=93)	2001 (n=51)	2002 (n=87)	2003 (n=57)	2004 (n=41)	2005 (n=33)	2006 (n=75)	2007 (n=129)	2008 (n=99)	2009 (n=113)
Amphetamin	57,0	60,8	46,0	35,1	22,0	33,3	24,0	22,5	15,2	9,7
Amphetamin + Koffein	9,7	9,8	8,0	15,8	19,5	6,1	29,3	10,1	27,3	50,4
Amphetamin + Methamphetamin	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,0	0,0
Amphetamin + diverse Mischungen*	7,5	3,9	17,2	29,8	39,0	24,2	24,0	31,8	34,3	15,0
Methamphetamin	3,2	2,0	3,4	1,8	2,4	3,0	0,0	10,1	1,0	0,9
Koffein	3,2	11,8	8,0	0,0	4,9	9,1	1,3	1,6	3,0	8,8
MDMA	3,2	0,0	1,1	0,0	0,0	6,1	4,0	0,0	1,0	0,0
Diverse Mischungen*	16,1	11,8	16,1	17,5	12,2	18,2	17	23,3	14,1	14,2
mCPP/mCPP + diverse Mischungen**	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	2,0	0,9

\* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

\*\* mCPP/und diverse Mischungen: mCPP und ein oder mehrere andere Inhaltsstoffe

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A21:

Anzahl der dem BMG gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2009

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Fortgesetzte Behandlung	172	368	1.270	897	416	1.040	503	501	5.221
Erstbehandlung	59	109	443	324	76	180	269	119	1.282
Gesamt	231	477	1.713	1.221	492	1.220	772	620	6.503

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, die früher schon einmal in Substitutionsbehandlung waren. **Erstbehandlungen** bedeutet, dass die entsprechenden Personen bisher noch nie in Substitutionsbehandlung waren. Die Zahlen beziehen sich auf jene Behandlungen, die dem BMG gemeldet wurden, und weichen teilweise erheblich von auf Ebene der Bundesländer gesammelten Zahlen ab.

Die Gesamtsumme für Österreich stimmt mit der Summe über die Bundesländer nicht exakt überein, da bei einigen Fällen die Angabe des Bundeslands fehlte.

Quelle: BMG; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A22:

Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Alter und Geschlecht in Prozent

Alter in Jahren	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	1	1	3	2	3	0	2	1	0	0	0
15 bis 19	16	18	16	18	17	17	15	23	17	7	11	8
20 bis 24	26	27	26	22	30	24	28	31	29	32	39	34
25 bis 29	20	19	20	19	25	21	23	21	23	27	24	27
30 bis 34	13	11	13	17	13	16	14	9	13	16	13	15
35 bis 39	8	8	8	10	6	9	8	5	7	8	6	7
40 bis 44	7	8	7	6	4	5	5	4	5	5	4	5
45 bis 49	5	5	5	4	1	3	4	3	3	2	1	2
50 bis 54	2	2	2	1	1	1	2	1	2	1	0	1
55 bis 59	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	1
60 bis 64	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
65 bis 69	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
70 bis 74	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
75 bis 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80 und älter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>gültige Angaben</b>	<b>4.885</b>	<b>1.348</b>	<b>6.233</b>	<b>482</b>	<b>181</b>	<b>663</b>	<b>3.148</b>	<b>1.039</b>	<b>4.187</b>	<b>1.260</b>	<b>402</b>	<b>1.662</b>
unbekannt	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
missing	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde.  
Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009;  
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A23:

Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent

Lebensunterhalt/Erwerbstätigkeit	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
erwerbstätig	-	-	-	17	16	17	31	26	30	9	7	8
arbeitslos gemeldet	-	-	-	36	20	32	37	28	35	47	36	44
Sozialhilfe	-	-	-	7	15	9	8	15	10	17	25	19
Kind, Schüler/in, Student/in	-	-	-	6	13	8	4	12	6	2	4	2
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	-	-	-	3	5	4	5	9	6	7	11	8
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges	-	-	-	2	1	2	6	5	6	0	2	1
nicht erwerbstätig, keine sonstige Form des Lebensunterhalts	-	-	-	7	8	7	5	3	4	2	3	2
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt	-	-	-	22	21	22	5	3	4	15	13	15
<b>gültige Angaben</b>	-	-	-	412	146	558	2.998	980	3.978	1.162	369	1.531
unbekannt	-	-	-	60	28	88	109	41	150	46	17	63
missing	-	-	-	10	7	17	41	18	59	52	16	68

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensunterhalt wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A24:

Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent

Lebensmittelpunkt	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	Alle	m	w	Alle	m	w	alle
Burgenland	-	-	-	-	-	-	2	1	2	3	2	3
Kärnten	-	-	-	-	-	-	9	9	9	1	4	2
Niederösterreich	-	-	-	-	-	-	10	12	11	13	14	13
Oberösterreich	-	-	-	-	-	-	11	8	10	14	10	13
Salzburg	-	-	-	-	-	-	3	3	3	2	3	2
Steiermark	-	-	-	-	-	-	6	8	7	10	11	10
Tirol	-	-	-	-	-	-	12	9	11	8	12	9
Vorarlberg	-	-	-	-	-	-	12	8	11	7	4	7
Wien	-	-	-	-	-	-	35	41	36	41	38	41
Ausland	-	-	-	-	-	-	0	1	0	1	1	1
gültige Angaben	-	-	-	-	-	-	3.065	999	4.064	1.188	381	1.569
unbekannt	-	-	-	-	-	-	74	31	105	44	13	57
missing	-	-	-	-	-	-	9	9	18	28	8	36

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable Lebensmittelpunkt wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009;  
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A25:

Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent

Aktuelle Wohnsituation (wie?)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	M	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
gesichert (z. B. eigene Wohnung)	-	-	-	41	43	41	85	87	86	70	75	71
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	-	-	-	39	44	40	6	7	6	12	11	12
Institution, daneben gesichert	-	-	-	10	5	9	6	4	6	13	10	13
Institution, daneben ungesichert	-	-	-	11	7	10	3	2	3	4	4	4
<b>gültige Angaben</b>	-	-	-	415	149	564	3.067	1.002	4.069	1.160	366	1.526
unbekannt	-	-	-	59	25	84	70	31	101	73	26	99
missing	-	-	-	8	7	15	11	6	17	27	10	37

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

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Die Variable „aktuelle Wohnsituation“ wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009;  
GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A26:

Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben,  
nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
<b>Opiate</b>	38	47	40	53	56	54	54	62	56	79	84	80
Heroin	27	34	28	35	33	35	38	41	39	61	56	60
Methadon	2	4	3	2	0	1	6	7	6	13	13	13
andere Substitutionsdrogen	13	17	14	25	26	25	22	28	24	40	50	42
andere bzw. nicht näher spezifizierte Opiate	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3
<b>Kokaingruppe</b>	9	9	9	14	10	13	12	9	11	22	16	20
Kokain	8	9	9	14	10	13	12	8	11	22	16	20
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
nicht näher spezifiziertes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Stimulantien</b>	2	3	3	1	2	1	4	3	3	8	6	8
Amphetamine (z. B. Speed)	2	2	2	1	1	1	3	2	3	7	5	6
MDMA (Ecstasy), andere Designerdrogen	1	1	1	0	1	1	2	1	2	5	3	4
nicht näher spezifiziertes Stimulanzium	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
<b>Tranquilizer/Hypnotika</b>	9	12	10	15	12	14	10	14	11	20	27	22
Benzodiazepine	9	11	9	15	12	14	10	13	11	20	27	22
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
andere Hypnotika bzw. Tranquilizer	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
<b>Halluzinogene</b>	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2
LSD	0	1	0	0	0	0	1	0	1	2	1	2
nicht näher spezifizierte Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Cannabis</b>	32	23	30	20	20	20	36	26	34	24	18	22
<b>Schnüffelstoffe</b>	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0
<b>Alkohol</b>	7	6	6	6	5	6	5	5	5	8	8	8
biogene Drogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
andere Drogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
nur nicht behandlungsrele- vanter Konsum	24	23	24	10	13	11	4	4	4	1	1	1
nur Begleitdroge	4	3	4	9	6	8	9	9	9	5	4	4
<b>gültige Angaben</b>	5.693	1.605	7.298	602	200	802	4.056	1.333	5.389	2.380	731	3.111
<b>Anzahl der Personen mit gültigen Angaben</b>	4.325	1.188	5.513	427	153	580	2.709	882	3.591	1.121	355	1.476
unbekannt	487	130	617	45	25	70	229	95	324	74	25	99
missing	73	30	103	10	3	13	210	62	272	65	22	87

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

Oberkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A27:

Personen, die im Jahr 2009 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Geschlecht in Prozent

Intravenöser Drogenkonsum	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulant			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
nein	68	61	67	33	25	31	61	56	60	24	19	23
ja	32	39	33	67	75	69	39	44	40	76	81	77
<b>gültige Angaben</b>	<b>4.174</b>	<b>1.153</b>	<b>5.327</b>	<b>348</b>	<b>125</b>	<b>473</b>	<b>2.948</b>	<b>974</b>	<b>3.922</b>	<b>1.134</b>	<b>370</b>	<b>1.504</b>
unbekannt	577	165	742	89	31	120	186	59	245	84	22	106
missing	134	30	164	45	25	70	14	6	20	42	10	52

Anmerkung: In allen Zeilen mit Ausnahme der Zeilen „gültige Angaben“, „unbekannt“ und „missing“ sind Prozentwerte angegeben, die sich auf die Anzahl der „gültigen Angaben“ beziehen. „Unbekannt“ bedeutet, dass die Kategorie „unbekannt“ angekreuzt wurde, „missing“, dass keine Angabe gemacht wurde. Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2010a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2009; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A28:

Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2009

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten <sup>1</sup>	-	-	-
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	3	1	163.610
Salzburg	1	2	9.400 <sup>2</sup>
Steiermark <sup>3</sup>	2	2	386.822
Tirol	3	3	322.028
Vorarlberg	4	7	237.641
Wien	2	0	2.846.993
<b>Gesamt</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>3.966.494</b>

<sup>1</sup> - = keine Informationen/Daten übermittelt

<sup>2</sup> Angaben nicht vollständig

<sup>3</sup> Angebot ist auf Graz beschränkt

Quelle: ST10 Syringe Availability 2010; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Tabelle A29:

Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO), 2004–2008 in Prozent

<b>Aktuelle gesundheitliche Probleme</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
Chronische Hepatitis C	30	35	31	29	29
Zahnprobleme	19	23	21	19	19
Magen-, Darmprobleme	11	16	14	12	12
Psychiatrische Erkrankungen	9	10	12	13	11
Haut, Venen	7	10	8	7	7
Aids, HIV-Infektion	4	4	4	4	4
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	5	6	6	5	5
Chronische Hepatitis B	4	4	3	2	3
Invalidität	1	1	1	1	2
Gynäkologische Probleme	2	4	4	4	3
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	*	1	1	*	*
Andere	9	8	8	9	11
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	41	35	38	39	39

\* = Anteil ist kleiner als ein Prozent

Anmerkung: Angaben zu den gesundheitlichen Problemen beziehen sich ausschließlich auf Angaben der Klientinnen und Klienten und basieren weder auf gezielten diagnostischen Fragestellungen noch auf ärztlichen Befunden.

Quelle: IFES 2009b; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## Österreichweit eingesetzte standardisierte Interventionen zur Suchtprävention der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

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

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

Tabelle A30:

Eigenständig werden, Schuljahr 2009/2010

Bundesland	Anzahl abgeschlossene Schulungen SJ 2009/10	Anzahl an Trainingseinheiten Lehrer/innen <sup>1</sup> SJ 2009/10	Anzahl zertifizierter Lehrer/innen SJ 2009/10	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter VS SJ 2009/10	Anteil erreichter VS in %	Anzahl Elternabende SJ 2009/10	Anzahl Workshops SJ 2009/10	Anzahl erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2009/10	Anteil erreichter VS-Lehrer/innen bis SJ 2009/10 in %	Anzahl erreichter VS bis SJ 2009/10	Anzahl erreichter VS bis SJ 2009/10 in %
B	2	56	24	2,4	11	5,6	n.v.	n.v.	125	12,6	67	34,2
K	3	84	41	8,7	13	5,1	4	1	203	8,7	83	33,1
NÖ	5	152	61	1,1	7	1,1	1	0	469	8,1	124	19,7
OÖ	11	308	215	3,6	35	6,1	n.v.	n.v.	1.011	16,9	298	51,8
S	4	108	53	2,7	26	13,8	0	3	268	13,9	90	47,9
St	4	124	52	1,3	32	6,0	0	7	304	7,8	149	28,1
T	3	78	45	1,4	32	8,3	2	2	270	8,6	139	35,9
V	9	228	180	11,1	20	12,0	n.v.	n.v.	367	22,6	48	28,9
W	10	252	200	3,7	32	11,8	n.v.	n.v.	1.043	18,9	200	75,0

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar, VS = Volksschulen, SJ = Schuljahr  
<sup>1</sup> inklusive Reflexionstreffen

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Das Programm *plus* wird in der fünften bis achten Schulstufe (10- bis 14-Jährige) von weiterführenden Schulen (HS, NMS, AHS) eingesetzt. Die Umsetzung erfolgt in vier Jahresschwerpunkten, die jeweils fünf Themenbereiche mit zehn UE umfassen. Grundsätze sind altersgerechte und auf den wachsenden Kompetenzen der Kinder aufbauende Schwerpunkte, aber auch 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).

Tabelle A31:  
plus, Schuljahr 2009/2010

Bundesland	Anzahl Fort- bildungskurse für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl aller Trainingseinheiten für Lehrer/innen seit 2008	Anzahl fertig ausgebildeter Lehrer/innen SJ 2009/10	Anteil erreichter Lehrer/innen in %	Anzahl erreichter Schulen SJ 2009/10	Anzahl erreichter Klassen SJ 2009/10	Anteil erreichter Schulen SJ 2009/10 in %	Anzahl erreichter Lehrer/innen bis SJ 2009/10	Anteil erreichter Lehrer/innen bis SJ 2009/10 in %	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2009/10	Anzahl erreichter Schulen bis SJ 2009/10 in %	Anzahl erreichter Klassen bis SJ 2009/10
B	2	32	10	0,6	2	5	2	10	10	2	3,8	5
K	2	38	35	1,0	5	17	5,4	35	1,0	5	5,4	17
NÖ	1	16	16	0,2	1	4	0,3	16	0,2	1	0,3	4
OÖ	3	48	51	0,5	12	n.v.	4,3	51	0,5	12	4,3	n.v.
S	2	40	20	0,6	7	15	7	20	0,6	7	7	15
St	3	62	49	n.v.	12	20	5,3	49	n.v.	16	n.v.	28
T	3	36	32	0,7	12	32	8,8	32	0,7	12	8,8	32
V	2	38	31	1,2	12	n.v.	17,6	31	1,23	12	17,6	n.v.
W	1	20	24	0,2	9	14	4,2	24	0,2	9	4,2	14

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

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co - Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

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

Tabelle A32:  
movin, 2009

Bundesland	Direkte bzw. endgültige Zielgruppe (Altersangabe)	Indirekte Zielgruppe (Berater/Multiplikatoren)	Anzahl durchgeführter Schulungen/ Seminarreihen im Jahr 2009	Anzahl an Einheiten für Training von Multiplikatoren im Jahr 2009	Anzahl der zertifizierten Teilnehmer im Jahr 2009	Dokumentation ja/nein	Prozess-Evaluation ja/nein
K <sup>1</sup>	12- bis 21-jährige Jugendliche	Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Pädagogen	3	48	33	ja	ja
NÖ	Klienten von Bewährungshilfe und Justiz sowie von Delinquenz betroffene oder gefährdete Personen	Mitarbeiter der Bewährungshilfe	1	30	10	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche	Studenten der FH für Soziales und des Hochschullehrganges; Mitarbeiter von Jugendarbeit, Suchtberatung, JUWO und Streetwork; Landesjugendreferat, Jugendleiter	4	16	63	ja	ja
OÖ	12- bis 21-jährige Jugendliche	Trainer aus arbeitsmarktpolit. Kursen	1	24	16	ja	ja
S	12- bis 21-jährige Jugendliche (in Jugendzentren bzw. diversen sozialen Maßnahmen)	Mitarbeiter von OJA, Schulärzte, Ausbilder, Präventionsbeamte der Polizei, Raucherberater	5	80	90	ja	ja
St	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter von OJA, Jugendsozialarbeit bzw. -beratung, sozialpädagogische Betreuer	2	40	28	ja	ja
St	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter der Suchtprävention	1	18	13	ja	ja
T	12- bis 21-jährige Jugendliche	Berater, Sozialarbeiter	1	20	9	ja	ja
V	12- bis 21-jährige Jugendliche, Klienten von Suchtberatungsstellen und Arbeitsintegrationseinrichtungen	Mitarbeiter von OJA, Suchtberatungsstellen und Arbeitsintegrationseinrichtungen	1	24	7	ja	ja
W	12- bis 21-jährige Jugendliche	Mitarbeiter von OJA; Schlüsselpersonen in Schulen, Lehrlingsausbildung und Betrieben	7	176	124	ja	ja

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar

<sup>1</sup> Datenbasis 2010; aus Platzgründen in dieser Tabelle ausnahmsweise nur die maskuline Form

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprävention Salzburg; Fachstelle für Suchtprävention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt+co – Suchtprävention Jugendrotkreuz; SUPRO – Werkstatt für Suchtprophylaxe; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

## Regional eingesetzte bewährte und bereits seit längerem laufende Interventionen der regionalen Fachstellen für Suchtvorbeugung

Tabelle A33:

Ausgewählte suchtpreventive Interventionen für verschiedene Settings

Setting	Name des Projektes/ Programmes (Bundesland)	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (Multiplikatoren)	Kurzbeschreibung
Kindergarten	ENCARE Hilfe für Kinder in suchtblasteten Familien (St)	Kinder in suchtblasteten Familien	Pädagogen	In einer vierteiligen Seminarreihe sollen die Fähigkeiten vermittelt werden, mögliche Auswirkungen einer Suchterkrankung von Eltern auf ihre Kinder rechtzeitig zu erkennen und ihnen mit geeigneten Angeboten zu begegnen. Grundkenntnisse über pränatale Noxen, frühkindliche Bindungsdynamiken, systemische Beziehungen, Co-Abhängigkeit, die Rollenbilder nach Wegscheider, über ausweichendes Verhalten und früh einsetzenden Erstkonsum sollen dazu beitragen, eine hilfreiche suchtpreventive Haltung einnehmen zu können. Dabei wird unterschieden zwischen persönlichen Beziehungsangeboten, pädagogischen Gegenwelten und unterstützender Beratungsvermittlung.
Familie	Theaterstück <i>Echt ... nichts für schwache Nerven!</i> . (NÖ)	Eltern	Eltern	Das einstündige Impulstheater soll Eltern mit der Vielfältigkeit des Familienlebens konfrontieren. Eine offensichtlich „ganz normale Familie“ lebt ihren Alltag. Wertschätzung und lebendige Kommunikation sind dort so leicht zu finden wie die Nadel im Heuhaufen. Das Publikum kann reflektieren, sich distanzieren oder identifizieren. Ziel ist es, Eltern für die Auseinandersetzung mit dem Thema Erziehung – mit all seinen Facetten – zu motivieren. Darüber hinaus soll die Teilnahme an weiterführenden Veranstaltungen zu den Themen Erziehung und Suchtvorbeugung angeregt werden.
Hauptschule	<i>Just for mi</i> (K)	Schüler ab der 7. Schulstufe (13- bis 15-Jährige)	Pädagogen und Eltern	„Just for mi“ ist ein jahresbegleitendes Projekt zur Sucht- und Gewaltprävention. Basis ist eine suchtpreventive Schulung der Pädagoginnen und Pädagogen, die Bildung einer schulinternen Arbeitsgruppe, die Durchführung von Elternabenden und weiterführenden Elternworkshops. In Form von fächerübergreifendem Projektunterricht werden in 36 UE Schwerpunktthemen rund um das Thema Sucht bearbeitet.
Schule	<i>Expertengestützte schulische Sucht- information</i> (T)	Schüler der 8. Schulstufe	Suchtberater, Schulärzte, Präventionsbeamte der Polizei	Externe Fachleute aus dem Feld der Suchtarbeit (Suchtprevention, Medizin, Polizei, Suchtberatung) können eine sinnvolle Ergänzung zur Unterrichtsarbeit von Lehrer/innen sein. Diese müssen jedoch eine gute pädagogische Vorbereitung sowie eine einfache, aber systematische Dokumentation übernehmen. In ein- bis zweistündigen Einsätzen, bei denen es um basale Suchtinformation und nicht um weiterreichende Suchtprevention geht, werden einheitliche Foliensätze und Materialien verwendet (Info-Flyer für Jugendliche, Plakat). Pro Jahr finden ca. 200 Klasseneinsätze statt, bei denen ca. 5.000 Schüler erreicht werden.

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Tabelle A33

Setting	Name des Projektes/ Programmes (Bundesland)	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (Multiplikatoren)	Kurzbeschreibung
Schule	<i>Clever &amp; Cool</i> (OÖ)	14- bis 15-jährige Schüler	Pädagogen und Eltern	In einem einjährigen Schulprojekt, das aus elf Modulen (insgesamt 33 UE) für Schüler, Fortbildung für Pädagogen sowie einem Elternvortrag bzw. -workshop besteht, werden Basiswissen zu Sucht und Suchtentstehung vermittelt. Die Jugendlichen sollen auch sich selbst und andere besser kennen, Probleme und Konflikte besser lösen und mit Stress und Aggression sinnvoll umgehen lernen. Gefühle ernst nehmen, sich behaupten und das eigene Konsumverhalten reflektieren sind weitere Inhalte.
Schule	<i>GrenzGang</i> (W)	14- bis 19-jährige Schüler	Pädagogen, Eltern, Trainer	Im Rahmen einer suchtpreventiven Projektwoche für Schulklassen wird mit Hilfe von erlebnispädagogischen Methoden die Wahrnehmung und Reflexion der eigenen Grenzen sowie die Auseinandersetzung mit Risikoverhalten angeregt.
Schulen	Klartext: Sucht (V)	Schüler ab der 7. Schulstufe (12- bis 19-Jährige)	Pädagogen, Eltern	Das Projekt besteht aus einer Fortbildung für Pädagogen, einem obligatorischen Elternabend und einem Workshop mit der Schulklasse. In der ganztägigen Fortbildung (8 UE) werden Informationen, Unterrichtsmaterialien und Methodenvorschläge zu den Themen Sucht, Alkohol, Nikotin und Neue Medien vermittelt. Die Umsetzung in der Klasse erfolgt dann durch die geschulten Pädagogen in mehreren UE, wobei ein praktischer Bezug zu den Lebenswelten der Schüler hergestellt wird. Der Elternabend wird von der SUPRO durchgeführt und bezieht die Eltern als unmittelbare Bezugspersonen der Jugendlichen mit ein. Mit einem Workshop mit der Schulklasse (ebenfalls durchgeführt von der SUPRO) wird ein Thema abgeschlossen.
AMS - Berufsorientierungskurse	<i>Wie ich bin</i> (B)	Jugendliche und junge Erwachsene	Trainer	Dieses Projekt eröffnet Jugendlichen die Möglichkeit, eigene Ressourcen zu entdecken und Fähigkeiten zu entwickeln, um in schwierigen Lebensphasen bestehen zu können. Die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Konsumverhalten und das Erarbeiten von alternativen Problemlösungsstrategien stehen im Mittelpunkt des Projekts.
Jugendzentren und Vereine	<i>AngeRAUSCHt - Rausch, Risiko &amp; Jugendschutz</i> (S)	14- bis 17-jährige Jugendliche	Mitarbeiter der Jugendarbeit	Der zwei- bis dreistündige Workshop für Jugendliche (Gruppengröße 8 bis 25 TN) vermittelt die Inhalte: Alkohol/Genußkonsum, Rausch/Rauscherfahrungen, Erwerb von Risikobewusstsein/Risikokompetenz, Jugendschutz/-gesetze. Nach Vorbereitung mit dem jeweiligen Jugendleiter erfolgt die Durchführung durch Mitarbeiter der Fachstelle gemeinsam mit ausgebildeten Präventionsbeamten der Polizei. Integriert im Workshop sind Methoden, Rauscherfahrungen selbst zu reflektieren und Risiko auszuprobieren (z. B. Rauschbrillen, Risikoline). Ein Follow-up-Workshop für die Mitarbeiter der Jugendarbeit ist bei Bedarf möglich.

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich, S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht verfügbar, VS = Volksschulen  
 Anmerkung: Es wurden Projekte/Programme ausgewählt, die den Kriterien dieses Berichtes entsprechen (vgl. Kap. 3), bereits mehr als ein Jahr laufen und als Beispiel für verschiedene Settings dienen können; aus Platzgründen in dieser Tabelle ausnahmsweise nur die maskuline Form.

Quellen: Akzente Fachstelle Suchtprevention Salzburg; Fachstelle für Suchtprevention Burgenland; Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID - Fachstelle für Suchtprevention Steiermark; Institut Suchtprevention (OÖ); kontakt+co - Suchtprevention Jugendrotkreuz (Tirol); SUPRO - Werkstatt für Suchtprophylaxe (Vorarlberg); ISP Wien; Landesstelle für Suchtprevention Kärnten; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

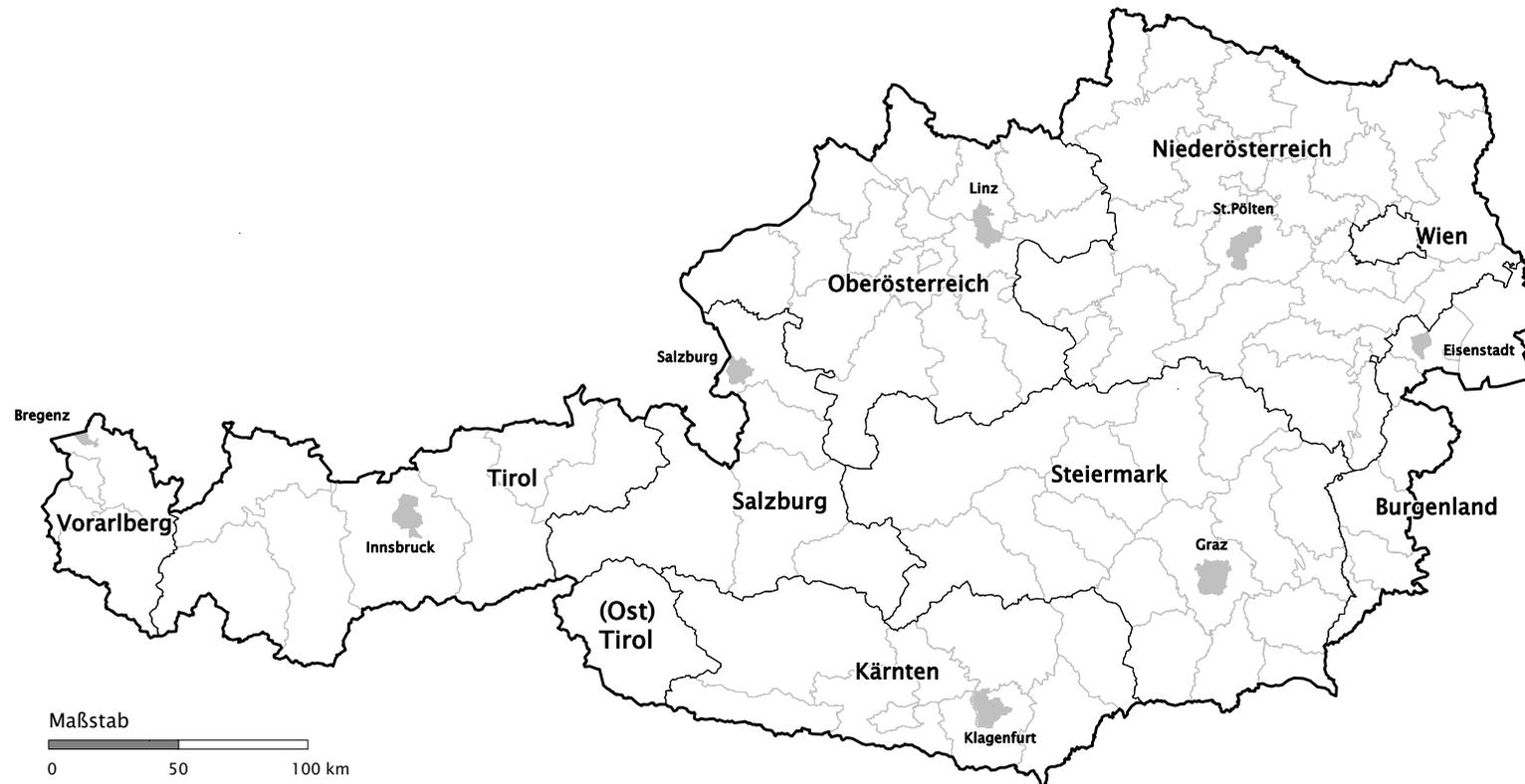
Tabelle A34:

Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2009 nach fünfjährigen Altersgruppen  
und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis 4 Jahre	202.000	192.503	394.503
5 bis 9 Jahre	208.866	197.985	406.851
10 bis 14 Jahre	230.922	220.159	451.081
15 bis 19 Jahre	257.224	244.423	501.647
20 bis 24 Jahre	263.097	257.367	520.464
25 bis 29 Jahre	278.069	275.625	553.694
30 bis 34 Jahre	266.591	265.745	532.336
35 bis 39 Jahre	305.885	308.814	614.699
40 bis 44 Jahre	359.704	351.468	711.172
45 bis 49 Jahre	348.545	341.749	690.294
50 bis 54 Jahre	289.488	293.105	582.593
55 bis 59 Jahre	240.480	250.209	490.689
60 bis 64 Jahre	216.614	232.230	448.844
65 bis 69 Jahre	223.390	251.459	474.849
70 bis 74 Jahre	145.726	176.045	321.771
75 bis 79 Jahre	113.765	158.684	272.449
80 bis 84 Jahre	76.781	140.675	217.456
85 Jahre und älter	45.719	131.929	177.648
<b>Gesamt</b>	<b>4.072.866</b>	<b>4.290.174</b>	<b>8.363.040</b>
0 bis 14 Jahre	641.788	610.647	1.252.435
15 bis 29 Jahre	798.390	777.415	1.575.805
30 bis 44 Jahre	932.180	926.027	1.858.207
45 bis 59 Jahre	878.513	885.063	1.763.576
60 bis 74 Jahre	585.730	659.734	1.245.464
75 Jahre und älter	236.265	431.288	667.553
<b>Gesamt</b>	<b>4.072.866</b>	<b>4.290.174</b>	<b>8.363.040</b>

Quelle: Statistik Austria; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen und Darstellung

Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Quelle: GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

# Anhang B

---

## Abkürzungsverzeichnis



Abb.	Abbildung
Abs	Absatz
AHS	Allgemeinbildende höhere Schule
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus Wien
AMS	Arbeitsmarktservice
APA	Austria Presse Agentur
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
ATHIS	Gesundheitsbefragung Österreich (Austrian Health Interview Survey)
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BGBI	Bundesgesetzblatt
BHS	Berufsbildende höhere Schule
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMeiA	Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMI/.BK	Bundesministerium für Inneres / Bundeskriminalamt
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMLVS	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BMWF	Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung
BMWFJ	Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend
BQLL	Bundesqualitätsleitlinie
BQRL	Bundesqualitätsrichtlinie
COFOG	Classification of Functions of Government
CRC	Capture–Recapture(–Verfahren)
DB	Drogenbeauftragte bzw. –beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. –koordinator
DLD	Diagnosen- und Leistungsdokumentation der österreichischen Krankenanstalten
DOKLI	Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DTA	Drogentherapeutische Anlaufstelle
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action

ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG
GÖG/FGÖ	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich FGÖ
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children (WHO-Studie)
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVc-Ab	Hepatitis B core antibody (= HBc-AK)
HBVs-Ab	Hepatitis B surface antibody (= HBs-AK)
HCV	Hepatitis-C-Virus
HCV-Ab	HCV-Antikörper
HCV-RNA	RNA (Ribonukleinsäure) des Hepatitis C Virus
HIV	Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	International Classification of Diseases and Related Health Problems
IFES	Institut für empirische Sozialforschung
ISD	Institut für Suchtdiagnostik
ISP	Institut für Suchtprävention
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
Kap.	Kapitel
KIJA	Kinder- und Jugendanwaltschaft
LSD	Lysergsäurediethylamid
MA	Magistratsabteilung
MDA	3,4-Methylendioxyamphetamin
MDE	3,4-Methylendioxy-N-ethylamphetamin
MDMA	3,4-Methylenedioxy-N-Methylamphetamin
MUMOK	Museum Moderner Kunst Stiftung Ludwig
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
ÖAKDA	Österreichischer Arbeitskreis für kommunikative Drogenarbeit
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
ÖVDF	Österreichischer Verein der Drogenfachleute
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
p. M.	persönliche Mitteilung
PMA	Paramethoxyamphetamin

PSD	Psychosozialer Dienst
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
SAM	sozial, sicher, aktiv, mobil (Sozialarbeitseinrichtung in Wien)
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator
SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
Tab.	Tabelle
Tbc	Tuberkulose
UN	United Nations
VGKK	Vorarlberger Gebietskrankenkasse
Vgl.	vergleiche
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WBB	Wiener BerufsBörse
WHO	World Health Organisation



# Anhang C

---

Standard Tables &  
Structured Questionnaires



## **Verzeichnis der österreichischen Standard Tables des Jahres 2010 sowie der Structured Questionnaires**

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables und Structured Questionnaires, auch wenn ihr letztes Update länger zurückliegt. Sofern nicht anders angegeben, wurden sie im Berichtsjahr aktualisiert. Alle Standard Tables und Structured Questionnaires können Interessierten auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden (Monika Löbau, [monika.loebau@goeg.at](mailto:monika.loebau@goeg.at)).

- STANDARD TABLE 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE (letztes Update: 2009)
- STANDARD TABLE 02: Methodology and results of school surveys on drug use (letztes Update: 2009)
- STANDARD TABLE 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (DOKLI) (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (Substitutionsbehandlungen) (letztes Update 2008)
- STANDARD TABLE TDI: CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS STARTING TREATMENT FOR DRUGS BY TYPE OF TREATMENT (DOKLI)
- STANDARD TABLE TDI: CHARACTERISTICS OF INDIVIDUALS STARTING TREATMENT FOR DRUGS BY TYPE OF TREATMENT (Substitutionsbehandlungen)
- STANDARD TABLE 05: ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 06: EVOLUTION OF ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 07: NATIONAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE
- STANDARD TABLE 08: LOCAL PREVALENCE ESTIMATES ON PROBLEM DRUG USE
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Anton-Proksch-Institut: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Kurzzeittherapiestation Lukasfeld: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Marienambulanz Graz: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Verein Wiener Sozialprojekte – Ganslwirt: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Drogenambulanz, AKH Wien, HCV, HIV) (letztes Update: 2008)
- STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Suchtgiftbezogene Todesfälle HCV, HIV) (letztes Update: 2008)

STANDARD TABLE 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (DOKLI: HBV, HCV, HIV)

STANDARD TABLE 10: SYRINGE AVAILABILITY

STANDARD TABLE 11: ARRESTS/REPORTS FOR DRUG LAW OFFENCES

STANDARD TABLE 12: DRUG USE AMONG PRISONERS

STANDARD TABLE 13: NUMBER AND QUANTITY OF SEIZURES OF ILLICIT DRUGS

STANDARD TABLE 14: PURITY AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS

STANDARD TABLE 15: COMPOSITION OF ILLICIT DRUG TABLETS

STANDARD TABLE 16: PRICE AT STREET LEVEL OF ILLICIT DRUGS

STANDARD TABLE 18: OVERALL MORTALITY AND CAUSES OF DEATHS AMONG COHORTS OF DRUG USERS RECRUITED IN TREATMENT

STANDARD TABLE 24: ACCESS TO TREATMENT (letztes Update: 2008)

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 22/25: UNIVERSAL PREVENTION

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 23/29: PREVENTION AND REDUCTION OF HEALTH-RELATED HARM ASSOCIATED WITH DRUG USE (letztes Update: 2008)

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 26: SELECTIVE PREVENTION

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 27: Part 1: TREATMENT PROGRAMMES (letztes Update: 2008), Part 2: QUALITY ASSURANCE TREATMENT (letztes Update: 2008)

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 28: SOCIAL REINTEGRATION AND REDUCTION OF SOCIAL INCLUSION OF DRUG USERS

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 31: TREATMENT AS AN ALTERNATIVE TO IMPRISONMENT APPLICABLE FOR DRUG USING OFFENDERS IN THE EUROPEAN UNION (letztes Update: 2006)

STRUCTURED QUESTIONNAIRE 32: POLICY AND INSTITUTIONAL FRAMEWORK (letztes Update: 2006)







Gesundheit Österreich  
GmbH ● ● ●