

**GESUNDHEIT ÖSTERREICH GMBH
GESCHÄFTSBEREICH ÖBIG**



Bericht zur Drogensituation 2008

**IM AUFTRAG DER EUROPÄISCHEN BEOBACHTUNGSSTELLE
FÜR DROGEN UND DROGENSUCHT UND DES
BUNDESMINISTERIUMS FÜR GESUNDHEIT, FAMILIE UND JUGEND**

Gesundheit Österreich GmbH
Geschäftsbereich ÖBIG



Bericht zur Drogensituation 2008

Sabine Haas
Martin Busch
Ilonka Horvath
Elisabeth Türscherl
Marion Weigl
Charlotte Wirl

Wien, Oktober 2008

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

ISBN 3-85159-115-1

Gesundheit Österreich GmbH (Geschäftsbereich ÖBIG), A-1010 Wien, Stubenring 6,
Telefon +43 1 515 61-0, Fax +43 1 513 84 72, E-Mail: nachname@oebig.at

Der Umwelt zuliebe: Dieser Bericht ist auf chlorfrei gebleichtem Papier ohne technische 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 2007/08. Ergänzend werden jährlich wechselnde Schwerpunkte behandelt, wobei dieses Jahr das Thema „Verurteilungsstatistik“ gewählt wurde.

Zusammenfassung und Diskussion der wichtigsten Trends

Im Berichtszeitraum wurde das Suchtmittelgesetz (SMG) novelliert mit dem Ziel, den „Rahmenbeschluss zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels“ des Rates der EU in österreichisches Recht umzusetzen, die Anwendung der Bestimmungen des SMG zu verbessern und zu vereinfachen sowie das SMG an die neue Strafprozessordnung (StPO) anzupassen. Die SMG-Novelle 2007 befasst sich daher vorrangig mit – im Verantwortungsbereich des Justizministeriums liegenden – geänderten Strafbestimmungen und trat am 1. Jänner 2008 parallel zur StPO-Novelle in Kraft. Der Stellenwert von Maßnahmen der Diversion (Alternativen zur Strafverfolgung und Modell „Therapie statt Strafe“) wurde durch einen weiteren Ausbau bzw. eine noch bessere Verankerung (zwingende statt fakultative Regelungen) weiter gestärkt. Die den Vollzugsbereich des BMGFJ betreffenden Bestimmungen (v. a. Verkehr und Gebarung mit Suchtmitteln und Droгенаusgangsstoffen sowie Suchtmittel-Datenevidenz) wurden abgekoppelt und gesondert Anfang Juli 2008 im Nationalrat beschlossen; sie werden im Rahmen einer weiteren SMG-Novelle voraussichtlich im Herbst 2008 in Kraft treten.

Der politischen Schwerpunktsetzung entsprechend, konzentrieren sich allgemeine Suchtpräventionsmaßnahmen auf die legalen Drogen Alkohol und Nikotin. Zunehmend werden im Bereich der illegalen Drogen Aktivitäten gesetzt, die sowohl Elemente der allgemeinen und selektiven Prävention als auch der Früherkennung und Frühintervention miteinbeziehen bzw. eine stärkere Vernetzung mit anderen gesellschaftlichen Bereichen suchen. Im Bereich der Drogenhilfe gibt es ebenfalls eine laufende Weiterentwicklung, wobei versucht wird, das Beratungs-, Betreuungs- und Behandlungsangebot spezifischer auf die Zielgruppen auszurichten bzw. neue Zielgruppen zu erreichen. Ein Beispiel dafür sind – in Behandlungs- und Betreuungseinrichtungen wie im niederschweligen Bereich – Aktivitäten und Angebote, die sich insbesondere an riskant konsumierende Jugendliche richten. Aber auch hier werden immer öfter Probleme mit legalen Substanzen behandelt.

Es liegt eine Reihe von aktuellen Daten zur Einschätzung der Drogensituation vor. Die verfügbaren Surveys bestätigen die bereits aus den letzten Jahren bekannten Konsumraten. Rund ein Fünftel der Bevölkerung hat bereits einmal Cannabis konsumiert, mit Spitzenwerten von bis zu vierzig Prozent bei den jungen Erwachsenen. Für alle anderen Substanzen sind die Werte deutlich geringer und liegen meist bei maximal zwei (Heroin) bis vier Prozent (Ecstasy, Amphetamine, Kokain) für die Gesamtbevölkerung. Zudem sind die Raten für den aktuellen Konsum (die letzten zwölf Monate) nochmals deutlich geringer – dies belegt, dass

der Konsum von illegalen Substanzen meist auf Probiererfahrungen und eine begrenzte Lebensphase beschränkt ist. Aus der Partyszene liegen Berichte vor, dass als Ecstasy verkaufte Tabletten öfter als in den letzten Jahren (auch) andere Inhaltsstoffen (z. B. mCPP) enthalten, welche gesundheitlich besonders bedenklich sind. Auch als „Speed“ verkaufte Drogen enthalten nur zu einem Fünftel ausschließlich Amphetamin.

Aktualisierte Prävalenzschätzungen, die Entwicklung der suchtgiftbezogenen Todesfälle und Daten aus dem Bereich der Drogenhilfe erlauben eine Einschätzung des problematischen Konsums illegaler Drogen. Eine Analyse der Prävalenzschätzungen in Österreich seit dem Jahr 2001 lässt darauf schließen, dass der problematische Drogenkonsum bis 2004 stark angestiegen ist, seither jedoch stabil bleibt bzw. leicht zurückgeht. Besonders deutlich ist diese Entwicklung bei den jüngeren Altersgruppen zu beobachten. Die aktualisierte Prävalenzschätzung des problematischen – meist polytoxikomanen – Konsums mit Beteiligung von Opiaten weist für das Jahr 2007 rund 22.000 bis 33.000 betroffene Personen in Österreich aus. Eine weiteres Indiz in Richtung Stabilisierung bzw. Rückgang des problematischen Drogenkonsums stellt die Tatsache dar, dass 2007 die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle (2006: 197, 2007: 175) erstmals wieder gesunken ist und damit der bis 2006 beobachtete Anstieg unterbrochen wurde. Das Durchschnittsalter der verstorbenen Personen ist 2007 erstmals wieder gestiegen, nachdem es bis 2006 kontinuierlich gesunken war. Auch dies kann als Indiz dafür gewertet werden, dass in letzter Zeit weniger (junge) Personen in den problematischen Drogenkonsum eingestiegen sind. Da die Anzahl an suchtgiftbezogenen Todesfällen aus statistischer Sicht gering ist, werden erst die nächsten Jahre zeigen, ob es sich um einen rückläufigen Trend handelt.

Mit dem Klientenjahrgang 2007 liegen zum zweiten Mal Daten des österreichweiten Dokumentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe DOKLI vor. Generell entsprechen die für das Jahr 2007 erhobenen Daten jenen des Klientenjahrgangs 2006. Im Behandlungsbereich dominieren Opiate als vorrangige Problemdroge („Leitdroge“) stark, während Kokain nur eine untergeordnete Rolle spielt. Im Gegensatz zu manchen EU-Ländern stehen damit in Österreich die Opiate beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum im Vordergrund. Ein relativ großer Anteil an Personen gibt als Applikationsform von Heroin das Sniffen an. Mit steigendem Alter der Klientel geht das Sniffen zugunsten der intravenösen Applikation zurück. Vertiefende Analysen zeigen, dass es einem nicht unerheblichen Teil der Personen mit Leitdroge Heroin über mehrere Jahre gelingt, nicht auf den intravenösen Drogenkonsum umzusteigen. Schadensminimierende Angebote zur Verhinderung des Umstiegs auf die wesentlich riskantere intravenöse Applikationsform wären von großer Bedeutung.

Schwerpunkt „Verurteilungsstatistik“

Das seit 1998 geltende und zuletzt mit der Novelle 2007 novellierte Suchtmittelgesetz (SMG) bildet den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik. Das Gesetz differenziert vorrangig nach Menge und nicht nach Art des Suchtgifts, wobei ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung von Verstößen zur Verfügung steht. Sowohl die Anzahl der Anzeigen nach dem SMG als auch der Verurteilungen und der Alternativen zur Bestrafung ist bis 2005 stark gestiegen und seither aber rückläufig. Allerdings hat die Anzahl an Verurteilungen im Gegensatz zu den Alternativen zur Bestrafung von 2006 auf 2007 wieder leicht zugenommen. 67 Prozent aller Verurteilten (2006: 66 %) erhielten Freiheitsstrafen, wobei der An-

teil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 47 Prozent betrug (2006: 44 %) und damit im Vergleich zu den Vorjahren weiter leicht angestiegen ist. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, beträgt 3,4 Prozent.

Inhaltsverzeichnis

Kurzfassung	III
Einleitung	1
TEIL 1: Neue Entwicklungen und Trends	
1 Politischer und organisatorischer Rahmen	5
1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen	5
1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen	7
1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen	9
1.4 Sozialer und kultureller Kontext	10
2 Drogenkonsum in der Bevölkerung	12
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung	12
2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen.....	13
2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen	15
3 Prävention	17
3.1 Allgemeine Prävention	18
3.2 Selektive Prävention	21
3.3 Indizierte Prävention	23
4 Problematischer Drogenkonsum	24
4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen	24
4.2 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen	26
4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis anderer Datenquellen	33
5 Drogenbezogene Behandlungen	35
5.1 Behandlungssysteme	35
5.2 Abstinenzorientierte Behandlung	40
5.3 Medikamentengestützte Behandlung.....	42
6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	45
6.1 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität.....	45
6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten	47
6.3 Psychiatrische Komorbidität.....	49
6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen	50
7 Maßnahmen in Hinblick auf gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	52
7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen	52
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten	52
7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität	56
7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen	57

8 Soziale Zusammenhänge und Folgen	59
8.1 Soziale Problemlagen	59
8.2 Drogenbezogene Kriminalität.....	59
8.3 Drogenkonsum im Gefängnis.....	61
8.4 Soziale Kosten	62
9 Maßnahmen in Hinblick auf soziale Zusammenhänge und Folgen	63
9.1 Soziale (Re-)Integration	63
9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität.....	66
10 Drogenmärkte	68
10.1 Sicherstellungen.....	68
10.2 Reinheit und Preis.....	69
Teil 2: Schwerpunktthema	
11 Verurteilungsstatistik	73
11.1 Im Zusammenhang mit Drogendelikten bestehende juristische Möglichkeiten.....	73
11.2 Systeme der Datensammlung und deren Inhalte.....	75
11.3 Zur Verfügung stehende Ergebnisse	77
Quellenverzeichnis	83
Anhang	101

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabellen:

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Antikörper, Hepatitis C-RNA und HIV, 2007	48
Tabelle 10.1: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2007	70
Tabelle 11.1: Führerscheinentziehungen, Drogenanzeigen, 2003 bis 2007	77
Tabelle 11.2: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2007	79
Tabelle A1: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen in der Gesamtbevölkerung in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007	105
Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007	106
Tabelle A3: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1998–2007	107
Tabelle A4: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1998–2007	107
Tabelle A5: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1998–2007	107
Tabelle A6: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2007	108
Tabelle A7: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2007	109
Tabelle A8: Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1998–2007	109
Tabelle A9: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1998–2007	110
Tabelle A10: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1998–2007	110
Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1998–2007	110
Tabelle A12: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2007	111
Tabelle A13: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1998–2007	111
Tabelle A14: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2007	112
Tabelle A15: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2007	112
Tabelle A16: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998–2007	113
Tabelle A17: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1998–2007	113

Tabelle A18: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1998–2007	113
Tabelle A19: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy gekauften Proben in Prozent, 1999–2007	114
Tabelle A20: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2007	114
Tabelle A21: Anzahl der dem BMGFJ gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2007.....	115
Tabelle A22: Sprizentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2007.....	115
Tabelle A23: Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO), 2002–2006 in Prozent.....	116
Tabelle A24: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Geschlecht in Prozent	116
Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensunterhalt und Geschlecht in Prozent.....	117
Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Lebensmittelpunkt und Geschlecht in Prozent	117
Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent	118
Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent.....	119
Tabelle A29: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Alter in Prozent	120
Tabelle A30: Interventionen zur Suchtprävention in der Schule, 2007.....	121
Tabelle A31: Interventionen zur Suchtprävention in der frühen Kindheit, 2007.....	124
Tabelle A32: Interventionen zur Suchtprävention in Familien, 2007.....	125
Tabelle A33: Interventionen zur Suchtprävention in der außerschulischen Jugendarbeit, 2007	127
Tabelle A34: Interventionen zur Suchtprävention in der Gemeinde, 2007	129
Tabelle A35: Interventionen zur Suchtprävention im Betrieb, 2007.....	130
Tabelle A36: Sonstige Interventionen zur Suchtprävention, 2007	131
Tabelle A37: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2006 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht	132

Abbildungen:

Abbildung 1.1: Überblick über die organisatorische Struktur des Drogenbereichs in Österreich.....	8
Abbildung 1.2: Einstellung der Wiener Bevölkerung zu drogenpolitischen Maßnahmen von 1995 bis 2007 (Zustimmung zu Maßnahmen in Prozent).....	11
Abbildung 2.1: Lebenszeiterfahrungen der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen von 1993 bis 2007 (in Prozent).....	13
Abbildung 2.2: Lebenszeiterfahrungen mit illegalen Drogen bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in Österreich im Zeitvergleich 2003 und 2007 (in Prozent)	14

Abbildung 4.1:	Ergebnisse der Prävalenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten (geschätzte Anzahl der Personen) mittels 2-Sample-CRC-Methode, altersstratifiziert, 2001–2007	25
Abbildung 4.2:	Anzahl der Personen, die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	27
Abbildung 4.3:	Anteil der Frauen an den Personen, die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung	28
Abbildung 4.4:	Personen, die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung	29
Abbildung 4.5:	Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2007 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht	29
Abbildung 4.6:	Zeitspanne zwischen Alter beim ersten Heroinkonsum und Alter beim ersten intravenösen Konsum bei Personen mit Leitdroge Heroin, die eine längerfristige ambulante Betreuung beginnen (n = 785)	30
Abbildung 4.7:	Intravenöser Drogenkonsum der Klientel mit Leitdroge Heroin, nach Alter und Geschlecht bei längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen	31
Abbildung 4.8:	Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1998–2007	32
Abbildung 4.9:	Lebenszeitbezogen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1998–2007	33
Abbildung 5.1:	Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1999–2007	43
Abbildung 6.1:	Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1998–2007	46
Abbildung 6.2:	Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, 1998–2007	46
Abbildung 7.1:	Spritzentausch und -verkauf in Österreich, 2003, 2005 und 2007	53
Abbildung 8.1:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1998–2007	60
Abbildung 8.2:	Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1998–2007	61
Abbildung 10.1:	Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1998–2007	68
Abbildung 11.1:	Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 des Suchtmittelgesetzes (SMG) in Österreich, 1998 bis 2007	78
Abbildung 11.2:	Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998 bis 2007	80
Abbildung 11.3:	Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998–2007	80

Karten:

Karte 5.1:	Spezialisierte Einrichtungen zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken	37
Karte 5.2:	Spezialisierte Angebote zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken	38
Karte A1:	Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken	133

Einleitung

Der an der GÖG/ÖBIG eingerichtete REITOX Focal Point legt hiermit zum 13. 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 (zuletzt: EBDD 2007) dar.

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 (zuletzt: GÖG/ÖBIG 2007b) auf und bezieht sich auf den Berichtszeitraum Sommer 2007 bis Sommer 2008 bzw. hinsichtlich der Routinestatistiken auf das Jahr 2007. Im zweiten Teil werden ausgewählte Schwerpunktthemen ausführlicher behandelt. Im vorliegenden Bericht ist dies das Thema „Verurteilungsstatistik“. 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. Suchtkoordinationen übermittelten Berichte zu den einzelnen Bundesländern. Einzelne Fachleute haben darüber hinaus vertiefende Informationen und spezifische Daten zu einzelnen Teilen des Berichts geliefert (vgl. dazu auch das Schwerpunktkapitel). Wir möchten uns bei allen dafür herzlich bedanken.

Besonderer Dank gilt den Mitgliedern der beratenden Arbeitsgruppe des REITOX Focal Point Österreich, Michael Dressel (Wiener Drogenkoordinator und Vertreter der Länder), Irmgard Eisenbach-Stangl (Mitglied des wissenschaftlichen Komitees der EBDD), Ursula Hörhan (Suchtkoordinatorin von NÖ) und Thomas Neubacher (Drogenkoordinator des Landes Vorarlberg; beide als Vertreter der Länder), Franz Pietsch (Bundesdrogenkoordinator und Vorsitzender der Bundesdrogenkoordination), Robert Scharinger (BMGFJ) und Johanna Schopper (Leiterin der Abteilung Drogen und Suchtmittel im BMGFJ), 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), das seit Jänner 2008 in novellierter Form gültig ist. 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. Die Finanzierung drogenpolitischer Maßnahmen wird vor allem von den Ländern, den Sozialversicherungen und dem Bund getragen. Die drogenpolitischen Positionen der politischen Parteien differieren, Konsens gibt es aber bezüglich des Prinzips „Therapie statt Strafe“, das auch in der Bevölkerung breite Unterstützung findet.

1.1 Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Berichtszeitraum wurde das Suchtmittelgesetz (SMG) novelliert. Hauptzielsetzungen waren die Umsetzung des „Rahmenbeschlusses zur Festlegung von Mindestvorschriften über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich des illegalen Drogenhandels“ (Rat der Europäischen Union 2003) in österreichisches Recht, die allgemeine Verbesserung und Vereinfachung der Anwendung der Bestimmungen des SMG sowie die Anpassung an die neue Strafprozessordnung (StPO). Die SMG-Novelle 2007 (BGBl I 2007/110) befasst sich daher vorrangig mit – im Verantwortungsbereich des Justizministeriums liegenden – geänderten Strafbestimmungen und trat am 1. Jänner 2008 parallel zur StPO-Novelle in Kraft. Die den Vollzugsbereich des BMGFJ betreffenden Bestimmungen (v. a. Verkehr und Gebarung mit Suchtmitteln und Drogenausgangsstoffen sowie Suchtmittel-Datenevidenz) wurden abgekoppelt und gesondert Anfang Juli 2008 im Nationalrat beschlossen und werden im Rahmen einer weiteren SMG-Novelle voraussichtlich im Herbst 2008 in Kraft treten.

Durch die am 1. Jänner 2008 in Kraft getretene SMG-Novelle 2007 wurden die Straftatbestände und Strafdrohungen an den EU-Rahmenbeschluss angepasst (zu den bisherigen Strafbestimmungen siehe auch Kap. 11):

- § 27 SMG inkludiert neben den bisherigen Tatbeständen Erwerb, Besitz, Erzeugen, Einfuhr, Ausfuhr, Überlassen, Verschaffen nunmehr auch Befördern und Anbieten von Suchtgiften. Eigens angeführt wird weiters der Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze sowie das Anbieten, Überlassen, Verschaffen sowie der Anbau von psilocybinhaltigen Pilzen. Die Strafdrohung wurde von sechs auf zwölf Monate Freiheitsstrafe erhöht. Ausgenommen davon ist die Begehung von Straftaten zum ausschließlich persönlichen Gebrauch, wo weiterhin eine Strafe von bis zu sechs Monaten vorgesehen ist.

- Die Strafverschärfungen (bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe) für den Fall, dass einem Minderjährigen der Gebrauch von Suchtgift ermöglicht wurde oder die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer kriminellen Vereinigung begangen wurde, blieb unverändert.
- § 28 SMG regelt nunmehr die „Vorbereitung von Suchtgifthandel“ und inkludiert neben den bisherigen Tatbeständen Erwerb und Besitz mittlerweile auch Befördern von Suchtgiften sowie den Anbau von Opiummohn, Kokastrauch und Cannabispflanze. Es ist ein Strafausmaß bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe (Absatz 1) vorgesehen. Strafverschärfungen gibt es für die Begehung der Tat in Bezug auf eine „große Menge“ (Absatz 2: bis 5 Jahre) oder als Mitglied einer kriminellen Vereinigung (Absatz 3: 1 Jahr bis 10 Jahre).
- § 28a SMG regelt den „Suchtgifthandel“ und sieht in Absatz 1 wie bisher ein Strafausmaß von bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe vor. Strafverschärfungen gibt es für die gewerbsmäßige Begehung in Kombination mit einer früheren Verurteilung, für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung oder in Bezug auf eine „große Menge“ (Absatz 2: 1 Jahr bis 10 Jahre) sowie für die Begehung als Mitglied einer kriminellen Vereinigung in Kombination mit einer früheren Verurteilung oder in Bezug auf eine besonders große Suchtgiftmenge (Absatz 4: 1 Jahr bis 15 Jahre) und für die Anführer von Großbanden (Absatz 5: 10 bis 20 Jahre).
- Die „große Menge“ wird nunmehr als eine das 15-Fache der Grenzmenge übersteigende Menge definiert.
- Für Straftäter, die selbst an ein Suchtmittel gewöhnt sind (= „Abhängige“), gilt außer in den schwersten Fällen ein geringeres Strafausmaß: bis zu einem Jahr statt bis zu drei Jahren bei den strafverschärften Delikten nach § 27 und den Delikten nach § 28 (1); bis zu drei statt bis zu fünf Jahren für Delikte nach § 28 (2) und § 28a (1); bis zu fünf statt bis zu zehn Jahren für Delikte nach § 28 (3) und § 28a (2) SMG.

Weiters beinhaltet die SMG-Novelle 2007 analoge Anpassungen der Strafbestimmungen für psychotrope Stoffe sowie Erweiterungen bei den Drogenausgangsstoffen. Der bereits bei seiner Einführung im Jahr 1998 umstrittene § 29 SMG („öffentliche Propaganda für Suchtgiftmisbrauch“) wurde ersatzlos gestrichen.

Der Stellenwert von Maßnahmen der Diversion (Alternativen zur Strafverfolgung und Modell „Therapie statt Strafe“) wurde durch einen weiteren Ausbau bzw. eine noch bessere Verankerung (zwingende statt fakultative Regelungen) weiter gestärkt:

- §§ 35 bis 37 regeln weiterhin die Möglichkeit des Rücktritts von der Verfolgung durch die Staatsanwaltschaft bzw. der Einstellung des Verfahrens durch das Gericht. Der zwingende Rücktritt gilt bei Delikten nach §§ 27 Abs 1 und 2 oder 30 nicht nur bei Begehung für den eigenen persönlichen Gebrauch sondern auch für den persönlichen Gebrauch eines anderen. Die Probezeit der vorläufigen Zurücklegung kann ein Jahr bis zwei Jahre betragen (bisher: zwei Jahre). Der bisher nur fakultative Rücktritt bei anderen Delikten nach §§ 27 oder 30 bzw. nicht schweren Beschaffungsdelikten wurde in einen zwingenden Rücktritt bei einer Reihe von SMG-Delikten (§§ 27 oder 30 bis 31a sowie §§ 28 oder 28a, sofern eine Gewöhnung an Suchtmittel besteht) sowie bei Beschaffungskriminalität umgewandelt, sofern die Straftat nicht in die Zuständigkeit eines Schöffengerichts fällt, die Schuld nicht als schwer anzusehen ist und der Rücktritt nicht weniger als eine Verurtei-

lung geeignet scheint, weitere Straftaten des Beschuldigten zu verhindern („Spezialprävention“). Die Möglichkeit des Absehens von der Einholung einer Stellungnahme der Bezirksverwaltungsbehörde als Gesundheitsbehörde über die Notwendigkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen durch die Staatsanwaltschaft wurde stark erweitert und bezieht sich nunmehr neben Tatbegehungen in Bezug auf Cannabis auch auf solche betreffend psychotrope Stoffe und Pilze, wenn die Tat für den eigenen persönlichen Gebrauch oder für den persönlichen Gebrauch eines anderen begangen worden ist (§ 35 Abs 4 SMG).

- Der in § 39 geregelte Aufschub des Strafvollzugs für suchtgiftabhängige Verurteilte zwecks Ermöglichung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme ist nunmehr zwingend vorgesehen bei Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren (bisher: zwei Jahre) – sowohl bei SMG-Delikten als auch bei Beschaffungskriminalität. Ausgenommen vom Aufschub sind Verurteilungen zu einer 18 Monate übersteigenden Freiheitsstrafe wegen Beschaffungsdelikten, wenn dies aufgrund der Gefährlichkeit des Täters geboten erscheint (insbesondere bei Gewaltdelikten). Entgegen der bisherigen Regelung ist vor der Zustimmung des Verurteilten zu einer stationären Maßnahme vom Gericht nicht mehr zwingend ein Sachverständigengutachten einzuholen.

Eine ausführliche Darstellung der verfügbaren Daten bezüglich der Umsetzung der bis 31. 12. 2007 gültigen suchtmittelstrafrechtlichen Rahmenbedingungen in der Fassung vor der Novelle 2007 findet sich im Schwerpunktkapitel 11.

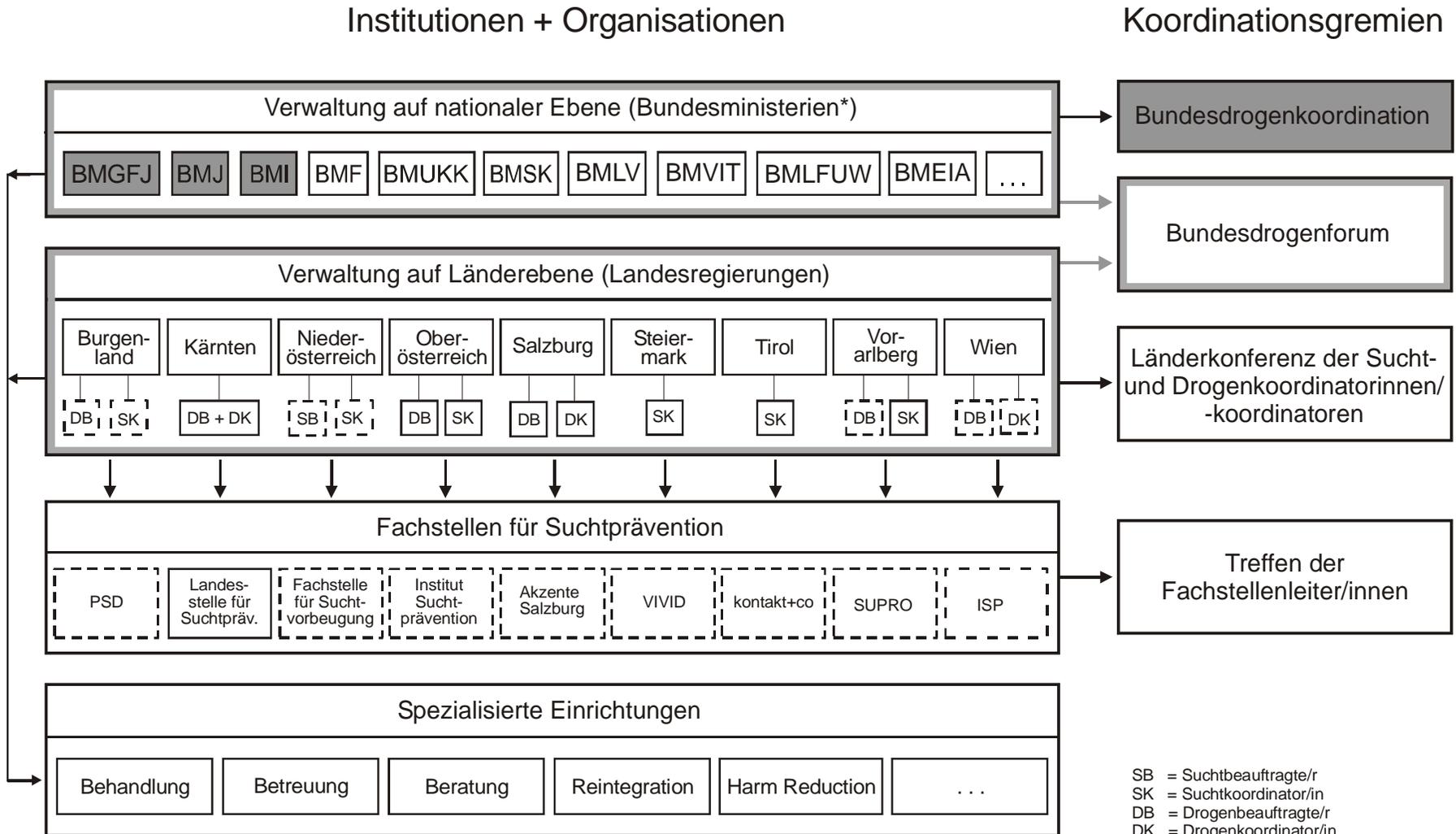
Bezüglich der mit März 2007 in Kraft getretenen geänderten rechtlichen Grundlagen im Bereich der Substitutionsbehandlung (vgl. GÖG/ÖBIG 2006 und 2007b) wurden im Frühjahr 2008 Aktivitäten zur Bestandsaufnahme und Beurteilung der Auswirkungen gesetzt. Darauf aufbauend sind Adaptierungen der rechtlichen Grundlagen geplant (vgl. Kap. 5.3).

1.2 Politische und administrative Rahmenbedingungen

Die politischen und administrativen Rahmenbedingungen wurden im Berichtszeitraum im Wesentlichen beibehalten (vgl. auch SQ32).

Das Bundesdrogenforum (vgl. Abb. 1.1) trat im Berichtszeitraum zweimal (November 2007, April 2008) regulär zusammen. Auf der Tagesordnung standen unter anderem die Evaluierung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung (vgl. Kap. 1.1 und 5.3), drogenrelevante rechtliche Fragen (vgl. Kap. 1.1), die Weiterentwicklung des Drogenmonitorings und internationale Kooperationen. Im März 2008 fand weiters eine außerordentliche Sitzung des Bundesdrogenforums zum Thema „Drogentote – Problematik der Obduktionsbefundungen“ (vgl. Kap. 7.1) statt. Weiters waren im Berichtszeitraum zwei vom Bundesdrogenforum eingerichtete Arbeitsgruppen tätig: Im Herbst 2007 nahm die Arbeitsgruppe zur Erarbeitung einheitlicher Richtlinien betreffend eine bundeseinheitliche Vollziehung des § 12 SMG ihre Arbeit auf (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Am 18. April fand die konstituierende Sitzung der Arbeitsgruppe zur Evaluierung der rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung statt.

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



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

* siehe Abkürzungsverzeichnis

SB = Suchtbeauftragte/r
 SK = Suchtkoordinator/in
 DB = Drogenbeauftragte/r
 DK = Drogenkoordinator/in
 — = innerhalb der Landesverwaltung
 - - = externe Institution bzw. Experten

Auf Bundesländerebene gab es im Berichtszeitraum ebenfalls nur wenige Veränderungen. In Salzburg wurde vom „Forum Suchtprävention“ eine Arbeitsgruppe „Schulische Suchtprävention“ eingerichtet mit der Aufgabe, die inhaltlichen und strukturellen Grundlagen der Suchtprävention in der Schule zu systematisieren. Einige der regionalen Koordinierungsgremien für Suchtprävention wurden im Zuge von Überlegungen zu einer Optimierung der Einbindung der Regionen neu strukturiert und in regionale Steuergremien umgewandelt. Diese Steuergremien sind auch für die thematische Schwerpunktsetzung im Rahmen der Suchtprävention zuständig.

In Niederösterreich wird derzeit versucht, in den Gemeinden Suchtmittelbeiräte zu installieren, um die Vernetzung und Zusammenarbeit im Suchtbereich auf Gemeindeebene zu verbessern. In Vorarlberg trat im Berichtszeitraum die Verordnung über die Gewährung von Integrationshilfe in Kraft. Diese definiert die Leistungen, für die Integrationshilfe gewährt wird, und legt die Voraussetzungen, Antrags- und Kontrollerfordernisse zur Gewährung der Integrationshilfe (Landes-Rechnungshof Vorarlberg 2007) fest. Schwerpunkte der drogenpolitischen Maßnahmen in allen Bundesländern lagen weiterhin zum einen auf der Umsetzung der regionalen drogen- bzw. suchtpolitischen Konzepte und zum anderen auf der Reaktion auf aktuelle Entwicklungen und Erfordernisse.

Im Frühjahr 2008 wurde eine Studie (Eisenbach-Stangl et al. 2008) publiziert, die sich mit der Entwicklung der Wiener Drogenpolitik im Zeitraum 1970 bis 2005 befasst und diese sowohl aus einer wissenschaftlichen als auch aus einer subjektiven Perspektive betrachtet [zwei Gruppen von Betroffenen: einerseits drogenpolitische Akteurinnen und Akteure (Entscheidungsträger, Fachleute) und andererseits drogenpolitische Adressatinnen und Adressaten (Konsumierende und deren Angehörige)]. Die Wiener Drogenpolitik wird als Erfolgsgeschichte einer regionalen Drogenpolitik in der Europäischen Union dargestellt. Über die Jahre ist eine thematische und organisatorische Zusammenfassung von drogenbezogenen Aktivitäten in bestehenden Politiksegmenten („Querschnittspolitik“) und die Professionalisierung der entsprechenden Dienste gelungen. Kritisch angemerkt wird, dass einige wesentliche Bereiche nicht eingebunden werden konnten. So wird beispielsweise ein Mangel von Abstimmung zwischen Polizeiaktivitäten und städtischer Drogenpolitik diagnostiziert. Als Stärke einer Drogenpolitik als Querschnittspolitik werden zielgerichtete Aktivitäten gegen drogenbezogene Probleme gesehen; dabei besteht aber die Gefahr, dass Armut, Arbeitslosigkeit oder mangelnde Bildung als Ursachen für Lebensstilprobleme zu wenig Beachtung finden (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2007b).

1.3 Budgets und Finanzierungsregelungen

Es gab im Berichtszeitraum keine wesentlichen Änderungen der Finanzierungsregelungen im Drogenbereich. Zu den Budgets liegen nur vereinzelte Informationen vor, die keinen umfassenden Überblick erlauben (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Eine Ausgabenschätzung für die vier wesentlichen Bereiche der Drogenpolitik in Oberösterreich für das Jahr 2005 wurde im Rahmen einer Diplomarbeit errechnet (Starzer 2008). Danach betragen die Ausgaben für die Gesetzesanwendung in OÖ (Polizei, Justiz und Zoll) mit 30.385.000 Euro ein Vielfaches der Aufwendungen für Beratungseinrichtungen (1.956.000 Euro), stationäre Behandlungen (4.115.000 Euro) und Suchtprävention (1.315.000 Euro – vgl. auch Kap. 8.4). In Vorarlberg

wurde im Rahmen der Verordnung über die Gewährung von Integrationshilfe 2007 (vgl. Kap. 1.2) ein Produktkatalog erarbeitet. Es ist geplant, Leistungen in Zukunft produktbezogen abzurechnen (Landes-Rechnungshof Vorarlberg 2007).

1.4 Sozialer und kultureller Kontext

Zu den drogenpolitischen Einstellungen der Bevölkerung liegen aktuelle Daten aus der Wiener Suchtmittelstudie¹ vor, die seit 1993 alle zwei Jahre durchgeführt wird und damit eine Analyse der längerfristigen Trends erlaubt (IFES 2008; vgl. auch Kap. 2.1). Die Ergebnisse zeigen weiterhin große Zustimmung zum Vorrang für gesundheitspolitische Maßnahmen (Therapiestationen) sowie eine Ablehnung einer weitgehenden Liberalisierung von Drogen.

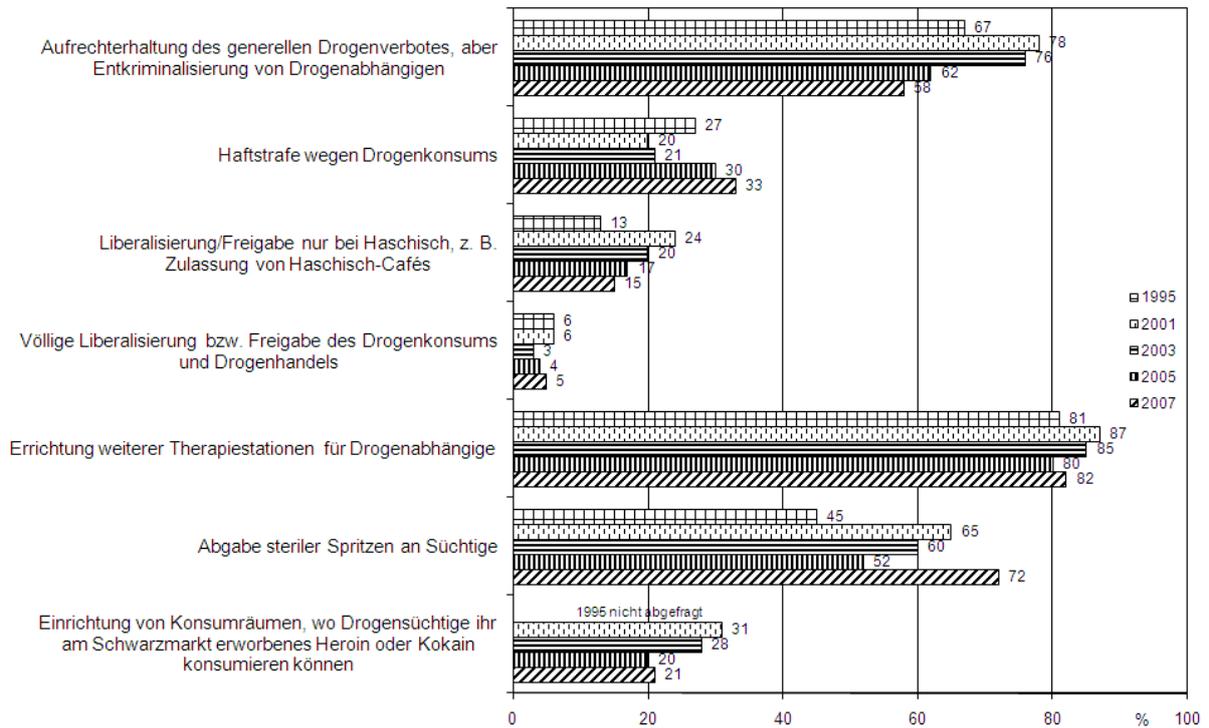
Im Vergleich über die Jahre bestätigt sich der bereits in den Vorjahren festgestellte Rückgang von liberalen Einstellungen (vgl. GÖG/ÖBIG 2006). So ist beispielsweise die Zustimmung zur „Liberalisierung/Freigabe nur bei Haschisch“, die in den Jahren 1995 bis 2001 stieg, weiter gesunken, während repressivere Positionen wie „Haftstrafe wegen Drogenkonsums“ steigende Akzeptanz findet. Eine Ausnahme bildet die „Abgabe steriler Spritzen an Süchtige“, wo die Zustimmung zuletzt wieder deutlich gestiegen ist (vgl. Abb. 1.2).

In der Wiener Suchtmittelstudie wurden auch die Reaktionen im Falle eines Drogenkonsums im engeren Freundeskreis erhoben. Die höchste Toleranzschwelle findet sich unverändert bei Hanfprodukten: Ein Drittel der Befragten würde Cannabiskonsum von Freundinnen oder Freunden grundsätzlich tolerieren, für ein Viertel wäre es ein Grund, die Beziehung zu beenden. Der Konsum von „harten“ Drogen (Opiate, Kokain etc.) wäre hingegen für rund sechzig Prozent ein Grund, die Beziehung zu beenden. Im langjährigen Vergleich wird bei fast allen Suchtmitteln eine abnehmende Toleranzschwelle festgestellt, wobei der Rückgang bei „harten“ Drogen besonders ausgeprägt ist.

Im Berichtszeitraum wurde keine massenmediale Kampagne zum Thema illegale Drogen durchgeführt.

¹ Die Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2008) wurde von Juli bis August 2007 bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von insgesamt 624 Personen im Alter ab 15 Jahren in Form von mündlichen Interviews durchgeführt (vgl. auch Kap. 2.1 und 2.2). Die Erhebung zu den drogenpolitischen Einstellungen findet im Auftrag der Wiener Drogenkoordination seit 1995 alle zwei Jahre mit vergleichbarer Methodik statt.

Abbildung 1.2: Einstellung der Wiener Bevölkerung zu drogenpolitischen Maßnahmen von 1995 bis 2007 (Zustimmung zu Maßnahmen in Prozent)²



Quelle: IFES 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

² Fragenformulierung: „Ich lese Ihnen einige mögliche Regelungen für den Suchtmittelbereich vor. Geben Sie bitte jeder dieser möglichen Regelungen eine Note, je nachdem für wie sinnvoll Sie die jeweilige Maßnahme halten. Note 1 bedeutet sehr sinnvoll, Note 5 gar nicht sinnvoll“; in der Grafik ist jener Prozentsatz an Personen angegeben, der entweder die Note 1 oder die Note 2 vergeben hat.

2 Drogenkonsum in der Bevölkerung

Konsumerfahrungen mit illegalen Drogen 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 weiters Konsumerfahrungen von rund zwei bis vier Prozent für Ecstasy, Kokain und Amphetamine und von rund ein bis maximal zwei Prozent für Opiate. 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. Aktuelle Ergebnisse von Repräsentativstudien weisen darauf hin, dass sich dies in generell höheren Prävalenzraten – vor allem bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen – niederschlägt.

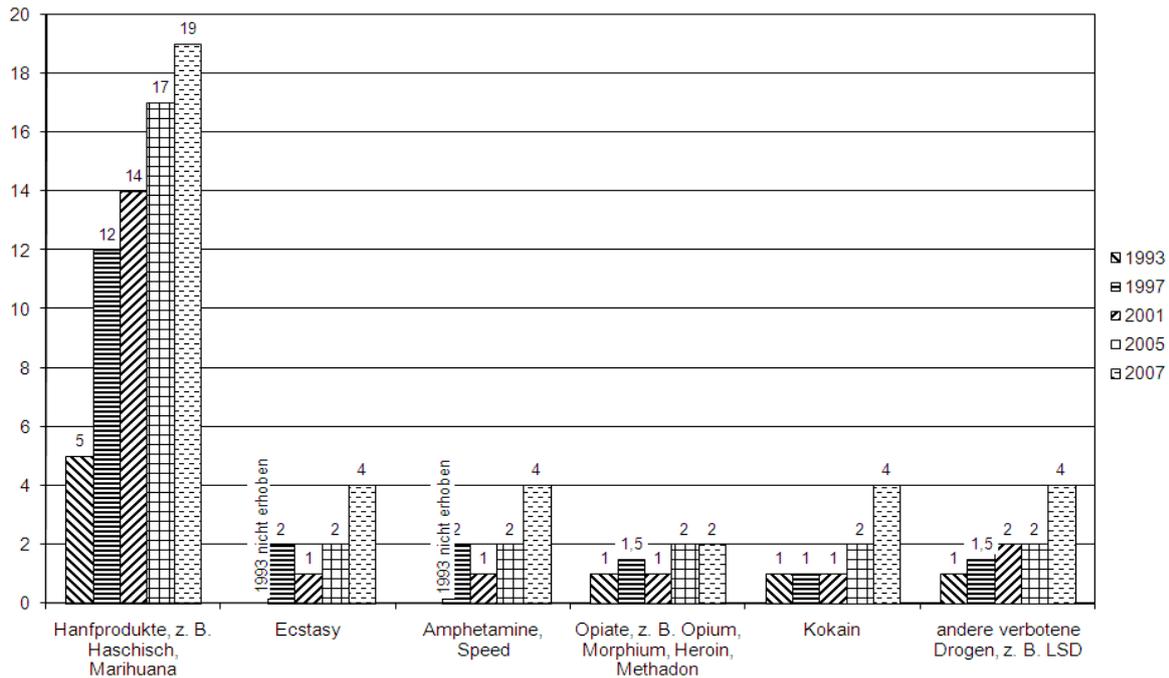
2.1 Drogenkonsum in der Allgemeinbevölkerung

Es liegen wieder aktuelle Daten aus der Wiener Suchtmittelstudie³ vor, die eine Analyse von längerfristigen Trends seit dem Jahr 1993 erlaubt (IFES 2008; vgl. auch Kap. 1.4 sowie Tab. A1 im Anhang A bzw. ST1).

Die Konsumerfahrungen sind im Vergleich zu den früheren Erhebungen gestiegen (vgl. Abb. 2.1). Bei Cannabis setzt sich der kontinuierliche Zuwachs fort. Bei den anderen Substanzen, die allerdings generell viel geringere Prävalenzraten aufweisen, gibt es – mit der Ausnahme der Opiate, die auf dem gleichen Wert wie 2005 liegen – ebenfalls einen Anstieg des berichteten Lebenszeitkonsums. Konsumerfahrungen finden sich generell häufiger in den jüngeren Altersgruppen. So werden Konsumerfahrungen mit Cannabis bei den unter 30-Jährigen von 34 Prozent und bei den 60- bis 75-Jährigen von sieben Prozent berichtet. Mit Ausnahme von Ecstasy (wo sich kein Geschlechtsunterschied findet) liegt die Lebenszeitprävalenz für alle Substanzen bei den Männern über jener der Frauen (z. B. Cannabis: 25 % zu 14 %). Ergänzend wurde auch der Konsum in den letzten dreißig Tagen erhoben – hier finden sich deutlich niedrigere Prävalenzraten (z. B. Cannabis 5 %) als für den Lebenszeitkonsum.

³ Die Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2008) wurde von Juli bis August 2007 bei einer repräsentativen Zufallsstichprobe von insgesamt 624 Personen im Alter ab 15 Jahren in Form von mündlichen Interviews durchgeführt (vgl. auch Kap. 2.1 und 2.2). Die Erhebung zu den Konsumerfahrungen findet im Auftrag der Wiener Drogenkoordination seit 1993 alle zwei Jahre mit vergleichbarer Methodik statt.

Abbildung 2.1: Lebenszeiterfahrungen der Wiener Bevölkerung mit illegalen Drogen von 1993 bis 2007 (in Prozent)



Quelle: IFES 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

2.2 Drogenkonsum bei Jugendlichen

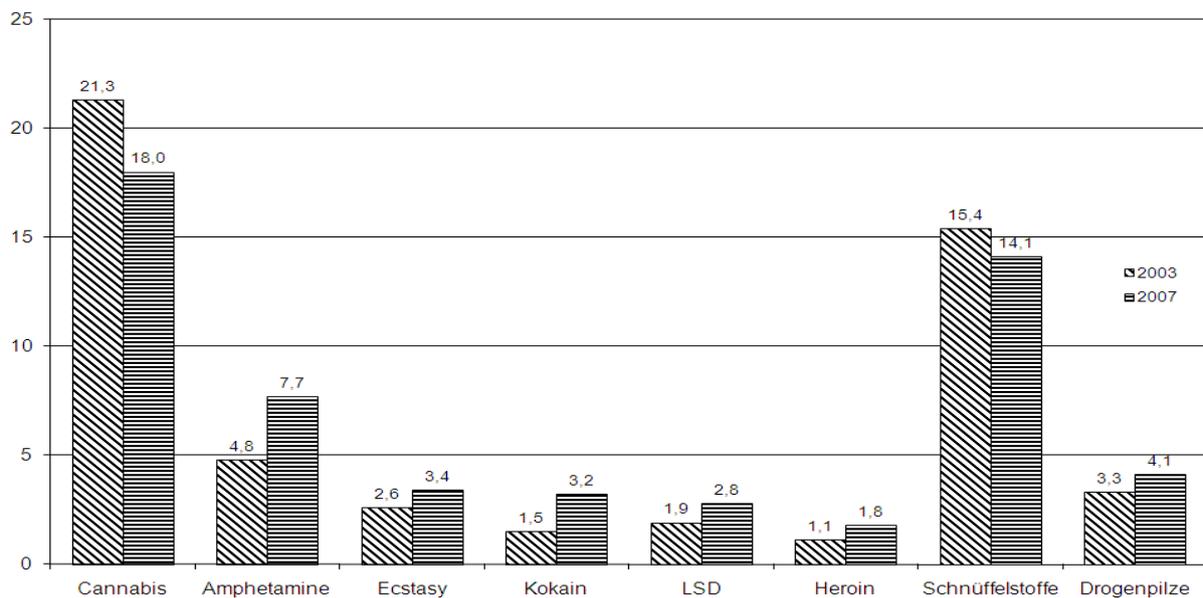
Im Jahr 2007 wurde in Österreich zum zweiten Mal eine Schulerhebung im Rahmen der ESPAD-Studie⁴ durchgeführt (vgl. ST2). Eine umfassende Analyse ist noch ausständig, erste Ergebnisse zu den Konsumerfahrungen liegen aber bereits vor (ESPAD-Austria 2007). Rund ein Viertel der Befragten hat bereits mindestens einmal im Leben eine illegale Substanz konsumiert, was in etwa dem Wert von 2003 entspricht. Die höchste Prävalenz aller illegalen Substanzen findet sich erwartungsgemäß wieder bei Cannabis (18,0 %), gefolgt von Amphetaminen/Aufputschmitteln (7,7 %), Ecstasy (3,4 %), Kokain (3,2 %) und LSD (2,8 %). Schnüffelstoffe (14,1 %) und „Drogenpilze“ (4,1 %) spielen bei den Schülerinnen und Schülern ebenfalls eine gewisse Rolle. Für alle erfassten Substanzen finden sich bei Burschen höhere Prävalenzraten als bei Mädchen. Im Vergleich zu 2003 ist die Lebenszeitprävalenz von Cannabis und Schnüffelstoffen etwas gesunken, während bei allen anderen Substanzen ein (leichter) Anstieg zu verzeichnen ist (vgl. Abb. 2.2). Generell müssen die Ergebnisse mit Vorsicht betrachtet werden. So erscheinen beispielsweise die angegebenen Lebenszeiterfahrungen mit Crack und GHB (je 2,3 %) überraschend hoch (vgl. Tab. A2 im Anhang A). Es

⁴ Österreich war 2007 (ESPAD-Austria 2007) – nach 2003 (vgl. Uhl et al. 2005b) – zum zweiten Mal an der europäischen ESPAD-Studie (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) beteiligt. Es wurden dabei im Jahr 2007 in insgesamt 277 Schulklassen 5.959 Schülerinnen und Schüler der 9. und 10. Schulstufe mit Fragebögen zu ihren Konsumerfahrungen befragt. Die präsentierten Ergebnisse beziehen sich auf 4.574 befragte Schülerinnen und Schüler in der Altersgruppe 15 bis 16 Jahre. Die österreichische ESPAD-Studie wurde vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend finanziert.

stellt sich unter anderem die Frage, wieweit die Jugendlichen verlässlich zwischen verschiedenen Substanzen unterscheiden können.

Für Cannabis, Ecstasy und Schnüffelstoffe wurden auch die – deutlich niedrigeren – Konsumraten für die letzten zwölf Monate und die letzten dreißig Tage erfasst (Cannabis: 14,2 % 12-Monats- und 6,7 % 30-Tage-Prävalenz; Ecstasy: 2,5 % bzw. 1,4 %; Schnüffelstoffe: 6,8 % sowie 3,2 %). Dies deutet darauf hin, dass es sich – wie im jugendlichen Alter erwartbar – in erster Linie um ein Experimentieren mit (illegalen) psychoaktiven Substanzen handelt und nicht um regelmäßigen Konsum. Dies bestätigt auch die detailliertere Analyse, die zeigt, dass unter den konsumierenden Jugendlichen der Anteil jener mit ein- bis zweimaligem Konsum am höchsten ist, häufigerer Konsum der jeweiligen Substanz hingegen selten.

Abbildung 2.2: Lebenszeiterfahrungen mit illegalen Drogen bei 15- bis 16-jährigen Schülerinnen und Schülern in Österreich im Zeitvergleich 2003 und 2007 (in Prozent)



Quelle: Uhl et al. 2005b, ESPAD-Austria 2007; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Aktuell liegen weiters Ergebnisse einer burgenländischen Schulstudie⁵ (Falbesoner und Lehner 2008) vor, bei der es sich ebenfalls um eine Wiederholung einer früheren Studie handelt. Konsumerfahrungen finden sich am häufigsten mit Schnüffelstoffen (15 %), gefolgt von Cannabis (11 %) und biogenen Drogen (4 %). Kokain, Ecstasy und Speed (je rund 2 %) sowie Heroin und Halluzinogene (je rund 1 %) werden seltener genannt. Die Prävalenzraten sind fast durchwegs deutlich niedriger als bei der Vergleichserhebung im Jahr 2001 (z. B. Cannabis 20 %, Ecstasy 4 %), nur Kokain und Heroin liegen auf dem gleichen Niveau. Da über die letzten Jahre österreichweit eher ein Anstieg der Konsumerfahrungen verzeichnet wurde, ist das Ergebnis überraschend und schwer zu interpretieren. Ein Rückgang findet sich auch für

⁵ Die Schulstudie (Falbesoner und Lehner 2008) wurde von Mai bis September 2007 als Fragebogenerhebung an 40 Schulen im Burgenland durchgeführt. Es konnten insgesamt 1.213 Fragebögen von Schülerinnen und Schülern im Alter von 12 bis 19 (vereinzelt bis 21) Jahren in die Auswertung aufgenommen werden. Es handelt sich um eine Wiederholung der im Jahr 2001 durchgeführten Burgenländischen Schulstudie (vgl. Schönfeldinger 2002).

Alkoholerfahrungen (90 % vs. 97 %) sowie Nikotinkonsum (32 % vs. 47 % für Rauchen an mindestens einem Tag der Woche).

Die Konsumerfahrungen differenzieren erwartungsgemäß nach dem Alter. Vier Prozent der befragten 12- bis 14-Jährigen geben an, schon eine illegale Substanz konsumiert zu haben; im Vergleich: 18 Prozent der 15- bis 19-Jährigen. Erfahrungen mit Schnüffelstoffen und/oder biogenen Drogen finden sich hingegen in beiden Altersgruppen etwa gleich häufig. Es finden sich keine relevanten geschlechtsbezogenen Unterschiede.

2.3 Drogenkonsum in spezifischen Gruppen

Bezüglich des Drogenkonsums in spezifischen Gruppen (wie Grundwehrdiener, ethnische Minderheiten, Zuwanderer etc.) lagen in den letzten Jahren für Österreich fast ausschließlich Daten zu spezifischen Jugendszenen vor (vgl. z. B. ÖBIG 2004). Aktuell liegen die Ergebnisse dreier Studien bzw. Erhebungen vor, die Aussagen zum Drogenkonsum in spezifischen Gruppen von Jugendlichen bzw. jungen Erwachsenen ermöglichen.

In Innsbruck wurde eine Erhebung der Konsummuster bei Studentinnen und Studenten⁶ durchgeführt. Rund ein Drittel der Befragten sind Frauen, das Durchschnittsalter beträgt 21 Jahre, und etwas mehr als die Hälfte sind „Single“. Bezüglich illegaler Substanzen wurden die Konsumerfahrungen in den letzten dreißig Tagen erhoben. Am häufigsten wurde Cannabis (11,1 %) konsumiert, alle anderen Substanzen haben einen deutlich geringeren Stellenwert (z. B. Kokain: 2,2 %, Halluzinogene: 2,4 %, LSD: 1,1 %, Ecstasy: 0,9 %). Bei allen Substanzen finden sich deutlich höhere Konsumraten für Männer als für Frauen (Giacomuzzi et al. 2008). Interessant ist weiters die Unterscheidung nach Fakultäten: Studentinnen und Studenten der Naturwissenschaften berichten am häufigsten vom Konsum illegaler Substanzen (21,8 %), gefolgt von jenen der Sozialwissenschaften (15,2 %), deutlich seltener findet sich Drogenkonsum an der Rechtsfakultät (12,3 %) und der Medizinischen Universität (11,8 %) (Giacomuzzi et al. 2007).

Zwei weitere Arbeiten fokussieren Mehrfach- und Mischkonsum bei Freizeitdrogenkonsumierenden, wobei es sich nicht um repräsentative Erhebungen handelt. Wundsam (2006) befasst sich in ihrer Diplomarbeit⁷ mit den Freizeitkonsummustern und möglichen Abhängigkeitsentwicklungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Die Lebenszeitprävalenzen für viele Substanzen sind sehr hoch (Cannabis: 83,3 %, Pilze: 34,7 %, Kokain: 21,7 %, Speed: 20,4 %, Schnüffelstoffe: 19,3 %, Ecstasy: 18,8 %, LSD: 13,7 %, Methamphetamin: 6,1 %, Ketamin und Heroin: je 4,5 %, GHB: 3,2 %). Auch hier finden sich durchwegs höhere Konsumraten für Männer als für Frauen. Etwa zwei Drittel der Befragten geben an, dass sie Substanzen kombinieren. Alkohol/Nikotin ist die häufigste Kombination, gefolgt von Cannabis/Alkohol sowie Cannabis/Nikotin. Deutlich seltener finden sich Kombinationen von Cannabis mit Pilzen oder anderen illegalen Substanzen, andere Kombinationen kommen kaum vor.

⁶ Die Erhebung (Giacomuzzi et al. 2008) wurde 2006/07 bei insgesamt 873 Studentinnen und Studenten der Universität Innsbruck und der Medizinischen Universität Innsbruck durchgeführt und verwendete u. a. Fagerström- und CAGE-Questionnaire.

⁷ Die Erhebung (Wundsam 2006) wurde im Sommer/Herbst 2005 mit Fragebögen bei 315 Personen mit Durchschnittsalter 22,5 Jahre direkt in Freizeitsettings (Partys/Feste, Konzerte/Festivals, Schwimmbäder, Lokale etc.) im Raum Wien, Linz und Salzburg durchgeführt.

Auch als Dreierkombination findet sich in erster Linie Alkohol/Nikotin/Cannabis, was auf die breite Verfügbarkeit dieser Substanzen zurückgeführt wird. Männer berichten häufiger über kombinierten Substanzgebrauch als Frauen. Auf Basis einer Clusteranalyse konnten rund neun Prozent der Befragten als „heavy user“ kategorisiert werden, der Rest als „light user“ – dabei gibt es keinen geschlechtsbezogenen Unterschied. „Heavy user“ (höhere Konsumfrequenz, breiteres Spektrum bisher und aktuell gebrauchter Substanzen) weisen ein größeres Ausmaß an psychischer Abhängigkeit auf und gelten damit auch als stärker suchtgefährdet.

Das Tiroler sekundärpräventive Projekt MDA basecamp hat 2007 eine Erhebung⁸ zu Drogenmischkonsum in Partysettings – wo das Projekt vorrangig tätig ist – durchgeführt (MDA basecamp 2008). Die Lebenszeitprävalenzen (Cannabis: 94,0 %, Ecstasy: 71,5 %, Speed: 68,4 %, Kokain: 65,6 %, Magic Mushrooms: 63,9 %, LSD: 41,9 %) sind vor allem für die typischen Partydrogen – Speed, Ecstasy, Kokain – noch deutlich höher als bei Wundsam 2006 (siehe oben). Bei Männern finden sich wieder höhere Prävalenzraten als bei Frauen. 29 Prozent der Befragten konsumieren auf Partys immer illegale Substanzen, weitere 29 Prozent häufig. 85 Prozent geben an, dass einige oder alle ihrer Freundinnen und Freunde auf Partys illegale Substanzen konsumieren. Je drei Viertel der Befragten haben nach eigener Angabe bereits gleichzeitig oder innerhalb kurzer Zeit zwei oder mehrere illegale Substanzen bzw. Alkohol und Partydrogen kombiniert. Die häufigste Kombination ist Alkohol/Cannabis; werden nur illegale Substanzen berücksichtigt, ist es die Kombination Speed/Ecstasy (bei Männern etwa gleichauf mit Cannabis/Ecstasy). Die Untersuchung zeigt die Relevanz von Drogenmischkonsum beim Publikum von elektronischen Musikevents und hochsignifikante Zusammenhänge sowohl zwischen eigenem Drogenkonsum und jenem im Freundeskreis als auch zwischen dem Konsum illegaler Substanzen auf Partys und Drogenmischkonsum (siehe auch Kap. 7.4).

⁸ Im Zuge der während des ganzen Jahres 2007 laufenden Erhebung mit Papier- und Online-Fragebögen konnten insgesamt 418 Personen – Besucherinnen und Besucher von Partys und Szene-Homepages – zwischen 14 und 45 Jahren (davon 85 % im Alter zwischen 18 und 30 Jahren) befragt werden (MDA basecamp 2008).

3 Prävention

Dieses Kapitel ist entsprechend der EBDD-Klassifikation der Suchtprävention in allgemeine, selektive und indizierte Prävention⁹ gegliedert. In der Praxis wird zum Teil weiterhin von Primär- und Sekundärprävention¹⁰ gesprochen, 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), in Salzburg und Wien das Forum Suchtprävention, und regionale Koordinierungs- bzw. Steuergremien (Salzburg) eine zentrale Rolle einnehmen. Entsprechend dem erweiterten Suchtbegriff sind viele Maßnahmen nicht substanzspezifisch ausgerichtet und beziehen sich auch auf substanzungebundene Süchte. 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. Neben einigen österreichweiten Standardprogrammen gibt es eine Vielzahl an regionalen Aktivitäten, die ebenfalls seit etlichen Jahren routinemäßig eingesetzt und weiterentwickelt werden. 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. Weitere wichtige Aufgaben sind Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit, die (finanzielle) Unterstützung von suchtpreventiven Initiativen und die Organisation von Weiterbildungsveranstaltungen für Fachleute, wie z. B. die Fachtagung der ARGE Suchtprävention zum Thema „Brennpunkt Familie“ im Herbst 2007 in Spital am Pyhrn in Oberösterreich (OÖ).

Der Schwerpunkt dieses Kapitels liegt auf der Darstellung neuer Entwicklungen und Trends. Beschreibungen laufender Präventionsmaßnahmen finden sich auf den Websites, in den Jahresberichten und Newsletters von Fachstellen, Unterrichtsressort (BMUKK) und 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). Es wird zunehmend ein ganzheitlicher Ansatz verfolgt, was mit einer verstärkten Thematisierung von Suchtvorbeugung in verschiedensten gesellschaftlichen Bereichen einhergeht. Dies steht in Einklang mit einem internationalen Trend zu „health in all policies“ und zeigt sich unter anderem an der stärkeren Vernetzung der Suchtprävention mit

⁹ **Allgemeine** 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, aber noch nicht die Kriterien für die Diagnose einer Abhängigkeit erfüllen und dadurch 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.

¹⁰ **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.

verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen sowie an der zunehmenden Komplexität der Maßnahmen. Davon abgesehen lag im Berichtszeitraum der Fokus weiterhin auf legalen Drogen, ergänzt durch Früherkennung und -intervention sowie Qualitätssicherung.

3.1 Allgemeine Prävention

Einen Überblick über österreichische Aktivitäten zur allgemeinen Prävention und deren Rahmenbedingungen gibt der SQ22/25. Ein wesentliches Implementierungssetting ist die **Schule**, wobei Suchtprävention im Rahmen des Unterrichtsprinzips Gesundheitsförderung¹¹ gesetzlich verankert ist. Präventionsmaßnahmen an Schulen sollen unter Einbindung der gesamten Schulgemeinschaft sowie der regionalen suchtspezifischen Fachleute umgesetzt werden. In diesem Sinne werden Suchtpräventionslehrgänge, Fortbildungsveranstaltungen, Unterrichtsmaterialien und Projekte sowie konkrete Unterstützung bei der Planung und Umsetzung suchtpreventiver Aktivitäten für alle Beteiligten angeboten (vgl. Anhang A Tab. 30). Ziele sind im Wesentlichen Verbesserungen im gesamten System sowie eine Stärkung der Persönlichkeit und der psychosozialen Kompetenzen bzw. Lebenskompetenzen bei Schülerinnen und Schülern. In höheren Altersgruppen soll häufig auch ein kritischer Umgang mit psychoaktiven Substanzen (legal und illegal) erreicht werden.

Im Berichtszeitraum wurde von BMUKK und FGÖ ein Workshop zum Thema „Seelische Gesundheit im schulischen Setting: Impulse zur Lehrer/innengesundheit“ für Fachleute veranstaltet¹², bei der Möglichkeiten zur positiven Veränderung der Arbeitsbedingungen und zum Umgang mit Ressourcen und Belastungen von Lehrkräften diskutiert wurden. In Salzburg wird an einem Angebotskatalog von standardisierten Präventionsmaßnahmen und -projekten für Schulen gearbeitet; geplant sind auch Instrumente für eine umfassende Dokumentation schulischer Suchtprävention als Basis für deren Weiterentwicklung (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2008).

In Wien wurde von der Servicestelle für Prävention und Früherkennung auf die geringe Nachfrage durch Hauptschulen reagiert und das für diesen Schultyp spezifische Paket „Think about it“ entwickelt (Dialog 2008). Das Modell besteht aus Informations-, Umsetzungs- und Reflexionsphase und ermöglicht Lehrkräften, je nach Bedarf verschiedene Methoden in den Klassen anzuwenden. Zum Schluss werden Möglichkeiten der nachhaltigen Implementierung von Prävention und Früherkennung aufgezeigt. Die Evaluation der Pilotphase zeigte, dass aufgrund des hohen Anteils an Schülerinnen und Schülern mit nicht-deutscher Muttersprache die Anforderungen an Sprachkenntnis und Verständnis reduziert werden müssen. Die Integration von mehr nonverbalen Übungen soll die Schülerinnen und Schüler zu einer aktiveren Teilnahme motivieren. Auch das Tiroler Programm „Klasse!“ wird derzeit an die spezifischen Bedürfnisse der Schülerinnen und Schüler polytechnischer Schulen adaptiert (Fitsch, persönliche Mitteilung).

¹¹ 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.

¹² www.schulpsychologie.at (24.7.2008)

Ein wichtiger Ansatz in der Suchtprävention ist die Theaterpädagogik, die neben einer Sensibilisierung für schwierige Situationen vor allem Handlungsmöglichkeiten vermitteln will. Das Theaterstück „Mama geht's heute nicht so gut“ der Salzburger Kinder- und Jugendanwaltschaft richtet sich an Acht- bis Zwölfjährige und wird seit Herbst 2007 auch in OÖ gezeigt¹³. Jugendliche ab zwölf Jahren sind Zielgruppe des Musicals „Helden – Von Sehnsucht und Zuversicht“, das seit Herbst 2007 in OÖ und Salzburg angeboten wird¹⁴. Das Theaterstück „Motte & Co“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b) wurde für den Unterricht aufbereitet und im Frühjahr 2008 als DVD veröffentlicht (ISP OÖ 2008). Die Studie „Suchtprävention und Psychodrama“ (Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung 2008) untersucht die Bedeutung der psychodramatischen Theorie für die Suchtprävention, leitet daraus Wirkfaktoren ab und überprüft das Mitspieltheater „Traust du dich?“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) auf deren Umsetzung. Als Wirkfaktoren werden unter anderem eine intrinsische Motivation (durch vom Schulalltag abweichende Methoden und Themen) und eine ganzheitliche Vermittlung (durch eigenes Handeln und Nacherleben im Rollenspiel) bei gleichzeitiger Aufrechterhaltung des Spielcharakters identifiziert. Das Mitspieltheater „Traust du dich?“ wird hinsichtlich seiner theoretischen Fundierung sowie des Verhältnisses von Aufwand und Effekt sehr positiv beurteilt. Empfohlen werden intensivere Fortbildungen für Lehrkräfte, um in einer Nachbearbeitung das Ausprobieren neuer Rollen zu intensivieren und die damit zusammenhängende Entwicklung von Spontaneität und Kreativität der Schülerinnen und Schüler zu verbessern.

In OÖ wurde weiters im Rahmen des langjährigen Projektes „PräGend“ ein neuer Fokus auf überregionale Kooperation gelegt und Ende 2007 eine Tagung zu „Polizeilichen Modellen der Suchtprävention im Vergleich“ organisiert, an der auch Vertreterinnen und Vertreter aus Bayern und Südböhmen teilnahmen¹⁵. Neu ist auch der 1-2-free.at-Folder für Lehrkräfte, der die Einbindung der Jugendhomepage www.1-2-free.at in den Unterricht unterstützen soll.

Die Vorarlberger Programme „klartext:sucht“, „klartext:nikotin“ und „klartext:alkohol“ für die 7. bis 12./13. Schulstufe sollen das Wissen zu den Themen Sucht, Nikotin und Alkohol erhöhen und die kritische Auseinandersetzung mit eigenen Konsumgewohnheiten ermöglichen¹⁶. In dazugehörigen Fortbildungen für Lehrkräfte werden Methoden für die Umsetzung im Schulalltag vermittelt, gekoppelt sind sie mit einem Workshop für die Schülerinnen und Schüler und einem Elternabend. Nach Abschluss der Pilotphase Ende 2007 werden die Programme seither regelmäßig durchgeführt.

Die Fachstellen für Suchtprävention unterstützen weiterhin Schulen bei der Planung und Durchführung von maßgeschneiderten Projekten. Im Berichtszeitraum wurde beispielsweise an der Landesfachschule für Keramik und Ofenbau (Burgenland) ein Projekttag „Freizeit sucht Grenzen“ durchgeführt, bei dem die Themen Freizeit- und Konsumverhalten sowie Selbstwahrnehmung im Vordergrund standen (Hausleitner, persönliche Mitteilung).

In den Bereichen **Kindergarten** und **Familie** laufen die bestehenden Aktivitäten wie Fortbildungsmaßnahmen, Bereitstellung von Informationsmaterialien und Elternabende (vgl. An-

¹³ www.praevention.at (8.4.2008)

¹⁴ www.akzente.net (8.4.2008)

¹⁵ www.praevention.at (21.7.2008)

¹⁶ www.supro.at (31.7.2008)

hang A Tab. 31 und 32) weiter. In Niederösterreich (NÖ) wurde das Angebot für Eltern ausgeweitet, um deren Bedürfnisse möglichst gut abdecken zu können. Das Seminar für Eltern von pubertierenden Jugendlichen (10 bis 15 Jahre) mit dem Titel „Wenn Kinder flügge werden ...“ thematisiert den Umgang innerhalb der Familie mit jugendlichem Konsum von Alkohol, Nikotin und Cannabis (Mellish, persönliche Mitteilung). Niederschwelliger sind die vierstündigen Workshops, die Themen wie Suchtvorbeugung, Erziehung, Konflikte, Kommunikation und den Umgang mit konsumierenden Jugendlichen beinhalten. Zusätzlich wurde das Mitspieltheater „Echt ... nichts für schwache Nerven!“ für Eltern erarbeitet, das bei der 10-Jahres-Feier der Fachstelle im September 2008 präsentiert wurde. Das Projekt „Wir werden Eltern – Gesundheit von Anfang an“ (Tirol) möchte die Erreichbarkeit von Eltern verbessern und setzt daher gezielte Interventionen für werdende und junge Eltern (kontakt + co 2008b). Dazu wurden ein Info-Büchlein für Erstschwangere erstellt, Informationsveranstaltungen für Hebammen und Frauenärztinnen bzw. -ärzte als Multiplikatorinnen organisiert und ein Elterntelefon installiert.

Suchtpräventive Maßnahmen für **Betriebe** zielen im Wesentlichen darauf ab, die Entwicklung eines Suchtverhaltens bei Lehrlingen zu verhindern. Neben den laufenden Fortbildungsmaßnahmen und Seminaren für Auszubildende und Führungskräfte (vgl. Anhang A Tab. 35) wurde vom Dialog (Wien) in Kooperation mit der Wirtschaftskammer (WKO) eine Veranstaltung zum Umgang mit suchtgefährdeten Lehrlingen („Ohne Drogen durch die Lehre!“) angeboten¹⁷. In der Steiermark wird seit dem Schuljahr 2007/2008 ein Suchtpräventionsprogramm für Berufsschulen flächendeckend umgesetzt, pro Berufsschule werden zwei bis drei Lehrkräfte entsprechend geschult (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008). In Tirol wurde im März 2008 ein Arbeitskreis installiert, der den Erfahrungsaustausch zwischen Firmen zu Präventionsprogrammen fördern soll (kontakt + co 2008b).

Wenig Veränderungen sind im Bereich der **außerschulischen Jugendarbeit** zu beobachten: Die bestehenden Fortbildungsangebote laufen weiter (vgl. Anhang A Tab. 33) und wurden in NÖ ausgebaut (Mellish, persönliche Mitteilung). Im Rahmen einer dreijährigen Tiroler Jugendoffensive wurde ein praxisnahes Fortbildungsangebot geschaffen, das unter anderem ein Modul zu jugendlichem Substanzkonsum, entsprechendem Hintergrundwissen und Ratschlägen für den Umgang damit¹⁸ enthält (Kern, persönliche Mitteilung). Diese Bildungsmodule können nur von Gemeinden gebucht werden, das Angebot ist kostenlos und wird mit einem Zertifikat abgeschlossen. In der Steiermark wurde im September 2007 mit dem Titel „wertstatt///07 Jugendarbeit bewusst erleben“ die erste gemeinsame Aus- und Weiterbildungsinitiative der offenen, verbandlichen und fachlich orientierten kommunalen Jugendarbeit initiiert, an der auch VIVID teilgenommen hat (VIVID 2008).

Der Trend zu **gemeindeorientierter Suchtprävention** hält nach wie vor an (vgl. Anhang A Tab. 34). Neben einer Sensibilisierung der Bevölkerung ist die Entwicklung und Umsetzung von konkreten, an die spezifische regionale Situation angepassten Maßnahmen Ziel der Aktivitäten. In einigen Bundesländern wurden Leitfäden für eine suchtpreventive Feierkultur entwickelt, z. B. zum Abschluss des Interreg-Projektes „FeierFest!“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2006)

¹⁷ www.dialog-on.at (15.4.2008)

¹⁸ www.tirol.gv.at (23.7.2008)

und als Teil des steirischen Servicepakets „Fest im Griff“. Sie enthalten praxisnahe Tipps z. B. zu Jugendschutzmaßnahmen und Ideen für eine kreative Festgestaltung.

Im Bezirk Vöcklabruck (OÖ) wurde im März 2008 das Projekt „Wir setzen Zeichen“ gestartet¹⁹. Mithilfe von lokaler Steuergruppe und Arbeitskreisen sowie in Kooperation mit den „Gesunden Gemeinden“ sollen regionale Analysen und Maßnahmen erarbeitet und vorhandene Strukturen genutzt werden, um neben Verhaltens- auch Verhältnisprävention zu implementieren. Begonnen wurde mit einer Medienkampagne, für den Herbst 2008 sind etliche Fortbildungsveranstaltungen für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren geplant. Das Regionalprojekt Flow in Steyr (OÖ) setzt unter anderem auf Maßnahmen, die den riskanten Substanzkonsum von Jugendlichen minimieren bzw. einschränken, wobei Migrantinnen und Migranten eine wichtige Zielgruppe darstellen (ISP OÖ 2008).

Weitere Aktivitäten im Berichtszeitraum (vgl. Anhang A Tab. 36) waren die Durchführung eines Lehrgangs für Schlüsselpersonen des österreichischen Bundesheeres zu Grundlagen der Suchtprävention (ISP OÖ 2008), die Erstellung neuer Informationsmaterialien (Folder zu Alkohol und Halluzinogenen der ARGE Suchtvorbeugung) und die Entwicklung von Curricula für neue Lehr-, Hochschul- und Masterlehrgänge zur Sucht- und Gewaltprävention in OÖ. Diese Ausbildungen werden für Schlüsselpersonen aus relevanten gesellschaftlichen Bereichen ab dem Sommersemester 2009 angeboten. Sie dauern zwei, vier bzw. acht Semester und basieren auf einem interdisziplinären Zugang zu Sucht- und Gewaltprävention. Hinsichtlich Qualitätssicherung ist in der Steiermark geplant, mithilfe von neuen Fördermodellen die Integration von prozessunterstützenden und ergebnisorientierten Evaluationen in der Suchtprävention zu forcieren (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008).

3.2 Selektive Prävention

Einen Überblick über Maßnahmen der selektiven Prävention und deren Rahmenbedingungen bietet der SQ26. Der Aufbau der bundeslandbezogenen Netzwerke zu **Kindern aus suchtbelasteten Familien** läuft weiter. Im Berichtszeitraum wurde das „Netzwerk für Wien und NÖ“ initiiert (Sucht und Drogenkoordination Wien 2008; ENCARE Österreich 2008). In OÖ wurden im Rahmen der Veranstaltung „Situation von Kindern in (sucht)belasteten Familien“ im November 2007 in Linz schwerpunktmäßig Hilfestellungen für Kinder diskutiert. Dies war der Auftakt des Kooperationsprojektes „KiJA on Tour!“ von ISP OÖ und Kinder- und Jugendanwaltschaft OÖ, das die Information von Kindern und Jugendlichen über ihre Rechte auf Gesundheit zum Ziel hat²⁰. Bei der steirischen Fachtagung zum Thema „Kinder aus Suchtfamilien“ wurde der Bedarf an zusätzlichen Angeboten zur Weiterbildung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, an Supervision für Helferinnen und Helfer, an klaren Abgrenzungen der Aufgaben verschiedener Berufsgruppen sowie Kooperationsformen wie z. B. Kompetenzgruppen, aber auch konkrete Angebote für betroffene Kinder formuliert (VIVID 2007). Die Broschüre „Kindern von Suchtkranken Halt geben“ enthält Fakten sowie Informationen zu Risiken und Hilfen (VIVID 2008). Kooperationsleitfäden für eine Optimierung der

¹⁹ www.praevention.at (22.7.2008)

²⁰ www.praevention.at (8.4.2008)

Zusammenarbeit aller beteiligten Institutionen, insbesondere von Jugendhilfe und Suchthilfe, wurden sowohl in Tirol als auch in Kärnten erstellt (B.I.T. 2008; Amt der Kärntner Landesregierung 2008). In Kärnten wurde zusätzlich ein Konzept für die bezirksweite Implementierung von gezielten Fortbildungs- und Vernetzungsangeboten ausgearbeitet, das nach einer Pilotphase in einem Bezirk im gesamten Bundesland aufgebaut werden soll. Ein Fortbildungsangebot für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren wird derzeit in NÖ entwickelt (Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung 2008).

Neben dem oben genannten Schwerpunkt findet sich in Österreich zielgruppenspezifische Suchtprävention vor allem im **Freizeitbereich**, mit dem Ziel der Vermittlung eines kritischen Umgangs mit psychoaktiven Substanzen (Risikokompetenz) sowie von Alternativen zum Substanzkonsum. Einen wichtigen Rahmen stellt in diesem Zusammenhang die außerschulische Jugendarbeit dar, für die im Berichtszeitraum keine neuen Angebote geschaffen wurden. Ein weiteres relevantes Setting für Maßnahmen in diesem Bereich ist die Club- und Partyszene. Das zehnjährige Bestehen von ChEck iT! war Anlass für eine Fachtagung zum Thema „Freizeitdrogenkonsum“ im Oktober 2007 in Wien, bei der aktuelle Konsumtrends und neue Ansätze in Beratung und Betreuung präsentiert wurden. In Vorarlberg wurde das Projekt „Eventbegleitung“ engagiert durchgeführt und von den betroffenen Zielgruppen gut angenommen. Nach Ansicht des Landes-Rechnungshofs Vorarlberg (2007) war die Eventbegleitung jedoch weder finanziell noch organisatorisch klar geregelt. Seit Anfang 2008 wird sie deshalb von der Koordinationsstelle der Offenen Jugendarbeit Vorarlberg (koje) betreut, die Drogenhilfe wird jedoch einbezogen (Stiftung Maria Ebene 2008a).

Erstauffällige Jugendliche werden ebenfalls als Risikogruppe definiert, entsprechende Maßnahmen zielen im Wesentlichen auf Früherkennung und -intervention ab. Das EU-weite Frühinterventionsprojektes „FreD goes net“ wird in Österreich vom ISP OÖ koordiniert und bis Oktober 2010 in vier Bezirken getestet (ISP OÖ 2008). Dabei sollen die bestehenden Wege, die Zielgruppe der 16- bis 23-jährigen erstauffälligen Jugendlichen zu erreichen, auf ihre Eignung hin überprüft und neue Möglichkeiten gefunden werden. Das Vorarlberger Programm „Zoom!“, das im Auftrag der Vorarlberger Gebietskrankenkasse entwickelt wurde (Stiftung Maria Ebene 2008a), umfasst die Projekte „ProFi“ und „VIVA“ und soll ab 2009 implementiert werden. Ersteres richtet sich speziell an Jugendliche zwischen 14 und 18 Jahren mit einem gelegentlichen bis riskanten Konsum von Cannabis, die entweder eine Empfehlung für eine gesundheitsbezogene Maßnahme erhalten haben oder freiwillig ihren Konsum überdenken wollen. Ziel ist die Information über die rechtliche Situation, Suchtstoffe und Beratungs- bzw. Hilfesysteme, aber auch die Unterstützung bei einer Änderung des Konsumverhaltens²¹. Das interaktive Gruppenprogramm verwendet Methoden aus kognitivverhaltenstherapeutischen Therapieformen und findet an vier Abenden, gefolgt von einer Auffrischungssitzung nach drei Monaten, statt, „VIVA“ hat die Förderung der Selbstregulation und Sozialkompetenz bei gefährdeten Jugendlichen zum Ziel. Auch in den Vorarlberger Bezirkskonferenzen wurde im Jahr 2007 schwerpunktmäßig das Thema „Früherkennung und -intervention“ diskutiert, der Bedarf an Angeboten ermittelt und Handlungsleitfäden erarbeitet. In Wien fand im September 2008 eine Fachtagung zum Thema „Frühinterventionsansätze in

²¹ www.supro.at (31.7.2008)

der Suchtprävention“ statt, bei der innovative Ansätze aus dem deutschsprachigen Raum vorgestellt wurden (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2008). Früherkennung und -intervention sind auch Thema eines Projekts für Trainerinnen und Trainer des Berufsförderungsinstituts (BFI) Burgenland, die für den Umgang mit Jugendlichen und Erwachsenen bei Missbrauchs- und Suchtverhalten geschult werden sollen (Hausleitner, persönliche Mitteilung). Weitere Inhalte der Fortbildung sind Grundlagen zu Sucht und Suchtentstehung und die Eigenreflexion der Rolle der Trainerinnen und Trainer.

Hinsichtlich der Zielgruppe **Migrantinnen und Migranten** kann von einem Vorarlberger Filmprojekt berichtet werden, das von Eltern und Jugendlichen mit türkischem Migrationshintergrund konzipiert wurde und türkischsprachige Eltern in ihrer Erziehungskompetenz unterstützen soll (Stiftung Maria Ebene 2008a).

3.3 Indizierte Prävention

Indizierte Prävention entsprechend der EBDD-Definition (vgl. Seite 17) wird in Österreich bisher nicht umgesetzt. Maßnahmen für spezifische Zielgruppen basieren größtenteils auf sozialen Faktoren im Sinne einer selektiven Prävention. Maßnahmen, die aufgrund des Verhaltens Einzelner gesetzt werden, basieren nicht auf einer zusätzlichen medizinischen Diagnose, sondern ausschließlich auf dem Suchtverhalten bzw. auf damit zusammenhängenden Verhaltensauffälligkeiten. Dies entspricht jedoch nicht der EBDD-Definition von indizierter Prävention. Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit einer Diagnose für eine psychiatrische, soziale oder Verhaltensauffälligkeit wie z. B. ADHS wird nicht als Suchtprävention definiert.

Das von der Drogenberatung des Landes Steiermark entwickelte Angebot einer lebensweltorientierten Begleitung für Risikojugendliche (vgl. Kap. 5.1) wird zwar als indizierte Suchtprävention bezeichnet, entspricht aber nicht den EBDD-Kriterien. Zielgruppe sind riskant konsumierende Jugendliche, die aufgrund ihres Konsums bereits in Begleitung oder Betreuung stehen und aktuell keine Maßnahme der Jugendhilfe in Anspruch nehmen. Eine Diagnose für eine psychische, soziale oder Verhaltensauffälligkeit ist nicht Voraussetzung für die Inanspruchnahme des Angebots.

4 Problematischer Drogenkonsum

Unter „problematischem Konsum“ verstehen wir den häufigeren Gebrauch sogenannter „harter Drogen“ (vor allem Opiate, Kokain), der oft mit Abhängigkeit und gesundheitlichen, sozialen und rechtlichen Folgen (vgl. Kap. 6, 8 und 11) einhergeht. Es ist aber zu berücksichtigen, dass in erster Linie das Konsumverhalten und nicht Substanzen als solche problematisch oder unproblematisch sind. Zusätzlich bestehen Schwierigkeiten hinsichtlich der Abgrenzung von Experimentierkonsum und problematischem Drogenkonsum. Dieses Problem wird dadurch verschärft, dass wissenschaftliche Analysen in diesem Bereich größtenteils fehlen.

Traditionell spielt der polytoxikomane Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten, die häufig intravenös (i. v.) konsumiert werden, in Österreich eine zentrale Rolle. Im letzten Jahrzehnt haben sich die Substanzmuster im Rahmen dieses polytoxikomanen Konsums verbreitert. Auch der i. v. Konsum von Kokain in der Straßenszene hat verstärkt an Relevanz gewonnen. Die für Gesamtösterreich vorliegenden Daten zu Konsummustern von Personen, die sich im Jahr 2007 in drogenspezifischer Betreuung befanden, zeigen jedoch, dass Opiate als Leitdroge weiterhin eine dominierende Rolle spielen.

Aktuelle Schätzungen machen eine Prävalenzrate von 22.000 bis maximal 33.000 Personen mit problematischem Opiatkonsum – in den meisten Fällen vermutlich im Rahmen des polytoxikomanen Konsums – für Gesamtösterreich plausibel. 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.

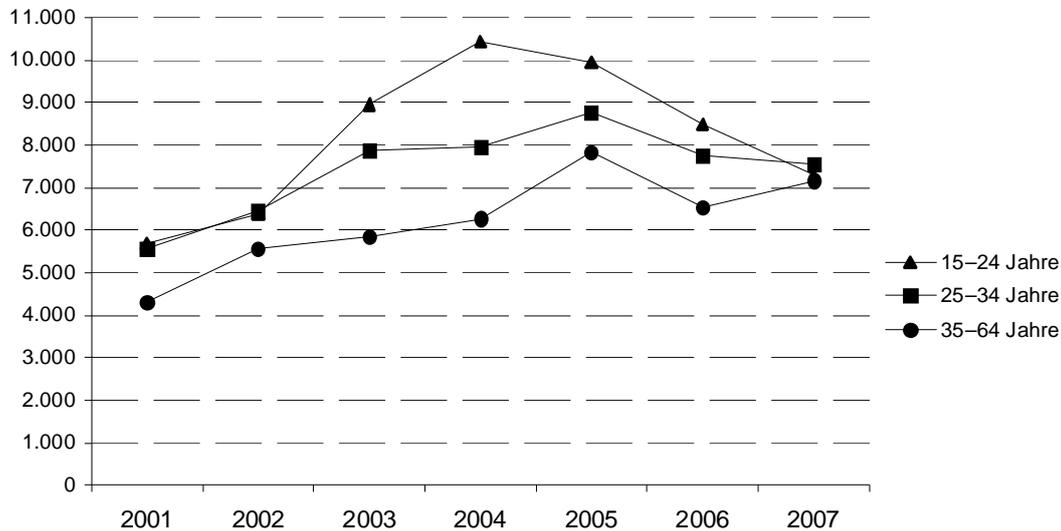
4.1 Prävalenz- und Inzidenzschätzungen

Wissenschaftliche Schätzungen zur Prävalenz bei problematischem Konsum liegen in Österreich nur für Opiate bzw. für den polytoxikomanen Konsum mit Beteiligung von Opiaten vor. Im Rahmen des Monitoringprojekts wurden die bisher bis zum Jahr 2004 vorliegenden Schätzungen für die Jahre 2005 bis 2007 aktualisiert (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung). Für das Capture-Recapture-Verfahren (CRC), auf dem die Prävalenzschätzung beruht, wurden Daten zu Substitutionsbehandlungen und opiatbezogene Anzeigen verwendet. Basierend auf den in Kapitel 4.2 des Berichts zur Drogensituation 2006 (GÖG/ÖBIG 2006) dargestellten Ergebnissen der Zusatzerhebung bei den substituierenden Ärztinnen und Ärzten, wurde für den Anteil der „ghost cases“²² bei den Substitutionsbehandlungen (siehe Kap. 4.2) ein Korrekturfaktor in die Schätzungen miteinbezogen. Für das Jahr 2007 ergibt sich eine Schätzung von insgesamt 23.178 Personen (95%-Konfidenzintervall: 22.198, 24.157). Im Vergleich dazu beträgt die korrigierte Schätzung für 2004 31.295 (95%-Konfidenzintervall: 29.216, 33.375).

²² Bei Fehlen der Meldung des Betreuungsendes geht die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung (= „ghost case“) befindlich in die Statistik ein (Details vgl. GÖG/ÖBIG 2006).

Abbildung 4.1 zeigt, dass insbesondere in der Altersgruppe der 15- bis 24-Jährigen ab 2005 ein Rückgang der Prävalenz bei problematischem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten zu beobachten ist, nachdem sie bis 2004 angestiegen ist.

Abbildung 4.1: Ergebnisse der Prävalenzschätzungen für problematischen Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten (geschätzte Anzahl der Personen) mittels 2-Sample-CRC-Methode, altersstratifiziert, 2001–2007



Quelle: GÖG/ÖBIG in Vorbereitung

Die Ergebnisse der 2-Sample-CRC-Schätzungen konnten für das Jahr 2004 mittels 3-Sample-CRC-Schätzungen unter zusätzlichem Einbezug der suchtgiftbezogenen Todesfälle größtenteils verifiziert werden (GÖG/ÖBIG in Vorbereitung).

Die Ergebnisse der CRC-Methode stellen aufgrund methodischer Einschränkungen immer nur eine ungefähre Annäherung dar. Die geschätzte Anzahl der Personen mit problematischem Drogenkonsum wird verfälscht, beispielsweise durch Faktoren wie die Anzahl der wegen Besitzes von Opiaten angezeigten Personen ohne Problemkonsum oder die Verfügbarkeit der Substitutionsbehandlung für neue Gruppen von Klientinnen und Klienten. Einen weiteren Unsicherheitsfaktor stellen Wechselwirkungen zwischen den Datenquellen dar (z. B. wenn die Tatsache einer Anzeige die Wahrscheinlichkeit einer Substitutionsbehandlung beeinflusst). Dieser Bias kann aber im Rahmen von 3-Sample-CRC-Schätzungen teilweise mitberücksichtigt werden. Nach Uhl (2004) kann bei CRC-Schätzungen realistischerweise davon ausgegangen werden, dass die tatsächliche Prävalenz irgendwo zwischen 50 Prozent und der doppelten Anzahl der Schätzung liegt. Zu beobachtende Trends bei der Anzahl der geschätzten Personen mit problematischem Drogenkonsum können durch systematische Veränderungen der Fehlerquellen beeinflusst werden.

Bei der Interpretation der Zahlen ist zu berücksichtigen, dass der im Jahr 2005 errechnete Korrekturfaktor für den Anteil der „ghost cases“ bei den Substitutionsbehandlungen aufgrund der Korrekturmaßnahmen im Substitutionsregister (siehe Kap. 4.2) die Anzahl der „ghost cases“ überschätzt und damit zu einer Unterschätzung der Prävalenz führt. Wird die Schätzung ohne Korrekturfaktor berechnet, ergibt sich für 2007 eine Schätzung von 32.069 (95%-Konfidenzintervall: 30.678, 33.461). Bei diesen Zahlen handelt es sich jedoch wiederum um eine Überschätzung, da nicht alle „ghost cases“ bereinigt werden konnten. Werden die Konfidenz-

intervalle der Schätzung mit und ohne „ghost-case“-Korrektur kombiniert, ergibt sich für 2007 das Intervall 22.198 bis 33.461.

Eine Interpretation des Trends gestaltet sich insbesondere aufgrund der Veränderungen in der Datengrundlage (Korrekturen im Substitutionsregister) als schwierig und ist mit großer Unsicherheit behaftet. Dennoch kann vorsichtig ein Gleichbleiben bzw. ein leichter Rückgang der Prävalenz von problematischem Drogenkonsum mit Beteiligung von Opiaten seit dem Jahr 2004 nach einem starken Anstieg Anfang der 2000er Jahre diagnostiziert werden. Erhärtet wird diese Einschätzung dadurch, dass, wie aus Abbildung 4.1 ersichtlich, sowohl die Steigerung als auch der Rückgang bei den Personen der Altersgruppe 15 bis 24 Jahre wesentlich stärker ausfällt als in den anderen Altersgruppen. Ein weiteres Indiz in Richtung Stabilisierung bzw. Rückgang des problematischen Drogenkonsums stellt die Tatsache dar, dass 2007 die Anzahl der suchtgiftbezogenen Todesfälle erstmals wieder gesunken ist und damit der bis 2006 beobachtete Anstieg unterbrochen wurde. Das Durchschnittsalter ist 2007 erstmals wieder gestiegen, nachdem es bis 2006 kontinuierlich gesunken war (vgl. Kap. 6.1). Auch dies kann als Indiz gewertet werden, dass in letzter Zeit weniger (junge) Personen in den problematischen Drogenkonsum eingestiegen sind. Da es sich bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen um eine aus statistischer Sicht geringe Anzahl handelt, kann aber – wie in Kapitel 6.1 ausführlich dargestellt – erst in den nächsten Jahren festgestellt werden, ob sich hier ein rückläufiger Trend abzeichnet. Die vorliegenden Daten aus dem Behandlungsbe- reich können (noch) nicht für Trendaussagen herangezogen werden, da aus dem DOKLI- System erst zwei Auswertungsjahrgänge vorliegen. Die isolierte Betrachtung der gestiegenen Anzahl an Personen in Substitutionsbehandlung kann ebenfalls nicht für Trendanalysen verwendet werden, da sich in den Zahlen eine bessere Verfügbarkeit der Substitutionsbe- handlung und im Jahr 2007 die Änderung der Gesetzeslage bezüglich Meldepflicht wider- spiegeln (vgl. Kap. 4.2).

4.2 Charakteristika und Konsummuster der Klientel drogenspezifischer Einrichtungen

Mit dem Klientenjahrgang 2007 liegen zum zweiten Mal Daten des österreichweiten „Doku- mentationssystems der Klientinnen und Klienten der Drogeneinrichtungen“ DOKLI vor²³.

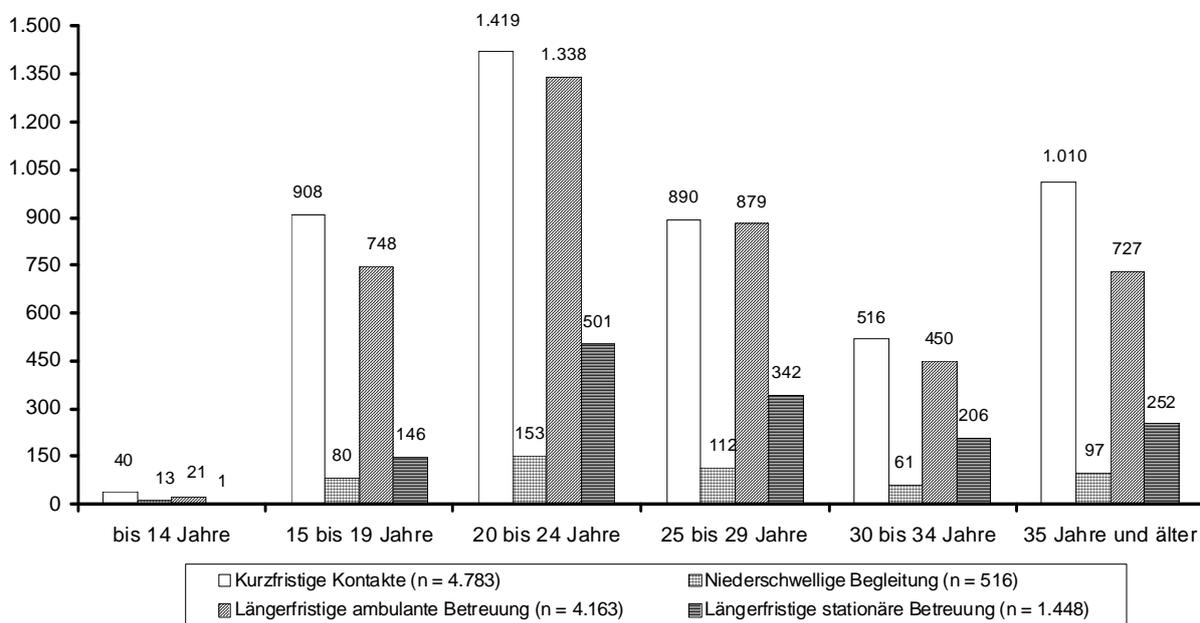
Aus den im Rahmen des DOKLI erfassten Einrichtungen der Drogenhilfe in Österreich liegen Daten von insgesamt 4.163 Personen vor, die im Jahr 2007 eine **längerfristige ambulante Betreuung** begonnen haben (= all treatments). 1.736 dieser Klientinnen und Klienten unter- ziehen sich erstmals in ihrem Leben einer drogenspezifischen Betreuung (= first treatments).

²³ Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten auf Einrichtungs- ebene zwar ausgeschlossen werden können, Doppelzählungen von Klientinnen und Klienten, die 2007 in mehreren Einrich- tungen 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 Drogenein- richtungen betreut wurden, über einen Identifizier eruiert werden können. Im Jahr 2006 wurden 14 Prozent der in der BADO er- fassten Klientinnen und Klienten in mehr als einer Einrichtung betreut (11 % in zwei Einrichtungen, 3 % in mehr als zwei – vgl. GÖG/ÖBIG 2008a, IFES 2007). Allerdings ist davon auszugehen, dass die Verfügbarkeit von Drogeneinrichtungen in Wien aufgrund der räumlichen Konzentration höher als in ländlichen Gebieten und daher der Anteil an Doppelzählungen für Gesamtösterreich möglicherweise etwas geringer ist.

Eine längerfristige **stationäre Betreuung** haben 1.448 begonnen, bei 216 dieser Klientinnen und Klienten handelt es sich um ihre erste längerfristige drogenspezifische Betreuung. Neben diesen in drogenspezifischer Behandlung im engeren Sinn befindlichen Personen wurden im DOKLI-System 516 Personen erfasst, die eine **niederschwellige Begleitung** begonnen haben, und 4.785 Personen, die eine drogenspezifische Betreuung in Form eines **kurzfristigen Kontakts** in Anspruch genommen haben. Generell entsprechen die für das Jahr 2007 erhobenen Daten jenen des Klientenjahrgangs 2006.

Etwa ein Fünftel der betreuten Personen mit Ausnahme des stationären Settings, wo der Anteil zehn Prozent beträgt, ist unter 20 Jahre alt. Etwa die Hälfte der Klientel ist in der Altersgruppe 20 bis 29 Jahre zu finden (vgl. Abb. 4.2, Tab. A24 im Anhang A sowie ST3 und ST34).

Abbildung 4.2: Anzahl der Personen, die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung

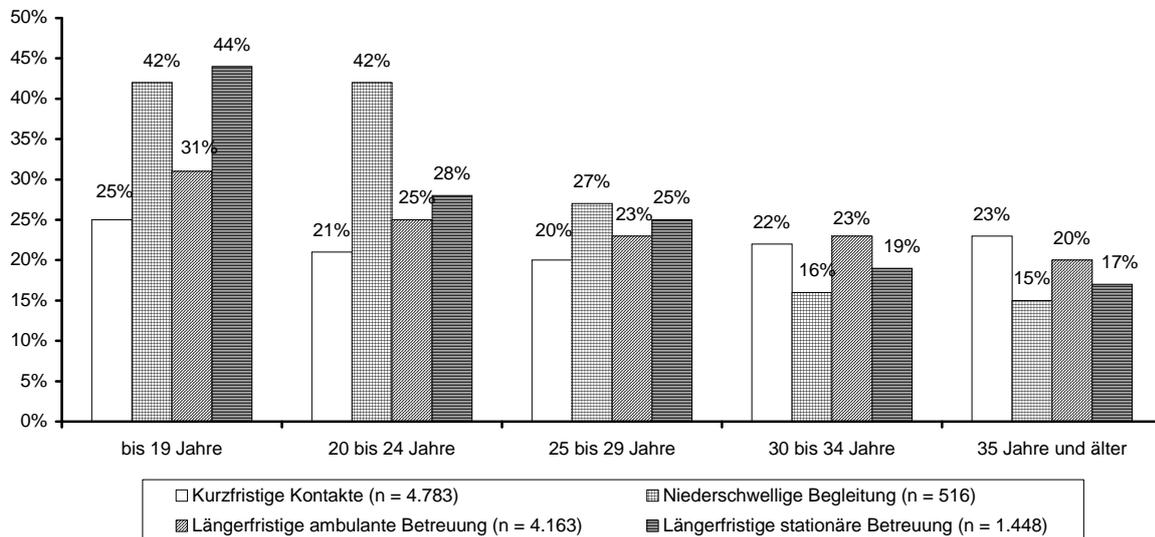


Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

In allen betrachteten Settings beträgt der Anteil der Frauen zwischen 20 und 30 Prozent. Dieser Prozentsatz entspricht etwa den bisherigen Erfahrungen (z. B. Geschlechterverteilung bei den Substitutionsbehandlungen – siehe weiter unten – und bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen; vgl. Kap. 6.1) und dürfte in erster Linie die Geschlechterverteilung bei Personen mit problematischem Konsum illegaler Substanzen widerspiegeln. Generell (mit Ausnahme der kurzfristigen Kontakte) lässt sich die Tendenz beobachten, dass der Anteil der Frauen an den betreuten Personen mit steigendem Alter abnimmt (vgl. Abb. 4.3). Auch diese Beobachtung lässt sich bei den Daten zu Substitutionsbehandlungen und suchtgiftbezogenen Todesfällen machen und entspricht den Erfahrungen in den meisten Ländern der EU (EBDD 2007). Im DOKLI-System lässt sich zudem beobachten, dass Frauen hinsichtlich der meisten Substanzen ein niedrigeres Alter beim Erstkonsum aufweisen und auch etwas früher in den intravenösen Drogenkonsum einsteigen als Männer (siehe weiter unten). Diese Daten stehen im Einklang mit Studien und Analysen aus den letzten Jahren, wonach Frauen sowohl früher in

den problematischen Drogenkonsum einsteigen als auch vermutlich früher aussteigen, was beispielsweise durch größere Problemeinsicht oder durch Schwangerschaft begründet sein kann (EBDD 2007, GÖG/ÖBIG 2007a, Haas 2005).

Abbildung 4.3: Anteil der Frauen an den Personen, die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Alter und Art der Betreuung



Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

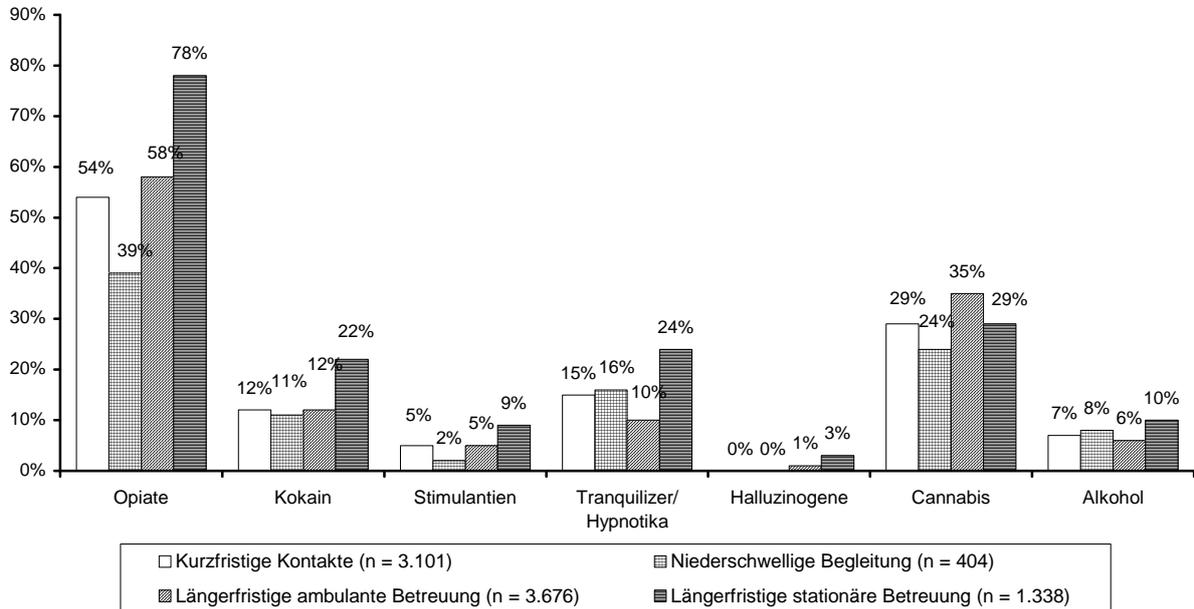
Insgesamt rund die Hälfte der Klientinnen und Klienten (exklusive kurzfristige Kontakte, bei denen diese Variable nicht erhoben wird) ist zu Betreuungsbeginn in Substitutionsbehandlung (Substitutionsbehandlungen, die erst im Zuge der Betreuung begonnen werden, wurden nicht erfasst), wobei der Anteil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

Opiate dominieren im klassischen Behandlungsbereich (längerfristig ambulant bzw. stationär) als Leitdroge²⁴. Kokain spielt als Leitdroge nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. Abb. 4.4 und Tab. A28 im Anhang A). Es zeigt sich damit, dass in Österreich im Gegensatz zu manchen EU-Ländern Opiate (immer noch) die zentrale Rolle beim behandlungsrelevanten Drogenkonsum spielen (vgl. z. B. EBDD 2007). Der Prozentsatz von Cannabis als Leitdroge beträgt je nach Setting zwischen 24 und 35 Prozent. Dies ist allerdings zum Teil durch die Tatsache zu relativieren, dass der Prozentsatz an Personen mit Therapieaufgabe in der

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 die Droge früher konsumiert wurde und im letzten halben Jahr vor der Betreuung nicht (GÖG/ÖBIG 2008a).

Gruppe mit Cannabis als alleiniger Leitdroge sehr hoch ist. Er beträgt beispielsweise bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen 66 Prozent.

Abbildung 4.4: Personen, die 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdroge(n) und Art der Betreuung

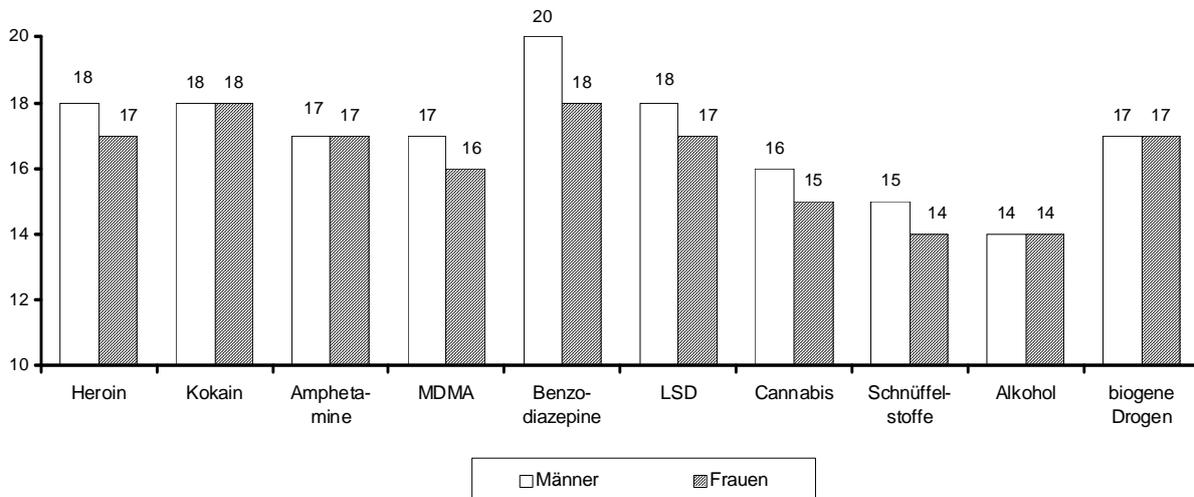


Anmerkung: Mehrfachnennungen möglich

Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich Leitdrogen zeigen sich nur wenige. Im längerfristig ambulanten und stationären Setting geben Frauen Opiate öfter und Cannabis weniger oft als Leitdroge an als Männer. Opiate, Kokain und Tranquilizer/Hypnotika werden mit zunehmendem Alter häufiger als Leitdroge genannt – mit Ausnahme der stationären Betreuungen. Die Werte bei Cannabis sinken hingegen in allen Settings mit dem Alter.

Abbildung 4.5: Alter beim Erstkonsum (Median) der Personen, die 2007 eine längerfristige ambulante Betreuung begonnen haben, nach Substanzen und Geschlecht



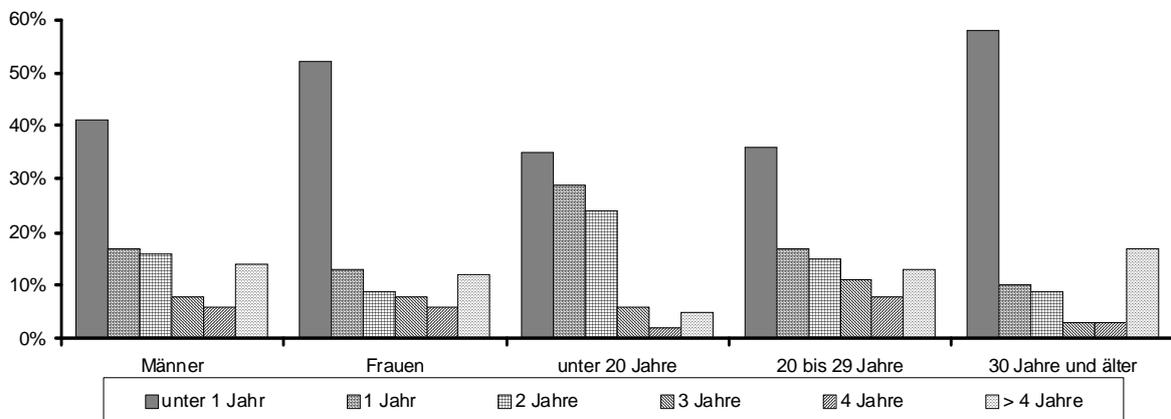
Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Weiterführende Informationen zum Alter beim Erstkonsum und zur vorwiegenden Einnahmeform liegen nur für längerfristige ambulante und stationäre Betreuungen vor. Hinsichtlich des Altersmedians beim Erstkonsums zeigt sich, dass dieser bei den meisten Drogen zwischen 17 und 20 Jahren liegt. Lediglich bei Cannabis (15 Jahre), Schnüffelstoffen (15 Jahre) und Alkohol (14 Jahre) liegt er darunter. Konsistent im Vergleich mit den Ergebnissen beim intravenösen Drogenkonsum (siehe weiter unten) ist, dass Frauen beim ersten Drogenkonsum in der Regel um ein Jahr jünger als Männer sind (vgl. Abb. 4.5).

Das Schwerpunktkapitel des diesjährigen DOKLI-Berichts (GÖG/ÖBIG 2008a) beschäftigt sich mit intravenösem Drogenkonsum. Der Anteil an Personen mit intravenösem Konsum (bezogen auf die Lebenszeit) ist nach Setting sehr unterschiedlich (kurzfristige Kontakte: 49 %, niederschwellige Begleitung: 68 %, ambulante längerfristige Betreuung: 44 %, stationäre Betreuung: 76 %; vgl. Tab. A28 im Anhang A). Frauen haben bei den längerfristigen ambulanten Betreuungen mit 55 Prozent bereits häufiger i. v. konsumiert als Männer (40 %). Generell nimmt der Anteil der Personen mit i. v. Konsum mit dem Alter zu. In längerfristiger ambulanter und stationärer Betreuung und im niederschweligen Setting ist der Prozentsatz jener Frauen, die vor dem zwanzigsten Lebensjahr mit intravenösem Drogenkonsum beginnen, höher als bei den Männern (z. B. längerfristige ambulante Betreuungen: 60 % versus 52 %). Frauen dürften demnach früher intravenös Drogen konsumieren. Dies steht im Einklang mit anderen Daten und Analysen aus dem Drogenmonitoring und kann möglicherweise durch den Entwicklungsvorsprung, den Mädchen in der Pubertät haben, erklärt werden (vgl. ÖBIG 2005, Haas 2005).

Bereits im Vorjahr wurde das Ergebnis referiert, dass ein relativ großer Anteil von Personen mit Leitdroge Heroin nicht die intravenöse Applikation, sondern Sniffen als hauptsächliche Einnahmeform dieser Droge angibt, dass dieser Anteil aber mit dem Alter der Klientel abnimmt (vgl. Tab. A29 im Anhang A). Eine mögliche Erklärung ist die Hypothese, dass im Laufe der Drogenkarriere ein Umstieg auf die intravenöse Konsumform erfolgt. Einen Hinweis darauf, dass diese Hypothese für zumindest einen Teil der Klientel der österreichischen Drogenhilfe zutrifft, liefert eine Analyse der Differenz zwischen „Alter beim ersten Heroinkonsum“ und „Alter beim ersten intravenösen Konsum“ (vgl. Abb. 4.6).

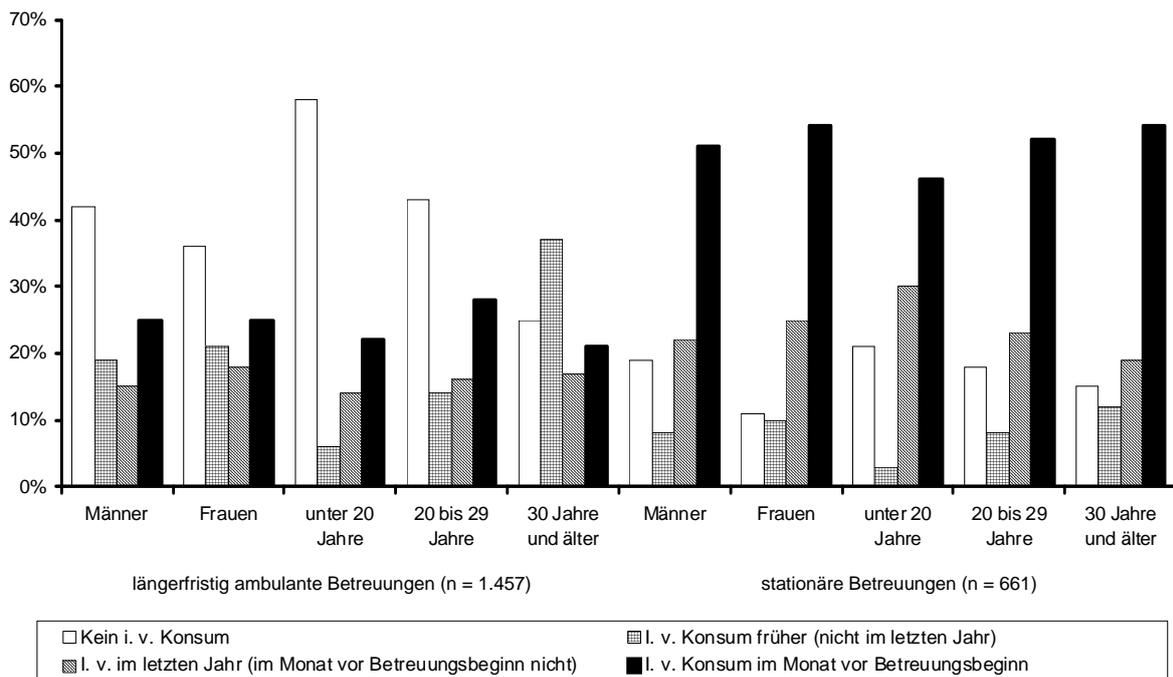
Abbildung 4.6: Zeitspanne zwischen Alter beim ersten Heroinkonsum und Alter beim ersten intravenösen Konsum bei Personen mit Leitdroge Heroin, die eine längerfristige ambulante Betreuung beginnen (n = 785)



Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Hier zeigt sich, dass der Einstieg in den Heroinkonsum bei einem nicht unerheblichen Teil an Personen, die wegen der Leitdroge Heroin in Betreuung sind und zumindest irgendwann im Leben intravenös Drogen konsumiert haben, nicht zeitgleich mit dem Einstieg in den intravenösen Drogenkonsum passiert. Der höhere Anteil an Personen, die gleichzeitig in Heroin und i. v. Konsum einsteigen, bei den über 29-Jährigen (ambulanter Bereich: 58 % versus 36 % bei den unter 20-Jährigen) kann als Indiz dafür gewertet werden, dass entweder früher mehr Personen gleich zu Beginn ihres Heroinkonsums i. v. konsumiert haben, oder dass solche Personen eine schwerere Drogenproblematik aufweisen und daher länger im System der Drogenhilfe verbleiben. Eine weitere Analyse im Rahmen des DOKLI-Schwerpunktkapitels 2008 zeigt, dass im ambulanten Bereich bei Klientinnen und Klienten unter 20 Jahren mit Leitdroge Heroin der Anteil der Personen, die noch nie i. v. konsumiert haben, 58 Prozent beträgt und bei den über 29-Jährigen nur mehr 25 Prozent ausmacht (vgl. Abb. 4.7). Der Befund, dass etwa ein Viertel der über 29 Jahre alten Klientel im ambulanten Bereich noch nie intravenös Drogen konsumiert hat, legt nahe, dass es einem Teil der Heroinabhängigen (zumindest lange Zeit) gelingt, nicht auf i. v. Konsum umzusteigen. Dieses Ergebnis hat Relevanz im Hinblick auf Möglichkeiten der Verhinderung des Umstiegs auf die wesentlich riskantere intravenöse Applikationsform im Rahmen schadensminimierender Angebote.

Abbildung 4.7: Intravenöser Drogenkonsum der Klientel mit Leitdroge Heroin, nach Alter und Geschlecht bei längerfristigen ambulanten und stationären Betreuungen



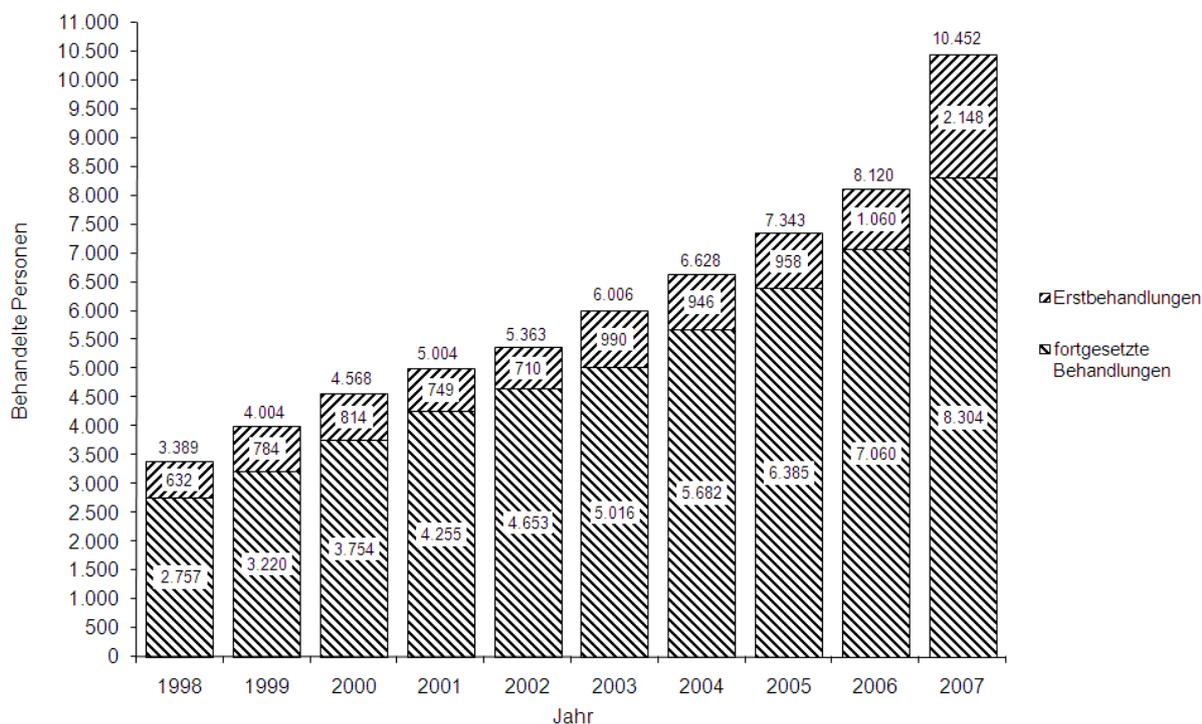
Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Das nationale Monitoring der Substitutionsbehandlungen wird vom BMGFJ wahrgenommen und basiert auf den Meldungen der behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese Meldungen sind nicht immer lückenlos und erfolgen oft nicht zeitgerecht (vgl. ÖBIG 2003), dennoch sind daraus grobe Eindrücke sowohl bezüglich der quantitativen Entwicklung als auch bezüglich

der Charakteristika der Klientinnen und Klienten zu gewinnen (vgl. ST3). Ein wesentliches Manko hinsichtlich der Datenqualität stellte die „ghost case“-Problematik²⁵ dar. Um dieses Problem in den Griff zu bekommen, wurden vom BMGFJ 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. Kap. 5.3 und 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 der Meldungen zurückzuführen.

Abbildung 4.8: Entwicklung der Zahl der jährlichen Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen, 1998–2007



Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem jeweiligen Jahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche 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 2007) sind durch Korrekturmaßnahmen des BMGFJ zu erklären.

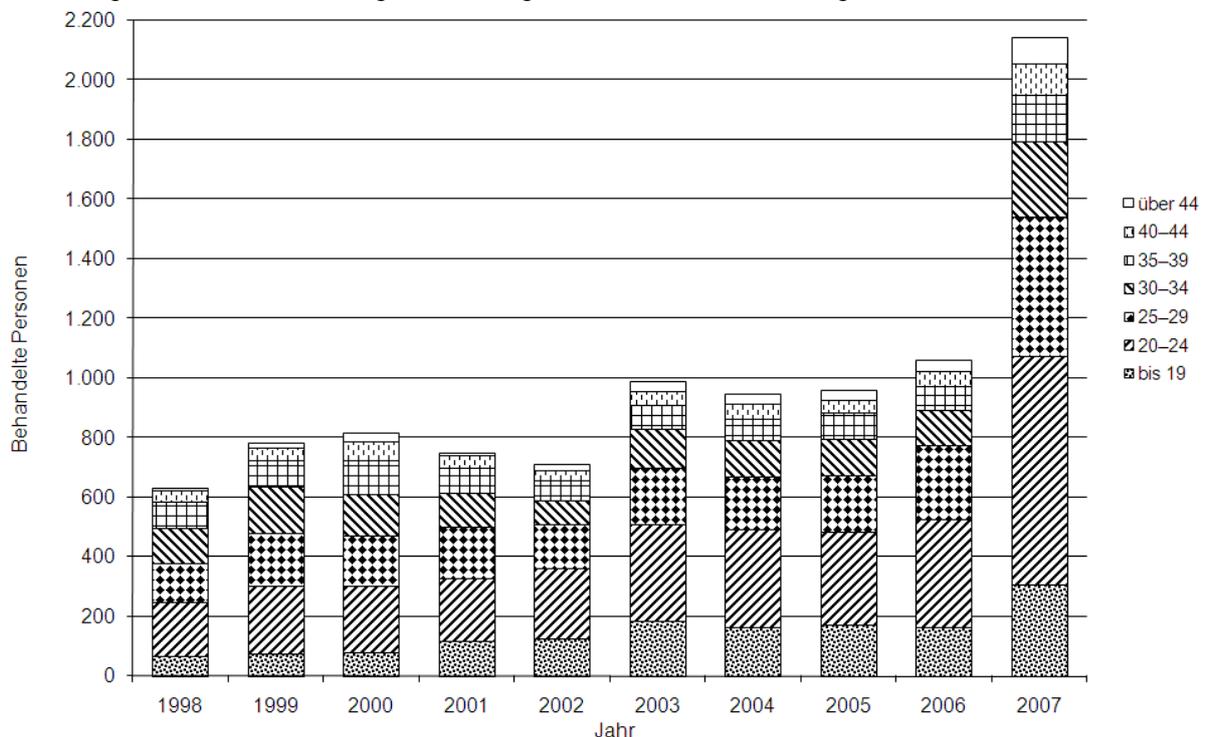
Quellen: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Die zunehmende Akzeptanz und Inanspruchnahme von Substitutionsbehandlungen zeigt sich an der jährlich steigenden Zahl der Meldungen von aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen (vgl. Abb. 4.8).

²⁵ Bei Fehlen der Meldung des Betreuungsendes geht die entsprechende Klientin bzw. der entsprechende Klient über die Jahre weiter als in einer laufenden Behandlung (= „ghost case“) befindlich in die Statistik ein (Details vgl. GÖG/ÖBIG 2006).

Wie Abbildung 4.9 zeigt, ist der Anstieg bei den Erstbehandlungen in den letzten Jahren in erster Linie auf die Altersgruppen bis 19 Jahre und 20 bis 24 Jahre zurückzuführen. 2007 stellt einen massiven Ausreißer dar, da sich die Anzahl der betreuten Personen in fast allen Altersgruppen annähernd verdoppelt hat (Hinweis auf eine verbesserte Coverage). Eine inhaltliche Interpretation ist derzeit nicht möglich, da nicht abgeschätzt werden kann, in welchem Ausmaß bereits laufende Betreuungen 2007 nachgemeldet wurden und daher fälschlicherweise als Erstbetreuungen im Substitutionsregister aufscheinen. Der Anteil der Frauen bei den Erstbehandlungen 2007 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 Erstbehandlungen nach Bundesland findet sich in Tabelle A21 im Anhang A.

Abbildung 4.9: Lebenszeitbezogenen erstmalige Substitutionsbehandlungen nach Alter, 1998–2007



Quellen: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

4.3 Charakteristika und Konsummuster auf Basis anderer Datenquellen

Analysen zu den Konsummustern von nach § 12 SMG begutachteten Personen²⁶ liegen aus Salzburg vor (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2008). Wie im Vorjahr zeigt sich, dass bei dieser Personengruppe der Konsum von Cannabis im Vordergrund steht

²⁶ Personen, bei denen ein begründeter Verdacht von Suchtgiftmisbrauch besteht und die aufgrund einer Anzeige, der Meldung eines Schulleiters, einer Militärdienststelle oder der Führerscheinbehörde hinsichtlich des Bedarfs einer gesundheitsbezogenen Maßnahme begutachtet werden

(91 Prozent von 459 Begutachtungen). Auf Kokain beziehen sich 17 Prozent, auf Ecstasy 15 Prozent, auf Opiate 13 Prozent, auf Speed 10 und auf Halluzinogene 2 Prozent. 68 Prozent der Begutachtungen wurden wegen des Konsums einer Substanz, 20 Prozent wegen des Konsums von zwei Substanzen und 12 Prozent wegen des Gebrauchs von drei oder mehr Substanzen durchgeführt. Zu Personen mit problematischen Konsummustern in der Partyszene und mit teilweise problematischem Freizeitkonsum siehe Kapitel 2.3.

Aus Niederösterreich wird in der Techno-Szene der verstärkte Konsum von GBL (Gammabutyrolacton) gemeldet. GBL ist ein Lösungsmittel, das z. B. bei der Entfernung von Graffiti verwendet wird und nicht dem SMG unterliegt. GBL wird oral eingenommen und metabolisiert im Körper zu GHB (Sicherheitsdirektion NÖ, persönliche Mitteilung).

5 Drogenbezogene Behandlungen

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 etc. zu beobachten. Ziel dieser Entwicklung ist, auf die individuellen Bedürfnisse und Lebensumstände von Suchtkranken besser eingehen zu können. In diesem Sinne steht auch in der Substitutionsbehandlung eine Reihe von verschiedenen Substanzen zur Verfügung. Die Substitutionsbehandlung hat sich zur zahlenmäßig wichtigsten Behandlungsform entwickelt, wobei es laufend Bestrebungen zur Verbesserung gibt (vgl. Kap. 4.2).

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). Diese Angebote umfassen – vor allem im ambulanten, zunehmend aber auch im stationären Bereich – sowohl abstinenzorientierte als auch substituierende Maßnahmen. Da das Ziel das Schaffen eines durchgängigen Betreuungsnetzwerks ist, beinhalten die meisten Angebote auch diverse Vorbereitungs- und Nachbetreuungs-, Freizeit- und Reintegrationsmaßnahmen (vgl. Kap. 9.1) sowie Maßnahmen für spezielle Zielgruppen (z. B. Jugendliche, Personen mit psychiatrischer Komorbidität). Einen Überblick über das Drogenhilfesystem bieten ST24, SQ27 und Suchthilfekompass²⁷. Weiters werden die Angebote 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 stoffungebundene Süchte ausgeweitet bzw. durch entsprechende Maßnahmen ergänzt, z. B. Nikotin-Entwöhnungsprogramme und Beratungen für Spielsüchtige.

5.1 Behandlungssysteme

Einrichtungen drogenspezifischer Beratung, Betreuung und Behandlung finden sich in Österreich fast flächendeckend (vgl. Karten 5.1. und 5.2). 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). Die stationären Angebote stehen Personen aus ganz Österreich, aber auch aus dem Ausland offen. Die Kapazitäten werden laufend ausgebaut, reichen jedoch dennoch nicht aus. Dies zeigt sich an den Wartelisten und Wartezeiten, die je nach Region und Einrichtung für Erstgespräche bis zu fünf Wochen, für Therapieplätze bis zu acht Wochen und für stationäre

²⁷ <http://suchthilfekompass.oebig.at>

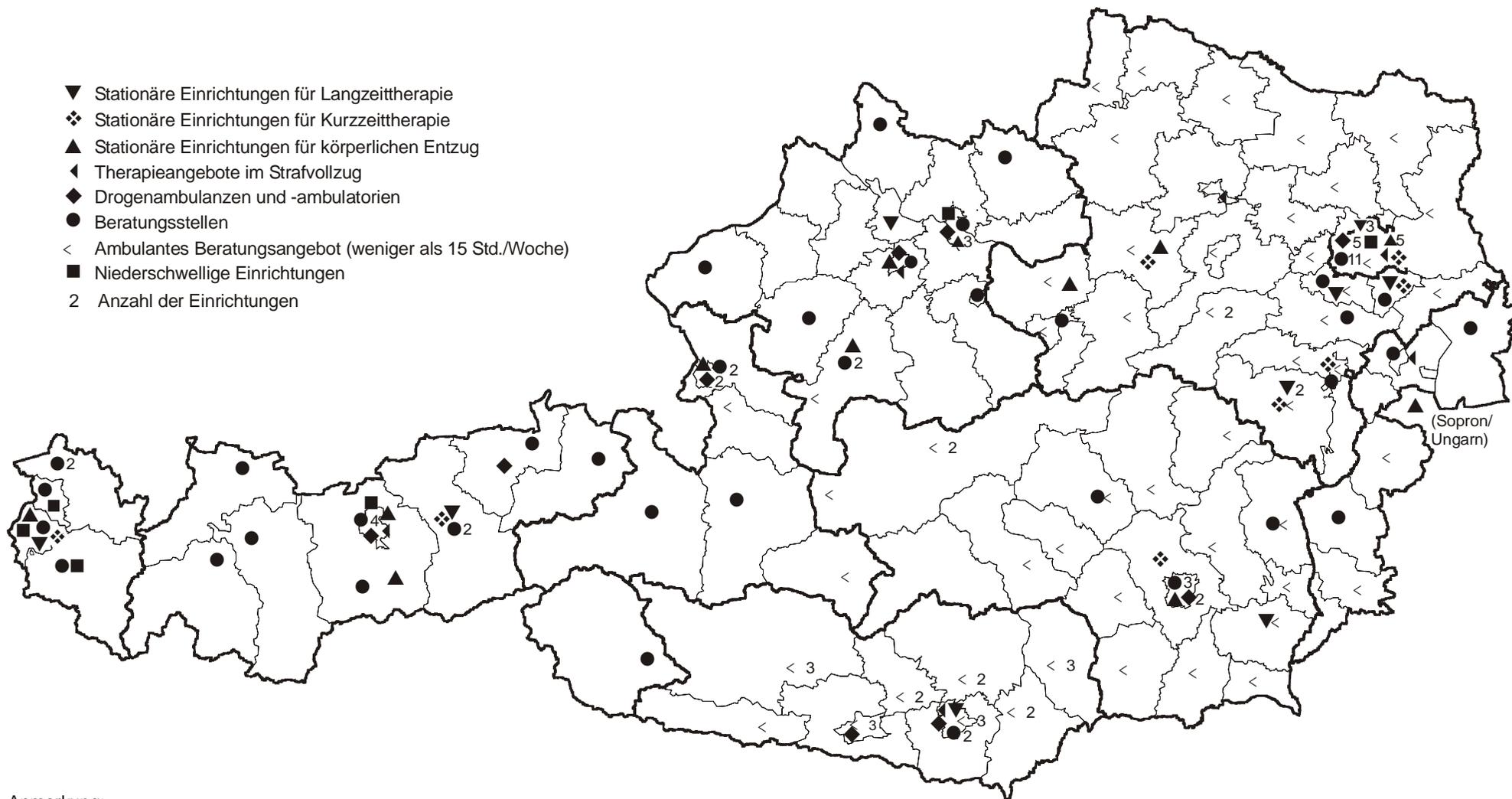
Entzugsbehandlung bis zu sechs Monate betragen²⁸. Kapazitäts- und Finanzierungsprobleme werden aber auch aus vielen Bundesländern berichtet (NÖ, Steiermark, Vorarlberg, Kärnten, Salzburg). Zurückgeführt werden sie unter anderem auf das lange Anerkennungsverfahren für neue Beratungseinrichtungen nach § 15 SMG und das Fehlen von Kooperationsverträgen mit dem Justizministerium hinsichtlich der Betreuung von Justizklientinnen und -klienten²⁹ (Hörhan, persönliche Mitteilung). Als weitere Ursachen werden häufig wechselnde Themen im Zusammenhang mit Suchterkrankungen (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008), die Zunahme an betreuungsintensiven Personen und die Überlastung der Drogenambulanzen durch vermehrte Substitutionsbehandlungen genannt (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2008). Ein Mangel an Entzugsbetten wird von Fachleuten aus Kärnten, Salzburg, Vorarlberg und Wien berichtet. Ein entsprechendes Konzept für Vorarlberg liegt bereits vor, die Umsetzung wird derzeit geprüft. In Tirol werden laut „Chill out“ kurzfristig verfügbare jugendspezifische Entzugs- und Therapieplätze benötigt (kontakt & co 2008a). Weiters fehlen ein niederschwelliges Angebot im Bezirk Bregenz (Vorarlberg), drogenspezifische Betreuungsangebote in den psychosozialen Diensten Spittal/Drau und Völkermarkt (Kärnten) sowie eine Aufstockung des ärztlichen Dienstes in den Drogenambulanzen (Amt der Kärntner Landesregierung 2008). In der Praxis wurde zudem festgestellt, dass Jugendliche mit massiven Traumatisierungen und großen Problemen beim Aufbau von Beziehungen, aber auch Personen mit kleinen Kindern eine Alternative zu stationären abstinenzorientierten Angeboten benötigen. Weitere Forderungen von Fachleuten zur Verbesserung der Behandlungssysteme beinhalten Ausbau und stärkere Diversifizierung der ambulanten Angebote, Aufbau von Strukturen für die aufsuchende Nachsorge und verstärkte Integration des Gender-Aspekts in alle Bereiche.

Um bestehenden Mängeln entgegenzuwirken, werden laufend neue Angebote geschaffen. In NÖ wurden im Berichtszeitraum drei neue Beratungsstellen eröffnet (Schwechat 12/2007, Krems 3/2008 und Mödling 4/2008) und mit dem Neubau einer Bettenstation für den Bereich Drogenentzug im Krankenhaus Amstetten/Mauer begonnen (Hörhan, persönliche Mitteilung). Am Anton-Proksch-Institut (API) wurde im Jahr 2008 ebenfalls mit dem Neubau der Entzugsstation begonnen (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b), die zukünftig nicht nur den Entzug und die Vorbereitung für die Langzeittherapie, sondern auch Programme zum teilstationären Entzug, zu Teilentzug und stationärer Stabilisierung im Sinne einer Krisenintervention übernehmen wird (API 2008). Dadurch ist auch eine Erweiterung der Therapieangebote in der Spezialambulanz Treffpunkt notwendig. Neu ist auch die Informationsbroschüre für abhängige Frauen zum Thema Substitution und Geburt, die von Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Graz gemeinsam mit der Kinderklinik entwickelt wurde.

²⁸ z. B. www.bas.at (22.1.2008 , 15.7.2008)

²⁹ www.apa.at (21.2.2008)

Karte 5.1: Spezialisierte **Einrichtungen** zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken

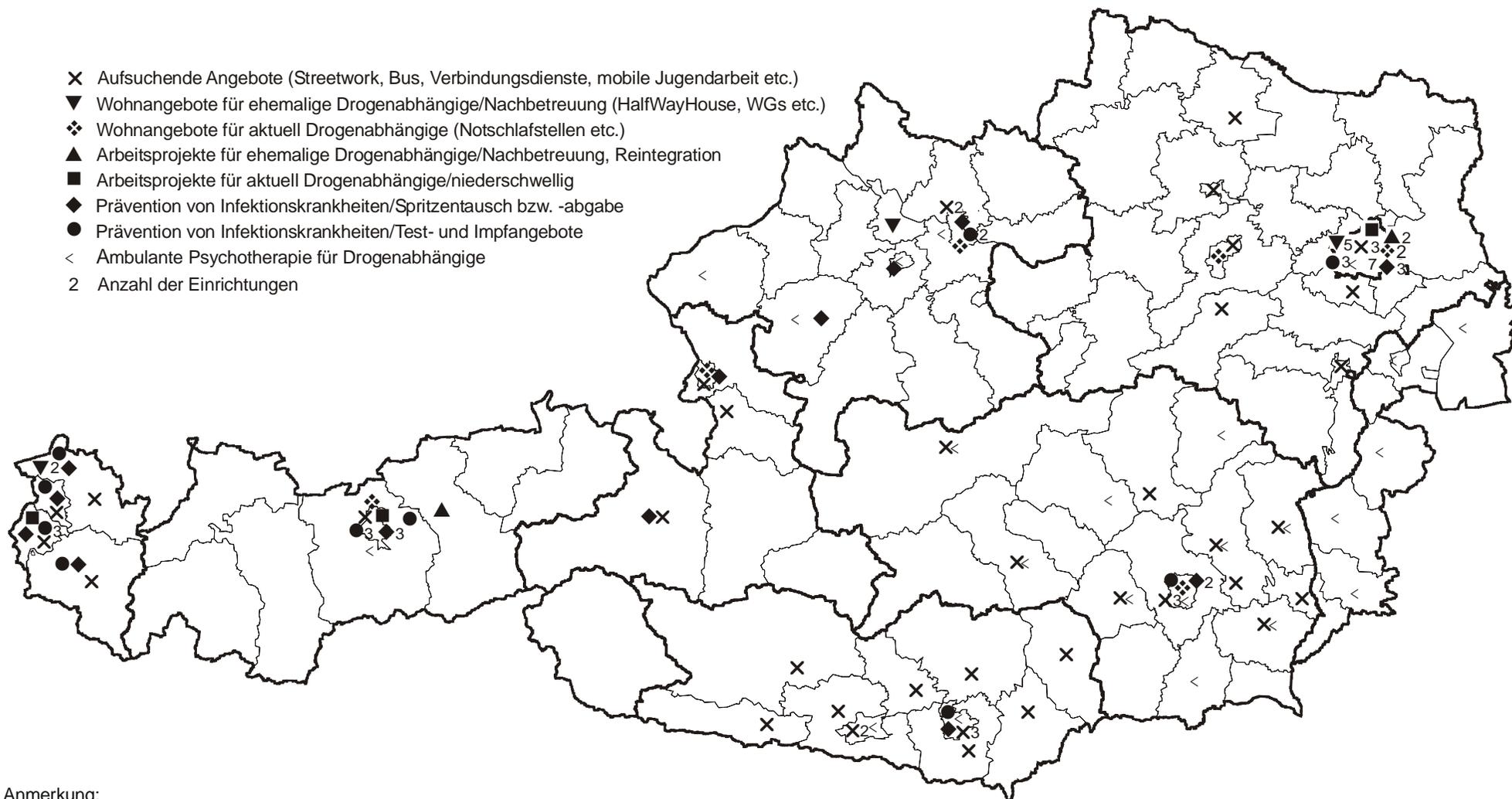


Anmerkung:

Die Karte gibt einen Überblick über ausgewählte drogenspezifische Einrichtungen, aufgeschlüsselt nach Bezirken. Die Karte erlaubt keinen Aufschluss über Quantität (zeitliche Verfügbarkeit) und Qualität (wie Besetzung und Qualifikation des Personals) des Angebots. Für den Bereich der Beratung, die häufig im Rahmen von allgemein ausgerichteten Einrichtungen (psychosoziale Beratungsstellen, Suchtberatungsstellen etc.) beschränkt auf wenige Stunden pro Woche angeboten wird, wurde aber eine Differenzierung vorgenommen. Spezialisierte Drogenberatungsstellen und beschränktes Beratungsangebot werden getrennt erfasst (siehe Legende). Weiters wird darauf verwiesen, dass es noch eine Reihe von nicht drogenspezifischen Einrichtungen gibt (z. B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Krankenanstalten), die auch für Drogenkonsumierende bzw. Drogenkranke offenstehen; sie werden in dieser Karte nicht erfasst.

Quelle: GÖG/ÖBIG, auf Basis von Informationen der Sucht- und Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren; Stand: August 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Karte 5.2: Spezialisierte **Angebote** zur Behandlung, Betreuung und Begleitung von Drogenkonsumierenden bzw. Drogenkranken



Anmerkung:

Die Karte gibt einen Überblick über ausgewählte drogenspezifische Angebote, aufgeschlüsselt nach Bezirken. Die Karte erlaubt keinen Aufschluss über Quantität (zeitliche Verfügbarkeit) und Qualität (wie Besetzung und Qualifikation des Personals) des Angebots. Die Karte differenziert nach Angebot und nicht nach Einrichtung (vgl. Karte 5.1), daher können einzelne Einrichtungen der Drogenhilfe in mehreren Kategorien aufscheinen. Weiters wird darauf verwiesen, dass es noch eine Reihe von nicht drogenspezifischen Angeboten gibt (z. B. Arbeitsmarktservice, Notschlafstellen), die auch für Drogenkonsumierende bzw. Drogenkranke offenstehen; sie werden in dieser Karte nicht erfasst.

Quelle: GÖG/ÖBIG, auf Basis von Informationen der Sucht- und Drogenkoordinatorinnen bzw. -koordinatoren; Stand: August 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Das Beratungs- und Betreuungsangebot spezifischer auf die Zielgruppen auszurichten bzw. neue zu erreichen, war und ist ebenfalls das Ziel etlicher Bemühungen, wobei die meisten Aktivitäten auf hochriskant konsumierende Jugendliche ausgerichtet sind. Im Dialog 10 wurden eigene Zugangszeiten für Jugendliche geschaffen, ein Teil des Teams spezialisiert sich auf diese Zielgruppe. Als besonders wichtig wird die Betreuung über den 18. Geburtstag hinaus (1 bis 2 Jahre) erachtet, da gerade in diesem Zeitraum für viele Jugendliche bzw. junge Erwachsene große Brüche in Beziehungen durch einen Wegfall von Unterstützungs- und Betreuungsstrukturen der MAG 11 zu verkraften sind und die Erwachsenenstrukturen für diese Zielgruppe nicht geeignet sind. Zusätzlich sind in diesem Zeitraum viele neue Aufgaben zu bewältigen, was in Summe zu einer Überforderung führen und in der Folge Überdosierungen bewirken kann (Dialog 2008). Der Drogenberatung des Landes Steiermark wurde eine wichtige Funktion als Ressource und Abklärungsstelle für Betroffene, aber auch für Fachleute zugesprochen, gleichzeitig wurde jedoch festgestellt, dass verstärkte Öffentlichkeitsarbeit für die Angebote für Fachleute aus der Jugendhilfe sinnvoll wäre (Riesenhuber (2007)). Eine Erweiterung der Angebote der Drogenberatung speziell für Jugendliche wurde für nicht notwendig erachtet, da diese Zielgruppe in den Aufgabenbereich der Jugendhilfe fällt. Als Ausnahme wurden hochriskant und abhängig konsumierende Jugendliche definiert, die in der Suchthilfe betreut werden sollten. Als Konsequenz wurde Mitte 2007 an der Drogenberatung ein neues Angebot zur lebensweltorientierten Begleitung von riskant konsumierenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen geschaffen (vgl. Kap. 3.3). Ihnen werden spezifisch ausgerichtete Bezugspersonen zur Seite gestellt, die die Begleitung im alltäglichen Lebenszusammenhang übernehmen bzw. sicherstellen (Drogenberatung des Landes Steiermark 2008). Wichtig für dieses Angebot sind Ressourcen- und Lösungsorientierung und der individuelle Umgang mit den Jugendlichen. Der Verein B.I.T. Drogensuchtberatung verstärkt ebenfalls sein Angebot für jugendliche Risikogruppen und versucht mit entsprechenden Konzepten die Erreichbarkeit der Angebote zu verbessern (B.I.T. 2008). Aber auch Drogenkonsumierende mit einem Alter von über vierzig Jahren, die zum Teil schon sehr lange in Substitutionsbehandlung sind, werden verstärkt betreut. Der Verein Dialog bietet seit April 2008 unter dem Titel „Beyond the line“ einmal wöchentlich eine unverbindliche Gesprächsplattform mit offenem Zugang für Kokainkonsumierende an (Dialog 2008). Für Angehörige von Drogenkonsumierenden wurde Anfang 2008 im Rahmen des Projektes „Mending Nets II“ der Fachhochschule St Pölten ein eigener Informationsfolder herausgegeben (Hörhan, persönliche Mitteilung). Eine „Kurier“-Beilage vom 24. 2. 2008 mit 50.000 Stück sollte die Bevölkerung in NÖ über das Netzwerk der Suchthilfe informieren.

Die Steirische Gesellschaft für Suchtfragen b.a.s. hat im Berichtszeitraum verstärkt die Auseinandersetzung mit dem Thema illegale Drogen gefördert (b.a.s. 2008). Neben einer internen Klausur für das therapeutische Personal und einer Diskussionsveranstaltung „Suchttherapie zwischen Utopie und Realität“ für Fachleute wurde eine Aussendung zum Thema „Substitution – Rausch auf Krankenschein“ für die Öffentlichkeit und ein Folder „Opiatentzug zuhause“ für Eltern drogenkonsumierender Kinder erstellt. Im November 2007 fand schließlich die steirische Suchthilfetagung „Eingrenzung – Grenzenlosigkeit – Grenzgänge – Grenzräume – Auseinandersetzungen mit der Sucht- und Drogenarbeit“ statt (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008). Auch in Vorarlberg stand der Erfahrungsaustausch im Mittelpunkt der Veranstaltung „Erfolge in der Suchttherapie: Gibt es das?“ (Stiftung Maria Ebene 2008a).

Sowohl in Vorarlberg als auch in der Steiermark wird kritisiert, dass die vorhandenen Dokumentationssysteme für eine umfassende Evaluierung der Suchthilfe nur eingeschränkt brauchbar sind, was ein Steuerungsdefizit mit sich bringt (Landes-Rechnungshof Vorarlberg 2007; Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008). Für die Steiermark wird daher der Aufbau eines landesweiten, einheitlichen und alle Suchtformen umfassenden Leistungsdokumentationssystems gefordert, bei gleichzeitiger Bereitstellung der dafür erforderlichen Ressourcen. Auch eine Beurteilung der Angebotsstruktur durch externe Fachleute wird als sinnvoll erachtet. Dadurch könnte die Suchthilfe besser auf die Bedürfnisse der Suchtkranken abgestimmt, negative Selektionseffekte könnten ausgeglichen werden. Ein weiterer Schritt in diese Richtung ist die Erstellung eines Suchtkonzeptes, das bis Ende 2008 fertig sein soll. Ein Psychiatrieplan mit einem Teilbereich Sucht ist ebenfalls in Bearbeitung. Nach Ansicht des Vorarlberger Rechnungshofs wurden durch die Änderung der gesetzlichen Grundlagen (vgl. Kap. 1.2) die Voraussetzungen für eine wirkungsorientierte Arbeitsweise, Vergleichbarkeit der Leistungen und zielorientierte Steuerung geschaffen (Landes-Rechnungshof Vorarlberg 2007). Die Neuerungen im Rahmen des Produktkatalogs sollen zukünftig die Vergleichbarkeit und Evaluierung der bestehenden Angebote gewährleisten. Durch die damit verbundene Erfassung aussagekräftiger Daten hat der Sozialfond die Möglichkeit der Steuerung und Planung der Suchtkrankenhilfe.

5.2 Abstinenzorientierte Behandlung

Es gab keine relevanten Veränderungen bei den Rahmenbedingungen der abstinenzorientierten Behandlung. Drogenentzugsbehandlungen werden primär stationär, zunehmend aber auch ambulant durchgeführt. Der Trend zu flexibleren Programmen mit unterschiedlichen Laufzeiten setzt sich weiterhin fort. Aus der Stiftung Maria Ebene (2008a) wird eine Tendenz zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes berichtet, indem zunehmend Kriseninterventionen und kurzfristige Stabilisierungsbehandlungen in Anspruch genommen werden. Dadurch können Rückfälle abgefangen, Krisen bewältigt und Langzeitbehandlungen verhindert werden. Das therapeutische Konzept des Krankenhauses Maria Ebene musste adaptiert werden, da immer häufiger mehrere Suchtformen gleichzeitig diagnostiziert werden und vor allem bei jungen Personen zunehmend zusätzlich stoffungebundene Süchte auftreten. Die suchtmmedizinische Ambulanz der Stiftung registriert einen verstärkten Andrang an Abenden und Wochenenden. Die Erfahrungen der Therapiestation Walkabout zeigen, dass durch ein Vorbetreuungs- und Motivationsangebot sowie eine im Therapieplan klar definierte Nachbetreuung Haltequote und Therapieerfolg deutlich verbessert werden können (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008). Als wesentlicher Bestandteil wird auch ein im Rahmen der ambulanten Nachbetreuung angebotenes Rückfallmanagement gesehen. Neue Angebote der Entzugsstation des API sind psychoedukative Gruppen mit dem Ziel, Compliance und Gesundheitsverhalten zu fördern und die Rückfallwahrscheinlichkeit zu verringern, Körperwahrnehmungsgruppen und eine Musikwerkstatt für die Musiktherapie (API 2008). Das abstinenzorientierte Kurzzeittherapieprogramm wird künftig am Standort der Langzeittherapiestation in Mödling angeboten, wodurch konzeptuelle und organisatorische Änderungen notwendig sind.

In der Therapiestation Lukasfeld werden die behandelten Personen zunehmend jünger, so dass aufgrund ihrer höheren Instabilität und ihres geringeren emotionalen Durchhaltevermö-

gens weniger Personen die Behandlung regulär abschließen (Stiftung Maria Ebene 2008a). Die Wohngemeinschaft kann hingegen bei Personen, die sich auf einen längeren Prozess einlassen, sehr gute Erfolge erzielen. Im Jahr 2007 wurde schließlich mit einem Theaterprojekt begonnen. Die Therapiestation Carina wurde im Berichtszeitraum mithilfe eines in den letzten drei Jahren entwickelten Modells zur klinisch-psychologischen Dokumentation und Evaluation stationärer Entwöhnungsbehandlungen evaluiert (Stiftung Maria Ebene 2008b). Dieses Modell beinhaltet eine standardisierte Eingangs- und Abschlussdiagnostik sowie eine Befragung zur Einjahreskatamnese³⁰. Die strenge Tages- und Wochenstruktur wurde zwar kritisiert, aber doch als wesentlich für den Therapieerfolg gesehen. Besonders positiv sind die signifikanten Verbesserungen bei abstinenzbezogenen Kompetenzen und der Lebensqualität sowie die hochsignifikante Reduktion des subjektiven psychischen und physischen Belastungserlebens. Rund ein Drittel fand jedoch das Gruppenklima nicht angenehm oder positiv, und rund ein Fünftel hat ergänzende Therapiebausteine wie z. B. Yoga kaum in Anspruch genommen. Die erste Katamnesebefragung³¹ (Stiftung Maria Ebene 2008c) zeigte, dass Frauen ihre Therapie häufiger erfolgreich abschließen konnten als Männer (83 % versus 68 %), was auch auf das zu berücksichtigende Schutzbedürfnis aufgrund traumatischer Erfahrungen zurückgeführt wird. Die Abstinenzquote für illegale Suchtmittel ein Jahr nach Abschluss der Therapie beträgt bei allen erreichten Personen 88 Prozent; wird der Konsum von Alkohol mitberücksichtigt, reduziert sich diese Quote auf 45 Prozent. Ein Großteil der Therapierten beurteilt die persönliche Lebensqualität ein Jahr nach der Therapie im Vergleich zum Therapieantritt als wesentlich besser (über 70 %) bzw. hat die Nachsorgeangebote in Anspruch genommen (fast 80 %). Die Therapiedauer wurde von 49 Prozent als genau richtig und von 46 Prozent als zu kurz bezeichnet.

Im Rahmen des Interreg-III-A-Projektes „ASBO – Akutversorgung Suchtkranker im Bodenseeraum“ (vgl. GÖG/ÖBIG 2006) wurden grenzüberschreitende Strukturen für eine gute Zusammenarbeit geschaffen und in allen Partnereinrichtungen drei Monate nach Therapieabschluss eine Katamnese durchgeführt. Die Befragung ergab bessere Werte hinsichtlich Abstinenz, Behandlungszufriedenheit und -erfolg für die längerfristige Behandlung in Maria Ebene im Vergleich zu den kürzeren Behandlungen der anderen beteiligten Institutionen³². Relativierend wurde im Rahmen der Abschlusstagung „Suchtkranke und Integration in Arbeit und Gesellschaft“ im März 2008 in Ravensburg festgestellt, dass es einige Unterschiede zwischen den Einrichtungen gibt, unter anderem bei Diagnosenerstellung und Finanzierung.

³⁰ Die Eingangsdiagnostik erfolgt zwei bis vier Wochen nach der Aufnahme, die Abschlussdiagnostik vier bis zwei Wochen vor Abschluss der Therapie. Im Jahr 2006 haben 36 Personen die Therapie erfolgreich abgeschlossen, im Jahr 2007 waren es 35. Die Ergebnisse beziehen sich auf alle Personen, die die Therapie erfolgreich abgeschlossen haben und von denen Testergebnisse vorliegen (meistens zwischen 23 und 27 Personen).

³¹ Die Katamnesebefragung erfolgt ein Jahr nach Abschluss der Therapie mittels Telefoninterview. Von 49 Personen, die ihre Therapie im Jahr 2006 erfolgreich abgeschlossen oder abgebrochen haben, konnten 39 befragt werden. Eine Klientin wurde im Jahr 2007 wieder aufgenommen und daher nicht befragt.

³² www.mariaebene.at (31.7.2008)

5.3 Medikamentengestützte Behandlung

Medikamentengestützte Behandlung findet vor allem in Form von Entzugs- oder Substitutionsbehandlung statt. Zur Entzugsbehandlung liegen – abgesehen von wenigen Änderungen in der Angebotsstruktur (vgl. Kap. 5.1) – keine neuen Informationen vor.

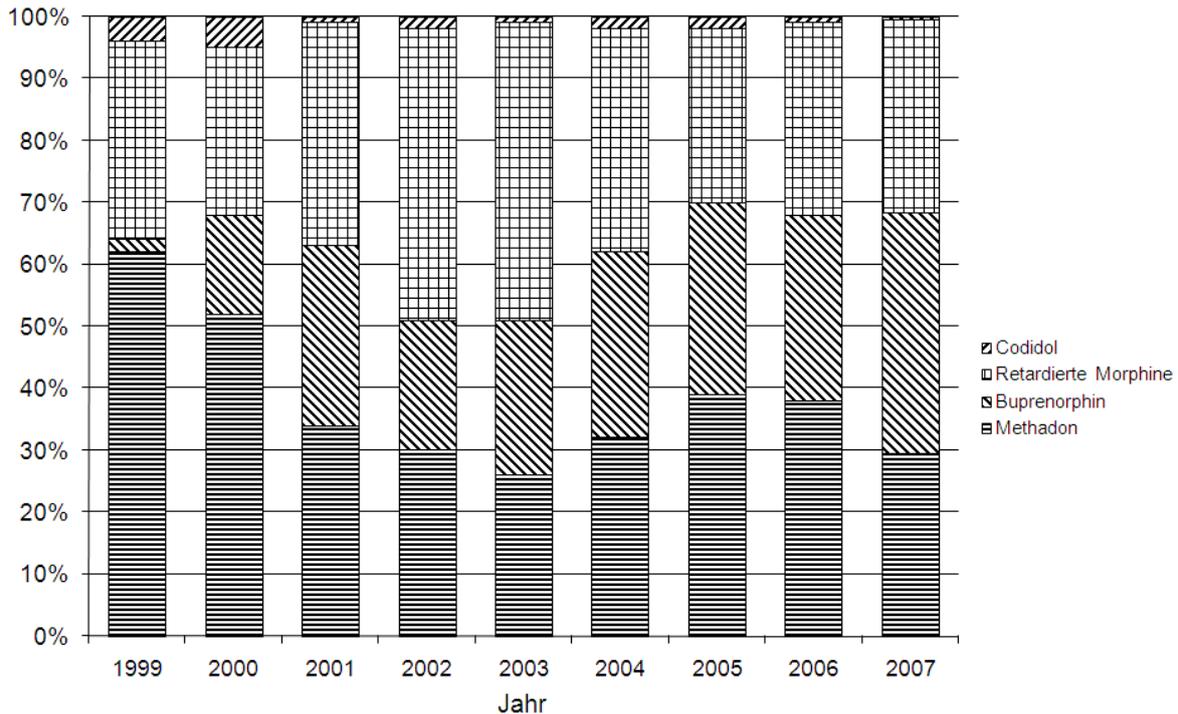
Die Sachverständigenkommissionen der Länder, die auf Basis der neuen rechtlichen Rahmenbedingungen der Substitutionsbehandlung (vgl. GÖG/ÖBIG 2007) zu installieren und für das Fehlermanagement auf Landesebene zuständig sind, wurden in allen Bundesländern bereits eingesetzt. Auf Bundesebene wurde der einzusetzende Ausschuss als Kommission zur Qualitätssicherung in der Suchterkrankung beim Obersten Sanitätsrat angesiedelt. In die vorgesehene Evaluierung der substitutionsrelevanten Verordnungen ist auch die im April 2008 gegründete Arbeitsgruppe des Bundesdrogenforums eingebunden. Im Herbst 2008 soll auf Basis eines Berichts eine Entscheidung über allfällige Novellierungen getroffen werden.

Aus Sicht des BMGFJ liegen zu Auswirkungen der Verordnungen bisher sehr allgemein gehaltene Kurzberichte zweier Bundesländer vor (Pietsch, persönliche Mitteilung). Aus Sicht der Länder bzw. einzelner Einrichtungen bestätigt sich der bereits im Vorjahr beschriebene Rückgang von niedergelassenen substituierenden Ärztinnen und Ärzten (Kärnten, NÖ, OÖ, Steiermark, Tirol), was teilweise zu Versorgungsengpässen führt. Teilweise wird die Versorgung durch Drogenambulanzen oder Beratungsstellen übernommen, was aber wiederum dort Kapazitätsprobleme erzeugt (vgl. Kap. 5.1). Um der Tendenz zu Versorgungsengpässen entgegenzuwirken, werden einerseits Verhandlungen für eine Leistungshonorierung für substituierende Ärztinnen und Ärzte geführt (NÖ, Salzburg) bzw. wurden solche bereits abgeschlossen (OÖ, Tirol). Andererseits werden die Angebote ausgebaut (vgl. Kap. 5.1). So werden z. B. in Salzburg im Rahmen der Umsetzung des Zweitordinationsmodells zur Dezentralisierung der Substitutionstherapie (vgl. ÖBIG 2005, GÖG/ÖBIG 2006) zwei Beratungsstellen adaptiert. In Wien ist – auch aufgrund der Sonderstellung als Großstadt – die Versorgungslage traditionellerweise relativ gut. Bezüglich der Mitgaberegelung gibt es sowohl positive als auch negative Erfahrungen. Der Verein Dialog z. B. hat zwar gute Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit den Amtsärztinnen und -ärzten gemacht, beobachtet jedoch eine Verschlechterung der Situation für berufstätige Substituierte und Frauen mit Kleinkindern, für die „der tägliche Gang in die Apotheke oft nur schwer mit der Kinderbetreuung in Übereinstimmung zu bringen ist“ (Dialog 2008). In knapp zehn Fällen wurden vom Gesundheitsressort zu aufgezeigten Problemstellungen im Rahmen der Substitutionsbehandlung entweder Überprüfungen veranlasst oder Auskünfte betreffend Abgabe- und Mitgaberegelungen erteilt (Pietsch, persönliche Mitteilung).

Die Daten zu den österreichweit gemeldeten Erstbehandlungen (vgl. Kap. 4.2) zeigen eine deutliche Zunahme der Verordnung von Buprenorphin (2007: 38 %) bei abnehmender Verordnung von Methadon (2007: 30 %), während sich das Ausmaß der Anwendung von retardierten Morphinen (2007: 31 %) und Codein (2007: 1 %) nicht verändert hat (vgl. Abb. 5.1). Wie im Vorjahr ergeben die Auswertungen der DOKLI-Daten (vgl. Kap. 4.1 und 4.2) ein anderes Bild. Demnach werden retardierte Morphine am häufigsten eingesetzt (46 % bei den längerfristig ambulant betreuten, 62 % bei den niederschwellig begleiteten und 65 % bei den längerfristig stationär betreuten Personen); mit Methadon werden 20 bis 25 Prozent der Substituierten behandelt und mit Buprenorphin nur 10 bis 21 Prozent (GÖG/ÖBIG 2008). Während Buprenorphin tendenziell eher in der jüngsten Altersgruppe (unter 20 Jahre) einge-

setzt wird, trifft dies bei Methadon und retardierten Morphinen auf die Altersgruppe der über 29-Jährigen zu. Es muss allerdings wieder auf die im Vorjahr erläuterten Einschränkungen der Vergleichbarkeit hingewiesen werden (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Den größten Stellenwert hat Methadon bei der Substitution von Insassen der Justizanstalten. Im Jahr 2007 wurde bei 50 Prozent Methadon, bei 35 Prozent retardierte Morphine, bei 14 Prozent Buprenorphin und bei 1 Prozent sonstige Substitutionsmittel eingesetzt (Kahl, persönliche Mitteilung).

Abbildung 5.1: Entwicklung der bei der Erstbehandlung verwendeten Substitutionsmittel in den Jahren 1999–2007



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

Als Ergänzung des Substanzspektrums für die Substitutionsbehandlung wurde im Rahmen der 3. EAAT-Konferenz das Kombinationspräparat Suboxone empfohlen. Durch die Kombination von Buprenorphin und Naloxon in diesem Arzneimittel soll dessen missbräuchliche Verwendung stark eingeschränkt sein^{33,34}. Suboxone wurde Anfang 2008 in den Erstattungskodex des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger aufgenommen, eine Aufnahme in die Verordnung steht bevor. Im steirischen Suchtbericht (Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2008) wird als weitere Ergänzung des Substanzspektrums für eine Hochrisikogruppe an sozial deprivierten, psychisch komorbiden und intravenös konsumierenden Personen mit hohem Benzodiazepin-Beikonsum eine Diamorphin-Behandlung in einem stark geschlossenen therapeutischen Setting empfohlen. In der Bundesdrogenkoordination werden der wissenschaftliche Diskurs sowie Fachmeinungen und politische Entwicklungen auf nationaler wie internationaler Ebene zu unterschiedlichsten Therapiekonzepten beobachtet (Pietsch, persönliche Mitteilung).

³³ www.drogensubstitution.at (5.5.2008)

³⁴ www.drogenhilfe.at (24.7.2008)

Bei verschiedenen Veranstaltungen – z. B. bei den Podiumsdiskussionen „Suchttherapie im Spannungsfeld“ im Oktober 2007 in Graz bzw. „Drogentherapie – Ein emotionales Thema?“ im November 2007 in Bregenz und beim 11. Substitutions-Forum im April 2008 in Mondsee sowie bei der 53. Tagung des Österreichischen Arbeitskreises für kommunikative Drogenarbeit (ÖAKDA) im April 2008 in Wien – hat sich gezeigt, dass der Diskurs zur Substitutionsbehandlung nach wie vor anhält. Themen sind im Wesentlichen die Missbrauchsproblematik und die Einschränkung der Handlungsfreiheit der substituierenden Ärztinnen und Ärzte aufgrund einer Unterschätzung ihrer Erfahrung und einer Überschätzung der Möglichkeiten evidenzbasierter Medizin bzw. klinischer Untersuchungen^{35,36}.

Ein Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie zum State of the Art hinsichtlich substanzbezogener Störungen und psychiatrischer Erkrankungen enthält neben einer Beschreibung von Epidemiologie, Genese und klinischen Erscheinungsformen sowie Folgeschäden vor allem Empfehlungen zur Behandlung (ÖGPB 2007). Darin wird festgehalten, dass die Substitutionsbehandlung ein wesentlicher Bestandteil der Suchttherapie ist, die gemeinsam mit allgemeinmedizinischer, psychiatrischer, sozialtherapeutischer und psychotherapeutischer Betreuung stattfinden und von spezialisierten Ärztinnen und Ärzten initiiert und begleitet werden sollte. Nach Meinung der Autorinnen und Autoren kann das Missbrauchsrisiko durch eine genaue Definition der Einnahmemodalitäten reduziert werden; als Beispiel werden die Schweizer Substitutionsmodelle genannt.

Im Jahr 2007 wurde das Angebot der Drogenambulanz Klagenfurt für Substituierte evaluiert (Brunner et al. 2007). Ein Vorher-nachher-Vergleich³⁷ zeigte, dass bereits nach kurzer Behandlungsdauer positive Veränderungen im somatischen Befinden und in der subjektiv erlebten Lebensqualität erreicht wurden, nicht jedoch bei der Einschätzung der sozialen Beziehungen und der Umweltbedingungen. Bei der Mehrheit der Personen mit laufender Substitutionsbehandlung³⁸ konnten Verbesserungen in den Bereichen Wohnen, psychosoziale Situation, Compliance, Drogenkonsum, psychisches und physisches Befinden erzielt werden. Hinsichtlich der beruflichen oder schulischen Situation ist jedoch bei fast 40 Prozent keine Stabilisierung eingetreten. Es sind daher spezifische Maßnahmen für diesen Bereich notwendig. Auch in Bezug auf die Compliance wird verstärkte Motivationsarbeit empfohlen, da immerhin bei 14 Prozent keine Verbesserung erreicht wurde. Eine weitere Befragung³⁹ ergab eine sehr hohe Zufriedenheit mit der Behandlung; Verbesserungen wurden hinsichtlich der Wartezeiten und der Infrastruktur vorgeschlagen. Zur langfristigen Qualitätssicherung wurden im Rahmen der Evaluation Methoden zur Selbstevaluation vermittelt sowie gemeinsam mit dem interdisziplinären Team der Drogenambulanz ein Leitbild erarbeitet.

³⁵ www.drogensubstitution.at (5.5.2008)

³⁶ www.oegabs.at (10.6.2008)

³⁷ Die erste Befragung fand zu Behandlungsbeginn statt, die zweite nach vier bis fünf Monaten. Befragt wurden 23 Neuzugänge, wobei zwei Personen die Behandlung abgebrochen hatten und daher nicht berücksichtigt wurden.

³⁸ Für eine umfassende Beschreibung der gesamten Klientel wurden die Erstanamnesedaten von 146 Personen verwendet, die zum Stichtag mindestens sechs Monate in Substitutionsbehandlung waren. Zur Beurteilung der Behandlungsverläufe wurde daraus eine zufällige Stichprobe von 50 Personen gezogen und verfügbare Dokumente (z. B. Behandlungsprotokolle) qualitativ ausgewertet.

³⁹ Dazu wurden 14 Personen ausgewählt, die sich seit mindestens einem Jahr in Substitutionsbehandlung befanden. Es wurden halbstrukturierte Leitfadeninterviews durchgeführt. Da die Teilnahme freiwillig war und die Personen weiterhin in Behandlung stehen, kann eine positive Verzerrung der Ergebnisse nicht ausgeschlossen werden.

6 Gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

Seit 1989 werden in Österreich vom Gesundheitsressort Daten zu suchtgiftbezogenen Todesfällen gesammelt. In den letzten Jahren wurde ein Anstieg dieser Todesfälle festgestellt, wobei dieser Trend im Berichtsjahr aber unterbrochen wurde.

Infektionskrankheiten sind insbesondere in Hinblick auf die Übertragungsgefahr bei intravenösem Substanzkonsum von Relevanz, wobei diesbezügliche Daten auf einigen kleinen 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 4 %). Die Prävalenzrate für Hepatitis C-Antikörper pendelt sich bei rund 50 Prozent ein. Die Prävalenzrate für Hepatitis B liegt bei unter 30 Prozent.

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.

6.1 Suchtgiftbezogene Todesfälle und Mortalität

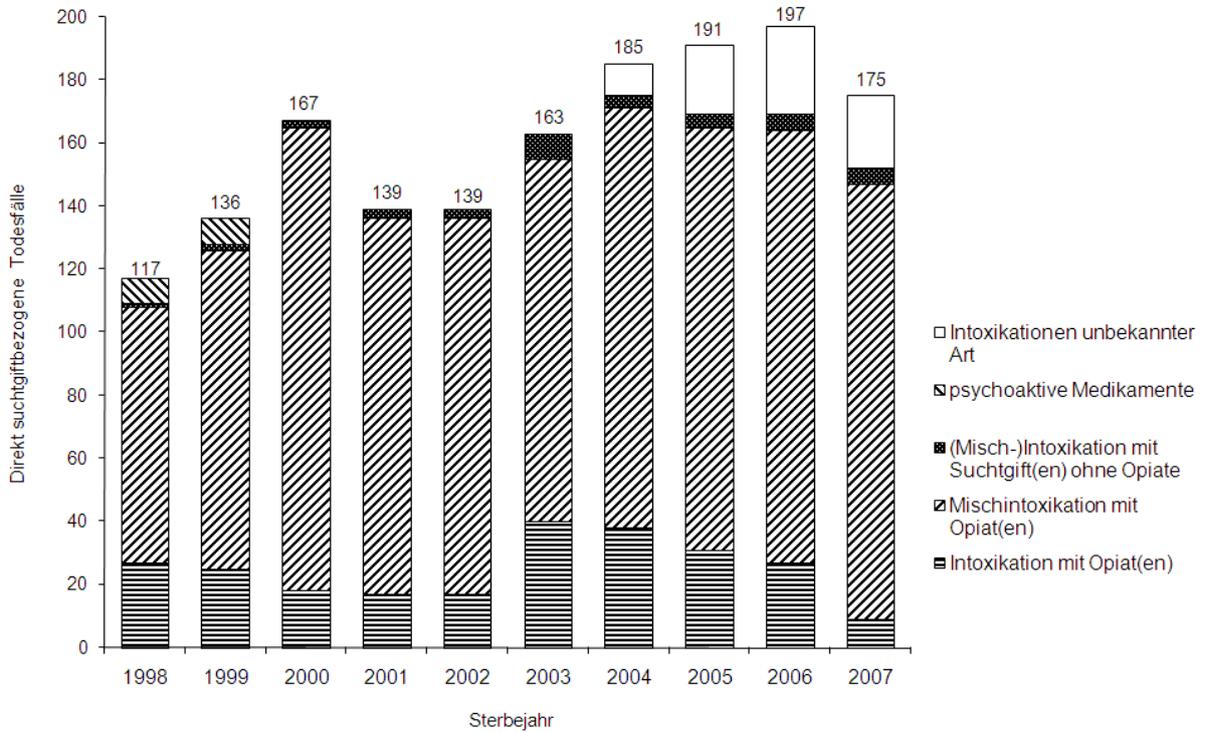
Bei den suchtgiftbezogenen Todesfällen wird zwischen den direkt und den indirekt suchtgiftbezogenen Todesfällen unterschieden (genaue Methodologie vgl. GÖG/ÖBIG 2008b). Die Darstellung der indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle findet sich in Kapitel 6.4.

Die Analyse der suchtgiftbezogenen Todesfälle erfolgt anhand gerichtlicher oder sanitätspolizeilicher Obduktionen. Im Jahr 2007 fanden zahlreiche organisatorische Änderungen am Department für Gerichtliche Medizin der Medizinischen Universität Wien statt, die dazu führten, dass seit Mitte 2007 die meisten Obduktionen in Wien in Krankenanstalten stattfinden. Der Anteil von Suchtgiftintoxikationen unbekannter Art (d. h., es wurde nur ein immunologischer Vortest durchgeführt) entspricht dem der letzten Jahre, was darauf hinweist, dass sich die Datenqualität nicht verschlechtert hat.

Die Zahl der direkt an den Folgen von Drogenkonsum (Intoxikation) verstorbenen Personen ist im Vergleich zum Jahr 2006 von 197 auf 175 im Jahr 2007 gesunken (vgl. Tab. A3, A4 und A5 im Anhang A; ST5 und ST6; GÖG/ÖBIG 2008b). In 14 Prozent der Fälle wurden bei der Toxikologie ausschließlich illegale Drogen (eine Droge allein oder mehrere Drogen in Kombination) festgestellt. Zusätzlich wurden in 47 Prozent der Fälle auch psychoaktive Medikamente, in 14 Prozent der Fälle auch Alkohol und zu 25 Prozent beides – Alkohol und psychoaktive Medikamente – nachgewiesen (vgl. Tab. A6 und A7 im Anhang A). Wie in den Vorjahren zeigt sich ein starkes Überwiegen der Mischintoxikationen unter Beteiligung von Opiaten (91 % der Intoxikationen mit bekannten Substanzen; vgl. Abb. 6.1). Der Anteil reiner Opiatintoxikationen ist mit rund 6 Prozent im Vergleich zu den Jahren davor weiterhin sinkend (2004: 22 %; 2005: 18 %; 2006: 16%). Ebenso sinkt die Anzahl der Mischintoxikationen, bei denen nur illegale Substanzen festgestellt werden. Polytoxikomane Konsummuster, bei denen die sich teilweise potenzierende Wirkung unterschiedlicher Substanzen schwer

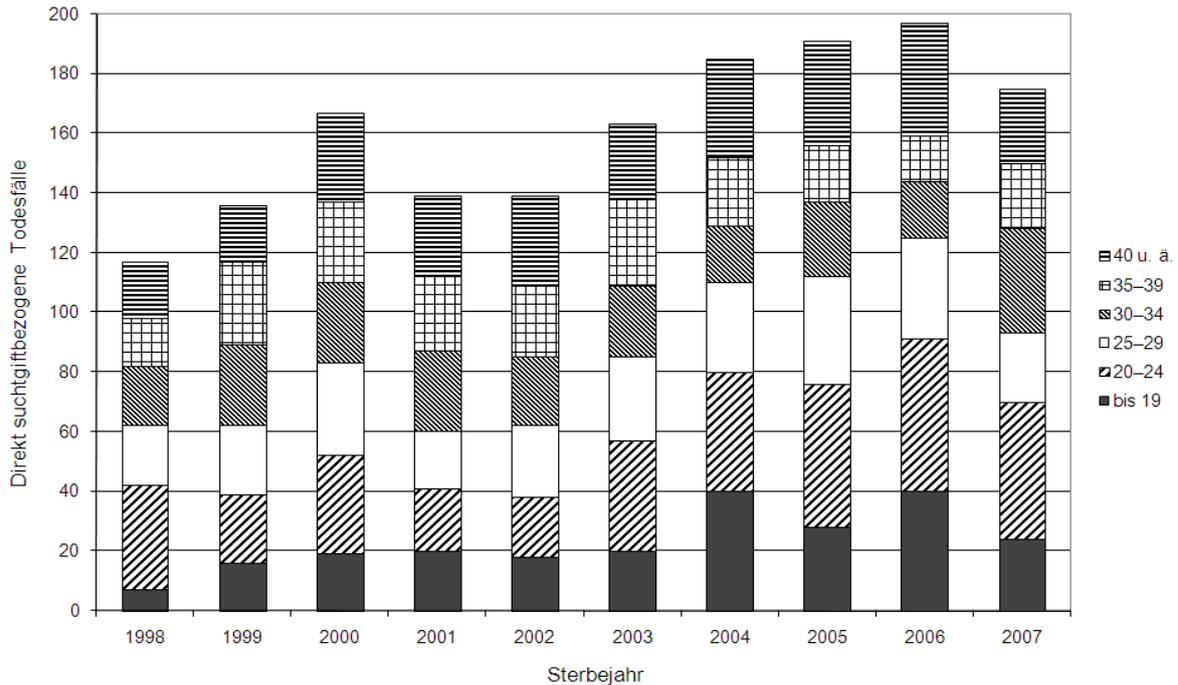
kontrollierbar ist, sind nach wie vor stark verbreitet und stellen ein erhebliches gesundheitliches Risiko dar (vgl. Kap. 4).

Abbildung 6.1: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1998–2007



Quelle: GÖG/ÖBIG 2007b; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Abbildung 6.2: Altersverteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich, 1998–2007



Quelle: GÖG/ÖBIG 2007b; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Der gruppierte Median⁴⁰ des Alters betrug im Jahre 2007 28,3 Jahre. Somit ist der Median des Alters im Beobachtungsjahr erstmals wieder gestiegen, nachdem in den letzten Jahren eine stetige Verringerung beobachtet worden war (2004: 26,1; 2005: 25,9; 2006: 24,6). Der Anteil der Gruppe der Personen unter 20 Jahren liegt mit 14 Prozent in der Schwankungsbreite der letzten Jahre (2004: 22 %; 2005: 15 %; 2006: 20%; vgl. Abb. 6.2). Der Anteil der 20- bis 24-Jährigen liegt mit 26 Prozent im Durchschnitt der letzten Jahre (2004: 22 %; 2005: 25 %; 2006: 26%). Der Anteil der Frauen bei den direkt an den Folgen des Drogenkonsums verstorbenen Personen entspricht mit 22 Prozent dem langjährigen Durchschnitt.

Die meisten suchtgiftbezogenen Todesfälle verzeichnete im Jahr 2007 das Bundesland Wien, was nicht überrascht, da bekanntermaßen in Großstädten und Ballungszentren die Drogenproblematik verschärft auftritt. In Wien wurden 2007 (vgl. Tab. A4 und A7 im Anhang A) 7,8 direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Personen in der Bevölkerung zwischen 15 und 64 Jahren gezählt, gefolgt von Vorarlberg mit 2,8 pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (GÖG/ÖBIG 2008b). Der österreichische Durchschnitt lag 2007 bei 3,1 suchtgiftbezogenen Todesfällen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner.

Schwankungen bezüglich der Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle müssen wegen der im statistischen Sinne geringen Anzahl mit Vorsicht interpretiert werden und dürfen keinesfalls mit der Entwicklung der Drogensituation insgesamt gleichgesetzt werden. Aufgrund des einmaligen Rückgangs der suchtgiftbezogenen Todesfälle kann daher noch nicht unbedingt von einer Entschärfung der Situation ausgegangen werden.

6.2 Drogenbezogene Infektionskrankheiten

Vorhandene Daten aus der niederschweligen wie auch der stationären Drogenhilfe (vgl. Tab. 6.1) weisen im Berichtsjahr auf eine Hepatitis-B-(HBV-)Rate hin, die zwischen 7 und 22 Prozent streut (2006: 5 bis 27 %). Die Hepatitis-C-Antikörper-(HCV-Ab-)Prävalenz liegt im Jahr 2007 bei 20 bis 63 Prozent (2006: 38 bis 55 %), wobei hier die Therapiestation Lukasfeld mit 20 Prozent von den restlichen Prävalenzen deutlich abweicht. In diesem Sinne zeichnet sich weiterhin eine schon im Vorjahr beobachtete HCV-Ab-Prävalenz bei etwas über 50 Prozent ab (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Aus den Einrichtungen wird weiterhin eine niedrige HIV-Prävalenz zwischen 0 und 4 Prozent berichtet. Auch die Gutachten der suchtgiftbezogenen Todesfälle weisen auf eine HIV-Prävalenz zwischen 3 und 6 Prozent hin (2006: 4 % bis 7 %).

Bezüglich Hepatitis C sind auch dieses Jahr die Prävalenzen zum HCV-Antikörnernachweis (HCV-Ab) und zur HCV-RNA von einzelnen Einrichtungen gesondert dokumentiert (vgl. Tab. 6.1). Aufgrund der großen Streuung der HCV-RNA-Prävalenz zwischen 18 Prozent in Lukasfeld und 72 Prozent im Rahmen von DOKLI können diese Daten nicht herangezogen werden um verlässliche Aussagen hinsichtlich eines chronischen Verlaufs einer Hepatitis-C-Infektion abzuleiten. Bezüglich der HCV-Genotypisierung gibt es Einzelmeldungen aus Einrichtungen

⁴⁰ Der gruppierte Median ist jener Wert, bei dem 50 Prozent der Fälle niedriger und 50 Prozent der Fälle höher liegen.

über den Nachweis von Genotyp 1 bzw. Genotyp 3, die nicht vom letzten Jahr abweichen⁴¹. Aufgrund der unterschiedlichen Erhebungspraktiken in den einzelnen Einrichtungen (Routineerhebung vs. freiwilliges Testangebot) muss auf die eingeschränkte Vergleichbarkeit der einzelnen Prävalenzen hingewiesen werden. Verlässliche Aussagen über Veränderungen und Trends hinsichtlich der genannten Infektionskrankheiten sind aufgrund der mangelnden Repräsentativität der Datenquellen weiterhin nicht möglich.

Tabelle 6.1: Daten zur Infektionsrate von Hepatitis B, Hepatitis C-Ab, Hepatitis C-RNA und HIV, 2007

Datenquelle	HBV-Rate	HCV-Ab-Rate ¹	HCV-RNA-Rate ⁷	HIV-Rate
Therapiestation Lukasfeld	7 % (3/46) ²	20 % (9/46)	33 % (3/9)	0 % (0/46)
Langzeittherapiestation des Anton-Proksch-Instituts (API)	22 % (18/82) ²	51 % (42/82)	18 % (3/17)	4 % (3/82)
Sozialmedizinische Beratungsstelle Ganslwirt	16 % (17/104) ³	50 % (44/88)	Nicht erfasst	2 % (3/133)
Caritas Marienambulanz	13 % (13/103) ⁴	63 % (65/103)	44 % (45/103)	0 % (0/103)
Drogenambulanz AKH	nicht erfasst	55 % (40/73)	35 % (25/72)	1 % (1/68)
DOKLI ⁵	18 % (54/308)	48 % (222/464)	72 % (117/163)	2 % (7/445)
Suchtgiftbezogene Todesfälle (Intoxikationen) 2007	nicht erfasst	23 % (40/175) 40 % (40/100) ⁶	nicht erfasst	3 % (6/175) 6 % (6/108)

¹ Die Prävalenzen beziehen sich auf einen HCV-Antikörpernachweis (HCV-Ab) und nicht auf eine HCV-PCR, die einen direkten Nachweis des Virus erlaubt.

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

³ Dieser Prozentsatz bezieht sich auf Personen, bei denen Antikörper (antiHBc-AK, antiHBe-AK, antiHBs-AK) oder HBs-Antigen nachgewiesen wurden und die nicht gegen Hepatitis B geimpft (isoliert antiHBs-AK positiv) waren (Daten aus dem Impfprojekt des „Ganslwirts“).

⁴ Die positiven Testergebnisse beziehen sich nur auf HBVcAb- und HBVsAb-positive Ergebnisse. Im Berichtsjahr gab es niemanden mit HBVsAg-positiver Konstellation.

⁵ Die Daten beziehen sich auf jene Personen mit intravenösem Drogenkonsum, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben und entweder durch einen Statustest oder anamnestisch erhoben wurden.

⁶ Nur in 100 bzw. 108 von 175 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 ob er 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.

⁷ Die HCV-RNA-Rate bezieht sich auf Personen mit HCV-Ab-positivem Status.

Quellen: Duspara, Stolz-Gombocz, Haltmayer, Anderwald, Bauer, Fischer, persönliche Mitteilung; GÖG/ÖBIG 2008a; GÖG/ÖBIG 2008b; 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-Bericht⁴² (vgl. Tab. A23 im Anhang A). Weiters wurden auch im Rahmen einer Befragung unter drogenkonsumierenden Insassinnen in österreichischen Gefängnissen (vgl. Kap. 8.3 und Kap. 9.2) Informationen über den Infektionsstatus erhoben. Diese Zahlen weisen auf eine HCV-

⁴¹ Details über die einzelnen drogenbezogenen Infektionskrankheiten, zur HCV-RNA-Prävalenz bzw. zu den HCV-Genotypisierungen vgl. auch ST9.

⁴² 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.

Infektionsrate von 78 Prozent (25 von 32 Insassinnen) und eine HIV-Rate von 6 Prozent (2 von 32) hin (Schmied, 2004). Eine Unterscheidung zwischen einem positiven HCV-Antikörpernachweis und einem positiven HCV-RNA-Status ist aufgrund des Untersuchungsdesigns nicht möglich.

Bezüglich somatischer Folgen einer Virushepatitis-Infektion gibt es österreichweit nur wenige Daten. So wurde im Rahmen von DOKLI bei 87 von 113 dokumentierten Fällen mit positivem Hepatitis-C-Antikörper-Status eine manifeste Leberentzündung diagnostiziert. Zur Aids-Erkrankung liegen Daten von neun der 29 HIV-Positiven vor, bei fünf Personen besteht eine manifeste Aids-Erkrankung (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2008a).

Für das Berichtsjahr 2007 liegen in den DOKLI-Daten TBC-Angaben von 258 Personen vor (2006: 36 Personen), wobei drei Personen (davon eine Person mit i. v. Konsum) positiv diagnostiziert wurden. Diese Zahlen belegen weiterhin, dass TBC in Österreich kein Problem darstellt. Die Daten zur TBC-Impfrate liegen von 275 Personen vor, was eine Steigerung von 33 Prozent im Vergleich zum Vorjahr bedeutet. Auch dieser vergrößerte Datenpool bestätigt die schon im Vorjahr berichtete geringe Durchimpfungsrate bei TBC, die 2007 bei 8 Prozent liegt (GÖG/ÖBIG 2007a; GÖG/ÖBIG 2008a).

Auch die Impfrate zu Hepatitis A bzw. Hepatitis B bei drogenkonsumierenden Personen ist weiterhin niedrig. Bei Personen unter zwanzig Jahren besteht generell eine höhere Impfrate als in den anderen Altersgruppen. Dies ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Hepatitis B, nicht aber Hepatitis A, seit 1998 sowohl monovalent als auch in Kombinationsimpfstoffen Bestandteil des nationalen Impfkonzpts ist. Die oben genannten Zahlen sagen prinzipiell weniger über einen bestehenden Impfschutz als vielmehr über eine vorangegangene Impfung aus (GÖG/ÖBIG 2008a; Klein, persönliche Mitteilung).

6.3 Psychiatrische Komorbidität

Österreichweite Daten aus dem Behandlungsbereich (DOKLI) von Personen mit zumindest einer nichtsuchtspezifischen ICD-10-Diagnose weisen kaum Unterschiede zum Vorjahr auf. Die erfassten Nebendiagnosen aus dem Bereich der psychischen und der Verhaltensstörungen (F00-F99) finden sich bei 140 (59 %) der 239 Personen mit gültigen Angaben (2006: 127 von 206 Personen). Weiterhin dominieren dabei affektive Störungen wie z. B. Depression und Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a; GÖG/ÖBIG 2008a).

Auch aus einzelnen Einrichtungen gibt es Daten zur psychiatrischen Komorbidität, wobei die Diagnostik sowohl auf dem DSM-IV⁴³ als auch auf der ICD-10⁴⁴ beruht und somit nicht direkt vergleichbar ist. Von 82 Neuaufnahmen des Anton-Proksch-Instituts (API) nahmen im Jahr 2007 65 Personen an der klinisch-psychologischen Untersuchung am Behandlungsbeginn teil. Die Diagnosen unterscheiden sich hinsichtlich der genannten psychischen Störungen bzw. Häufigkeiten kaum von jenen in den Vorjahren (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Auffällig ist,

⁴³ Vierte Ausgabe des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Diagnostisches und Statistisches Handbuch psychischer Störungen

⁴⁴ Zehnte Ausgabe der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

dass fast 98 Prozent (60/62) der über 19-Jährigen mit DSM-IV-Diagnose zwei oder mehrere Persönlichkeitsstörungen nach DSM-IV aufweisen (API 2008). Derzeit läuft im API eine retrospektive Studie zur Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen, in der Daten aus der Langzeittherapiestation aus den Jahren 1997 bis 2007 analysiert werden. Ergebnisse sind noch nicht publiziert (Augusta et al., in Vorbereitung).

Die Drogen- und Suchtberatung B.I.T. (Tirol) berichtet von einem ständig steigenden Behandlungsbedarf von Menschen mit Suchtproblemen im Alter von vierzig Jahren aufwärts. Bei einem Großteil dieser Klientel sind ausgeprägte Depressionen oder andere komorbide Störungen diagnostizierbar. Konkrete Diagnosen werden aber nicht genannt (B.I.T. 2008). Generell werden bei Drogenkonsumierenden auch immer wieder Essstörungen (F 50) beobachtet, die laut ICD-10 zu den Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren zu zählen sind (Dialog 2008). Im BADO-Bericht wird ausgewiesen, dass zwölf Prozent der Klientinnen und Klienten der Wiener Einrichtungen psychiatrische Erkrankungen als aktuelle gesundheitliche Probleme nennen (vgl. Tab. A23; Anhang A). Ein Fünftel der Klientinnen und Klienten gibt an, innerhalb der letzten zwölf Monate vor Betreuungsbeginn eine psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen zu haben. Dieser Anteil ist in den bisherigen Jahrgangsauswertungen (2002 bis 2006) konstant geblieben (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Der Anteil der ambulanten bzw. der stationären psychiatrischen Betreuung hält sich dabei mit jeweils der Hälfte die Waage⁴⁵ (IFES 2007). Aus der Statistik der niederschweligen Wiener Einrichtungen wird deutlich, dass die psychische Gesundheit nach Wohnen und Konsum an dritter Stelle der Themen in Beratungs- und Betreuungsgesprächen steht und dass insgesamt 157 Kriseninterventionen stattgefunden haben (VWS 2008b; VWS 2008d).

6.4 Andere drogenbezogene Begleiterkrankungen

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 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 analysiert. Diese zeigen wie im Vorjahr eine ausgeprägte körperliche Organschädigung der Suchtgiftkonsumierenden. Insgesamt 20 Todesfälle wurden im Jahr 2007 als indirekt suchtgiftbezogene Todesopfer verifiziert⁴⁶. Die meisten indirekt suchtgiftbezogenen Todesfälle (12 Personen) starben an Krankheiten wie z. B. Myokarditis, Leberzirrhose oder Krebs. Sechs kamen bei Unfällen ums Leben. Zwei Personen begingen Suizid.

⁴⁵ 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.

⁴⁶ 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).

In der Statistik der Wiener BADO geben 62 Prozent der erfassten Personen aktuelle gesundheitliche Probleme an⁴⁷. 31 Prozent der in Wiener Drogeneinrichtungen betreuten Personen geben dabei die Diagnose „chronische Hepatitis C“ an. Diesem Anteil folgen Angaben über Zahnprobleme (21 %), Magen- bzw. Darmprobleme (14 %), psychiatrische Probleme (12 %) und Probleme mit Haut und Venen (8 %). Hinsichtlich der Häufigkeit der Angaben zu den einzelnen gesundheitlichen Problemen hat sich, wie in Tab. A23 im Anhang A ersichtlich wird, 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. 60 %). Diese Differenz bezieht sich vor allem auf Magen- bzw. Darmprobleme, psychiatrische Erkrankungen sowie Haut- und Venenerkrankungen (IFES 2007).

Nicht suchtspezifische Nebendiagnosen, die im Rahmen von DOKLI erhoben werden, beschreiben neben den ICD-Diagnosen zur psychiatrischen Komorbidität (vgl. Kap. 6.3) vor allem Diagnosen hinsichtlich Virushepatitis (28 %). Diagnosen bezüglich Rehabilitationsmaßnahmen bei Arzneimittel- und Drogenabhängigkeit wurden bei 21 Prozent, Diagnosen betreffend Erkrankungen der Atemwege und Diagnosen bei episodischen und paroxysmalen Krankheiten des Nervensystems wie z. B. Epilepsie bei jeweils 3 bzw. 2 Prozent der 239 Personen gestellt. Alle anderen Nebendiagnosen kommen mit einer Häufigkeit von unter 2 Prozent vor (vgl. Kap. 4.2; GÖG/ÖBIG 2007a; GÖG/ÖBIG 2008a).

Von niederschweligen Einrichtungen in Wien werden im Berichtsjahr 109 lebensrettende Maßnahmen gemeldet, das sind 32 mehr als im Vorjahr. Die Zahl der Wiener Patientinnen und Patienten mit Verdacht auf Überdosierung wegen illegaler Substanzen beläuft sich im Jahr 2007 laut Statistik der Wiener Rettung auf 586 (VWS 2007; Sucht- und Drogenkoordination Wien 2008).

Im Rahmen einer Studie wurden 55 Patientinnen und Patienten der Therapiestation Lukasfeld zum Thema Selbstverletzendes Verhalten (SVV) befragt. 62 Prozent der Befragten gaben ein intentionales SVV in den letzten sechs Monaten an. Als Auslöser bzw. Motivation für SVV wurden dabei am häufigsten Wut und Aggression, unerträgliche Spannung, Selbsthass, Enttäuschung durch andere, Aufmerksamkeit und sich selbst Spüren genannt. Intentionales und unmittelbares SVV äußert sich bei 42 Prozent durch ein Schlagen mit dem Kopf an die Wand, 39 Prozent nennen Ritzen oder Schneiden und 20 Prozent Brennen. Bezüglich früherer oder aktueller psychischer Probleme bei Personen mit SVV findet sich an erster Stelle Entzugssyndrome, gefolgt von Aggression/Gewalt bzw. kognitiven Störungen und akuter Intoxikation wie schwerer Alkoholintoxikation, Horrortrips, Opiat-Überdosierung (Wölfler, persönliche Mitteilung).

⁴⁷ 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.

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)⁴⁸. 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. Im letzten Jahr wurde die Aufmerksamkeit zunehmend auf die Diagnose und Behandlung von Hepatitis C bzw. auf das Thema Komorbidität gerichtet.

7.1 Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen

Österreichweit besteht weiterhin kein umfassendes Konzept zur Prävention von suchtgiftbezogenen Todesfällen (vgl. SQ23). Im März 2008 hat sich aber das Bundesdrogenforum im Rahmen einer außerordentlichen Sitzung diesem Thema gewidmet (vgl. Kap. 1.2). Konkrete Initiativen bestehen weiterhin vor allem im niederschweligen Bereich der Drogenhilfe auf Einrichtungsebene bzw. vereinzelt auch auf Länderebene (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b).

CONTACT, der Spitalsverbindungsdienst für Drogenabhängige in Wien, wurde 2007 von den Wiener Krankenanstalten zu 346 Einsätzen (155 Frauen, 191 Männer) gerufen. Insgesamt resultierten daraus 972 Kontakte während und 1.311 Kontakte nach dem Spitalsaufenthalt (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2008). Für Klientinnen und Klienten bietet streetwork in Wien das sogenannte „Themenbistro“ an. Im Rahmen dieser Informationsveranstaltung werden im Kleingruppensetting zielgruppenspezifische Themen wie Erste Hilfe, Safer Use/ Sex, aber auch Infektionskrankheiten aufbereitet und mit unterschiedlichen Methoden wie Film, Diskussion, praktischen Übungen bearbeitet (VWS 2008d).

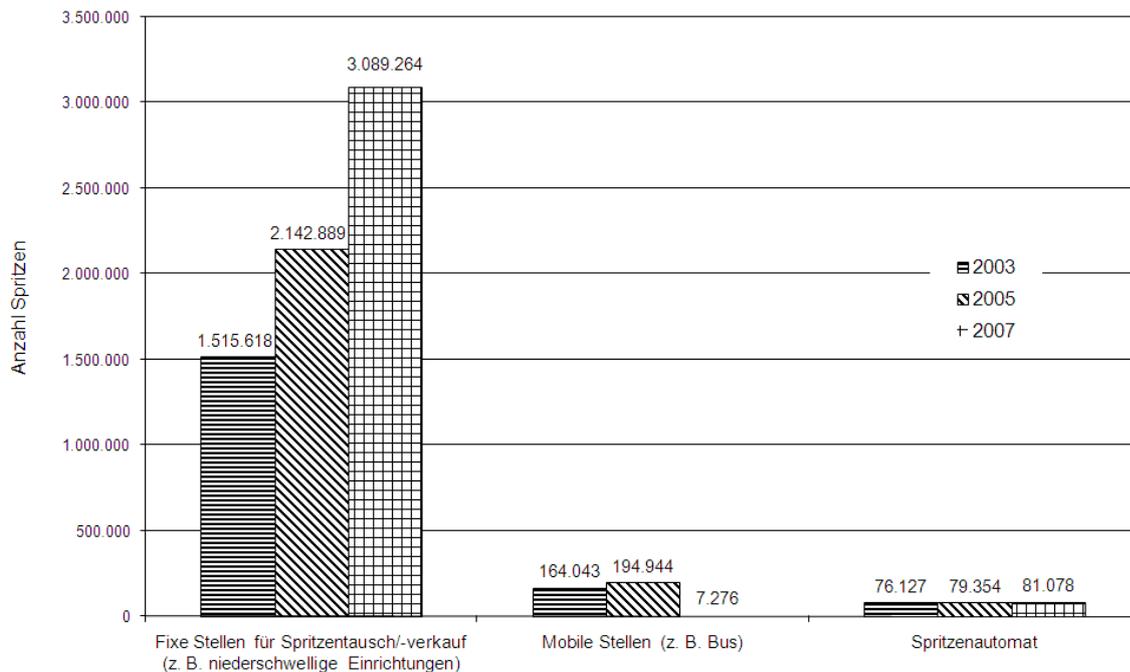
7.2 Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten

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

⁴⁸ <http://suchthilfekompass.oebig.at>

Das bestehende Angebot auf Einrichtungsebene wurde im Berichtsjahr erweitert. In Oberösterreich bietet seit 2007 neben Substanz und Move auch Basecamp Spritzentausch an (Schwarzenbrunner, persönliche Mitteilung). In der Steiermark wurde für Graz bereits ein zweiter Spritzenautomat angekauft. Derzeit wird ein geeigneter Standort gesucht (Ederer, persönliche Mitteilung). In der Steiermark besteht zudem der Wunsch, Spritzentauschangebote flächendeckend in ländlichen Regionen zu forcieren. Das Bundesland Kärnten sieht in seinem Suchtplan 2006–2010 eine Diversifizierung der Präventions- und Betreuungsangebote vor und inkludiert dabei schadensminimierende Maßnahmen. Eine flächendeckende Erweiterung dieser Angebote soll Patientinnen- und Patientenschulungen in Erster Hilfe bei Drogennotfällen, Hygieneschulungen in Bezug auf die Hepatitis- und HIV-Prophylaxe, Hepatitisimpfungen und auch Spritzentausch umfassen (Amt der Kärntner Landesregierung 2008). Im Vergleich zu 2006 (siehe ST10) gab es in Wien eine Reduktion der fixen (von 5 auf 2) wie auch mobilen (von 3 auf 1) Spritzenabgabestellen bei gleichzeitig steigenden Abgabezahlen auf 2.320.842 Spritzen im Jahr 2007 (2005: 1.639.854; 2006: 1.902.197) (vgl. VWS 2006; VWS 2007; VWS 2008c).

Abbildung 7.1: Spritzentausch und -verkauf in Österreich, 2003, 2005 und 2007



Quelle: ST10, GÖG/ÖBIG-eigene Erhebung

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 Stellen, hauptsächlich in niederschweligen Einrichtungen, wurden österreichweit im Jahr 2007 3.089.264 Spritzen bzw. Nadeln an Drogenkonsumierende abgegeben. Bis zu ihrer Einstellung Anfang 2007 hat die einzige mobile Stelle in Österreich (Wien) insgesamt 7.276 Spritzen bzw. Nadeln getauscht. Spritzenautomaten sind vorwiegend im Westen Österreichs und allgemein nur in vier Bundesländern (Steiermark, Tirol, Vorarlberg und Salzburg) im Einsatz. In Summe wurden 2007 durch diese Automaten 81.078 Sets verteilt. Keine Angebote bezüglich Spritzentausch und -verkauf gibt es in den Bundesländern Kärnten, Niederösterreich und Burgenland (vgl. Tab. A22 Anhang A; ST10).

In Graz wurde im Kontaktladen ein Journaldienst als spezielles Angebot für Berufstätige konzipiert. Dieser zeichnet sich im Vergleich zu den anderen Angeboten vor allem durch hohe Spritzenaustauschzahlen aus. Der Bedarf an sozialarbeiterischer Beratung war vergleichsweise gering, während sowohl die Rechts- als auch die Hepatitisberatung gut angenommen wurden (Kontaktladen 2008). Die Erfahrungen aus den Einrichtungen zeigen, dass Spritzenaustausch nicht allein der Infektionsprophylaxe dient, sondern ein zentrales Element im Kontaktaufbau zur Zielgruppe darstellt. Zum einen werden Personen erreicht, die eine Einrichtung per se nicht aufsuchen würden, zum anderen wird dadurch der Kontakt zu bereits bekannten Personen aufrechterhalten und gefördert (VWS 2008c).

Eine zweite wesentliche Maßnahme im Bereich der Prävention und Behandlung von drogenbezogenen Infektionskrankheiten stellen regionale und einrichtungsspezifische Hepatitis-Impfprojekte dar (vgl. auch GÖG/ÖBIG 2007b). Es besteht diesbezüglich weiterhin kein nationales Konzept speziell für Drogenkonsumierende. Kostenlose Hepatitis-B-(HBV-) und teilweise auch Hepatitis-A-(HAV-)Impfungen werden auf Eigeninitiative in einzelnen niederschweligen Einrichtungen bzw. in Justizanstalten angeboten und sind auch in einigen Bundesländern konzeptionell implementiert (z. B. in Vorarlberg).

Das Impfangebot ist in den meisten Fällen an eine kostenlose Statusbestimmung hinsichtlich HIV und Virushepatitis geknüpft. Beispielsweise wurden im Jahr 2007 im Ganslwirt/ Wien 206 Hepatitis-Tests und 148 HIV-Tests (vgl. Tab. 6.1) sowie 136 Kombinationsimpfungen HAV/HBV durchgeführt. In der Vorarlberger Einrichtung H.I.O.B. haben im Jahr 2007 vier Frauen und 14 Männer ihren HIV-Status bestimmen lassen (H.I.O.B. 2008). Komfüdö führt derzeit eine Befragung ihrer Klientinnen und Klienten zum Thema Hepatitis C (HCV) und HBV durch, die auch Fragen zum Konsum- und Risikoverhalten beinhaltet. Auf Basis der Ergebnisse soll gezielt ein Impfkonzept erstellt und durchgeführt werden.

In Graz bietet der Kontaktladen im Rahmen seiner gesundheitsfördernden Angebote in Zusammenarbeit mit dem Röntgenbus des Landes Steiermark ein TBC-Screening für Drogenkonsumierende an (Kontaktladen 2008).

In Österreich wurden in den letzten Jahren zunehmend Erfahrungen hinsichtlich der Diagnose und Behandlung von Hepatitis C bei Drogenkonsumierenden gesammelt. Dieses Wissen wird vermehrt auch an jene (Fach-)Ärztinnen und -Ärzte weitergegeben, die in ihrer Praxis nur teilweise mit suchtkranken Patientinnen und Patienten in Kontakt sind. Auf der Homepage der Drogenambulanz im AKH Wien⁴⁹ finden sich neben allgemeinen Informationen über Hepatitis C spezifische Informationen zum Hepatitis-C-Screening für Ärztinnen und Ärzte, die mit suchtkranken Personen in Kontakt sind. In Graz wurde im Berichtsjahr ein Vortrag zum Thema „Hepatitisbehandlung bei DrogenkonsumentInnen als komplexe medizinische Intervention“ gehalten, und in Wien findet im nächsten Jahr der 5. internationale Fachtag Hepatitis C statt, der sich inhaltlich der Behandlung der HCV widmen wird. Der seit Ende 2006 von der Österreichischen Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung von Suchtkrankheit (ÖGABS) in Kooperation mit der Ärztekammer Wien veranstaltete interdisziplinäre und pra-

⁴⁹ www.sucht-addiction.info/somatische_komorbidaet/28 (12.8.2008)

xisorientierte Qualitätszirkel zum Thema Hepatitis und Drogengebrauch⁵⁰ fand im Jahr 2008 bereits dreimal statt, ab Herbst sind weitere drei Veranstaltungen geplant (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern bzw. Vertreterinnen und Vertretern aus Selbsthilfegruppen wird vor allem die Möglichkeit geschätzt, relevante Fragen aus der Praxis direkt an Hepatologen stellen zu können. Bisher konnten 170 Personen mit dieser Veranstaltung erreicht werden. Ähnliche Qualitätszirkel haben sich auch in Innsbruck und in Linz gebildet (Haltmayer, persönliche Mitteilung). Die Einrichtung API berichtet, dass sie sich schrittweise einer Behandlung von Hepatitis annähert. Diese Entwicklung resultiert u. a. auch aus einem verstärkt formulierten Wunsch der betreuten Klientinnen und Klienten. Limitierender Faktor bleibt dabei aber der hohe Kosten- und Betreuungsaufwand.

Die Konsumraum-Diskussion läuft im Zusammenhang mit der Etablierung einer drogentherapeutischen Anlaufstelle (DTA) in Graz weiterhin kontroversiell. Derzeit wird überlegt, ob das Konzept als Pilotprojekt mit wissenschaftlicher Begleitung umsetzbar ist. Die Bemühungen konzentrieren sich auf einen diesbezüglichen Konsens zwischen der Stadt Graz und dem Land Steiermark bzw. auf Gespräche mit der Exekutive bzw. der Trägereinrichtung. Mit dem Thema befassen sich zudem Fachgremien wie das Drogenfachgremium und der Suchtbeirat des Landes (Ederer, persönliche Mitteilung).

Gespräche über Safer Use und Safer Sex sind weiterhin wesentliche Themen der aufsuchenden Drogenarbeit und finden in der Regel direkt beim Spritzentausch statt. Es gibt diesbezüglich keine wesentlichen Veränderungen zum Vorjahr. Die niederschwellige Einrichtung do it (Vorarlberg) berichtet von 53 intensiven Beratungsgesprächen zu den Themen Safer Use / Safer Sex, die 2007 im Rahmen des Spritzentauschs stattgefunden haben (do it 2008). Um die Diskrepanz zwischen theoretischem Wissen über Safer Use und den realen Konsumbedingungen zu verringern, veranstaltete Komfüdros im Frühjahr 2008 ein gemeinsames Training für Konsumierende und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung. Der Fokus richtet sich dabei nicht nur auf real praktizierten Safer Use, sondern auch auf die versteckten Ansteckungsgefahren über Löffeltausch, verunreinigte Filter etc. mit Hepatitis C, die sogenannten „hidden risks“. In diesem Zusammenhang wurde in der Einrichtung das Angebot eines gratis Löffeltauschs implementiert. Auch auf Einrichtungsebene hat die verstärkte Auseinandersetzung mit diesem Thema eine erhöhte Sensibilisierung bewirkt. So wurde z. B. die Spritzenabgabestelle mit höheren Desinfektionsansprüchen neu gestaltet (Komfüdros 2008).

Für Insassen von Haftanstalten hat der Kontaktladen/Streetwork in Kooperation mit der Landessanitätsdirektion und dem Gesundheitsamt der Stadt Graz eine Haftbroschüre herausgegeben (vgl. Kap. 8.3), die u. a. Safer-Use-Tipps im Sinne einer Notfalldesinfektion beinhaltet. Weiters soll auch das Wachpersonal durch spezifische Schulungsmaßnahmen und eine Broschüre hinsichtlich der Problematik des Ansteckungsrisikos sensibilisiert werden (Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich 2008; Ederer, persönliche Mitteilung).

⁵⁰ www.oegabs.at

7.3 Interventionen in Bezug auf psychiatrische Komorbidität

Versorgungsstrukturen hinsichtlich psychiatrischer Komorbidität sind weiterhin Bestandteil in Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Hingewiesen wird vermehrt auf eine Zuständigkeitsproblematik bei komorbiden Klientinnen und Klienten, bedingt durch sehr spezialisierte Institutionen im allgemeinen Betreuungsnetz. Um einen lückenlosen Übergang zwischen ambulanter und stationärer sowie psychiatrischer und psychosozialer Behandlung zu ermöglichen, bedarf es oftmals eines hohen Maßes an Vernetzungsaufwand und daraus resultierender direkter Vermittlung (Dialog 2008). Für schizophrene Patientinnen und Patienten, die häufig eine komorbide Suchterkrankung aufweisen, fehlt es an spezifischen Interventionen. In Einrichtungen der Suchthilfe wird oftmals die Behandlung von Schizophrenie und in psychiatrischen Kliniken wiederum die Behandlung von Substanzmissbrauch vernachlässigt (Winklbauer et al. 2007).

Der inhaltliche bzw. wissenschaftliche Fokus im Berichtsjahr bezüglich psychiatrischer Komorbidität richtet sich vorwiegend auf die Themen Schizophrenie bzw. Trauma und Substanzmissbrauch. Im Rahmen der Konferenz der Europäischen Vereinigung für Suchttherapie (EAAT)⁵¹, die im September 2007 in Wien stattgefunden hat (vgl. Kap. 5.3), wurden diese inhaltlichen Bereiche thematisiert. Dem Thema Trauma und Sucht widmete sich sowohl eine Fortbildungsveranstaltung des API als auch eine des Krankenhauses Maria Ebene. Die Jahrestagung der Stiftung Maria Ebene richtete den Blick zudem auf das Thema „Selbstverletzendes Verhalten“ bei Suchtpatientinnen und -patienten (vgl. Winklbauer et al. 2007; Stiftung Maria Ebene 2008a).

Die Angebote der einzelnen Einrichtungen unterscheiden sich kaum von den Berichten aus dem Vorjahr (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Die Drogen- und Suchtberatung B.I.T. (Tirol) hat im Berichtsjahr die klinisch-psychologische Diagnostik verstärkt etabliert. Eine vorangestellte Diagnostik soll die Entwicklung individuell abgestimmter Beratungs- und Behandlungspläne erleichtern.

In Innsbruck bietet die ambulante Suchtpräventionsstelle des Sozial- und Gesundheitssprengels der Stadt für Drogenkonsumierende weiterhin eine ambulante psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung an. Im Jahr 2007 wurden insgesamt 130 Personen betreut. Im Jahr 2008 liegt der Arbeitsschwerpunkt auf den Themenbereichen Suchtmittelkonsum und Gewalt, da von den 130 Personen derzeit 35 wegen einer kombinierten Sucht- und Gewaltproblematik in Behandlung sind (Kern, persönliche Mitteilung).

Publiziert wurde das Konsensus-Statement der Österreichischen Gesellschaft für Neuropharmakologie und Biologische Psychiatrie zum State of the Art hinsichtlich der Behandlung von substanzbezogenen Störungen und psychiatrischen Erkrankungen (vgl. Kap. 5.3). Mit der Zielsetzung, komorbide abhängige Patientinnen und Patienten zu entstigmatisieren und ihnen die individuell optimale Therapie anzubieten, werden stoffgebundene Abhängigkeitserkrankungen von verschiedenen Seiten beleuchtet und praxisbezogene Orientierungshilfen

⁵¹ www.sucht-addiction.at/eaat_2007 (12.8.2008)

für die Behandlung gegeben. Das Konsensus-Statement wurde von sechs Unternehmern der Arzneimittelindustrie finanziert (ÖGPB 2007).

7.4 Interventionen in Bezug auf andere gesundheitliche Zusammenhänge und Folgen

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. Im Ambulatorium der niederschweligen Einrichtung Ganslwirt (Wien) stellt auch in diesem Berichtsjahr die medikamentöse Behandlung (4.457-mal) die häufigste Leistung dar, gefolgt von der Behandlung akuter Entzugssymptomatik (1.737-mal), Überbrückungsbehandlungen (1.403-mal) und ärztlichen Gesprächen (914-mal). Im Vergleich zur Vorjahresstatistik sind alle Zahlen leicht gestiegen (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b; VWS 2008b).

Spezifische gesundheitsfördernde Angebote für Frauen sind weiterhin auch im niederschweligen Bereich verankert. Das Projekt „FrauenGesundheit“ im Rahmen der gynäkologischen Beratung im Komfüdö (Tirol) wird im Jahr 2008 vorläufig sechsmal fortgeführt werden. Ziel des Projekts ist es, den Frauen in der geschützten Atmosphäre der Einrichtung die Annäherung an einen Gesundheitsbereich zu erleichtern, der oftmals mit Schuld und Scham besetzt ist, und die Schwellenangst vor dem Aufsuchen einer gynäkologischen Praxis zu verringern (Komfüdö 2008). Neu ist der Leitfaden für abhängige Frauen zum Thema Substitution und Geburt, der von Jugendamt und Gesundheitsamt der Stadt Graz gemeinsam mit der Kinderklinik entwickelt wurde.

Von den Konsumierenden gut angenommen werden die medizinische Beratung und Versorgung, die die Wundversorgung, das Anlegen von Verbänden etc. umfasst. Wundversorgung und Erste Hilfe ist auch Teil des Konzeptes von SAM, dem neuen Wiener Projekt für multiprofessionelle, bedarfsorientierte mobile soziale Arbeit (vgl. Kap. 9.1; Sucht- und Drogenkoordination Wien 2008).

Niederschwellige Einrichtungen bieten zudem Sprechstunden von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten an. Die medizinischen Leistungen umfassen die Feststellung des Infektionsstatus, Impfungen, Harnkontrollen und Schwangerschaftstests. Aus der Kontakt- und Anlaufstelle für DrogenkonsumentInnen do it (Bludenz) wird berichtet, dass der ärztliche Nachmittag ein gut etablierter Bestandteil des Angebots mit einer konstanten Frequenz von ca. fünf Personen pro Sprechstunde ist. Die medizinische Betreuung deckt dabei nicht nur das allgemeinmedizinische Spektrum ab, sondern reicht aufgrund der hohen psychiatrischen Komorbidität auch in den psychiatrischen Bereich hinein (do it 2008). Die Statistik der Vorarlberger Einrichtung H.I.O.B. zeigt, dass neben der Substitutionsmittelabgabe und allgemeinen Betreuungsgeprächen medizinische Angebote am häufigsten in Anspruch genommen werden (H.I.O.B. 2008). Im Dialog (Wien) haben sich die medizinischen Leistungen im Vergleich zum Vorjahr um 24 Prozent auf 35.198 Kontakte erhöht (2005: 26.704; 2006: 28.373) (Dialog 2008).

Auch Einrichtungen speziell für die Freizeitdrogenszene beschäftigen sich mit den gesundheitlichen Folgen des Konsums. MDA basecamp führt seit Januar 2007 eine Online- und Onsite-Klientinnen- und Klientenbefragung zum Thema Drogenmischkonsum im Partysetting

durch (vgl. Kap. 2.3). Aus der Erfahrung heraus, dass sich der Großteil des Präventionsmaterials im Drogenbereich auf einzelne Substanzen konzentriert, wurde im Jahr 2008 die Aktion „Mischen Impossible“ gestartet, die gezielte und umfassende Informationen zum Mischkonsum weitergeben soll (MDA basecamp 2008). ChEck iT! hat durch den Ankauf eines neuen Geräts das toxikologische Analyseverfahren weiterentwickelt. Vor allem bei den zuletzt zahlreich auftretenden „unbekannten“ Substanzen soll im Laufe des Jahres 2008 auch im mobilen Einsatz eine schnellere Strukturanalyse möglich sein (VWS 2008a).

Das Team der Therapiestation Lukasfeld hat aufgrund des häufigen Auftretens von Selbstverletzendem Verhalten (SVV) unter den Patientinnen und Patienten Leitlinien bezüglich der Vorgangsweise bei SVV erarbeitet. Diese beinhalten für den Anlassfall Handlungsanweisungen, abhängig von der Schwere der zugefügten Verletzungen, von einer internen Krisenintervention bis hin zu einer Verlegung an eine akut-psychiatrische Abteilung, beschreiben aber auch Strategien zur Prophylaxe von SVV auf individueller Ebene (Wölfle, persönliche Mitteilung).

8 Soziale Zusammenhänge und Folgen

Die wichtigsten sozialen Probleme von Drogenkonsumierenden betreffen weiterhin besonders Wohnungslosigkeit, Arbeitslosigkeit und Schulden; dies gilt im Wesentlichen für schwer Drogenabhängige aus der Straßenszene. Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) ist 2007 wieder leicht angestiegen, wobei besonders die starke Zunahme im Zusammenhang mit Amphetaminen auffällt. Bei den SMG-spezifischen Verurteilungen nach Vergehenstatbeständen (§ 27) ist weiterhin ein Rückgang zu beobachten. Auch die Zahl der Verurteilungen nach Verbrechenstatbeständen (§ 28) hat gegenüber 2006 leicht abgenommen (vgl. Kap. 11). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass im vorliegenden Bericht sämtliche Anzeigen nach dem Straftatbestand § 28 SMG als „Verbrechen“ bezeichnet werden.

8.1 Soziale Problemlagen

Betrachtet man den Klientinnen- und Klientenjahrgang 2007 der österreichischen DOKLI (vgl. Kap. 4.2), so zeigt sich, dass der Anteil der Erwerbstätigen im stationären Bereich weiterhin am geringsten ist (10 %), wobei hier auch die meisten Personen angeben, arbeitslos zu sein (2007: 49 %; 2006: 45 %). Bezüglich Erwerbstätigkeit liegt der Frauenanteil in allen Bereichen mehr oder weniger deutlich unter dem Männeranteil (z. B. bei Personen in niederschwelliger Betreuung – Frauen: 12 %; Männer: 18 %). Während Arbeitslosigkeit von Frauen seltener genannt wird, beziehen sie öfter Sozialhilfe als Männer (vgl. Tab. A25 im Anhang A). Im Rahmen von DOKLI erfasste Personen in niederschwelliger Begleitung gaben im Schnitt zu 51 Prozent an, in einer gesicherten Wohnsituation zu leben. Dagegen geben etwa 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen diese Wohnsituation an (vgl. Tab. A27 im Anhang A). Hinsichtlich höchster abgeschlossener Schulbildung gaben die über 19-jährigen Klientinnen und Klienten der österreichischen Drogenbetreuungseinrichtungen zu etwa zwei Drittel einen Pflichtschulabschluss an. Eine Lehrabschlussprüfung zu besitzen gaben etwa ein Fünftel der Frauen und etwa ein Viertel der Männer an. Frauen sind hingegen in den Kategorien „Abschluss einer berufsbildenden mittleren Schule“ bzw. „AHS und BHS“ stärker vertreten (GÖG/ÖBIG 2008a).

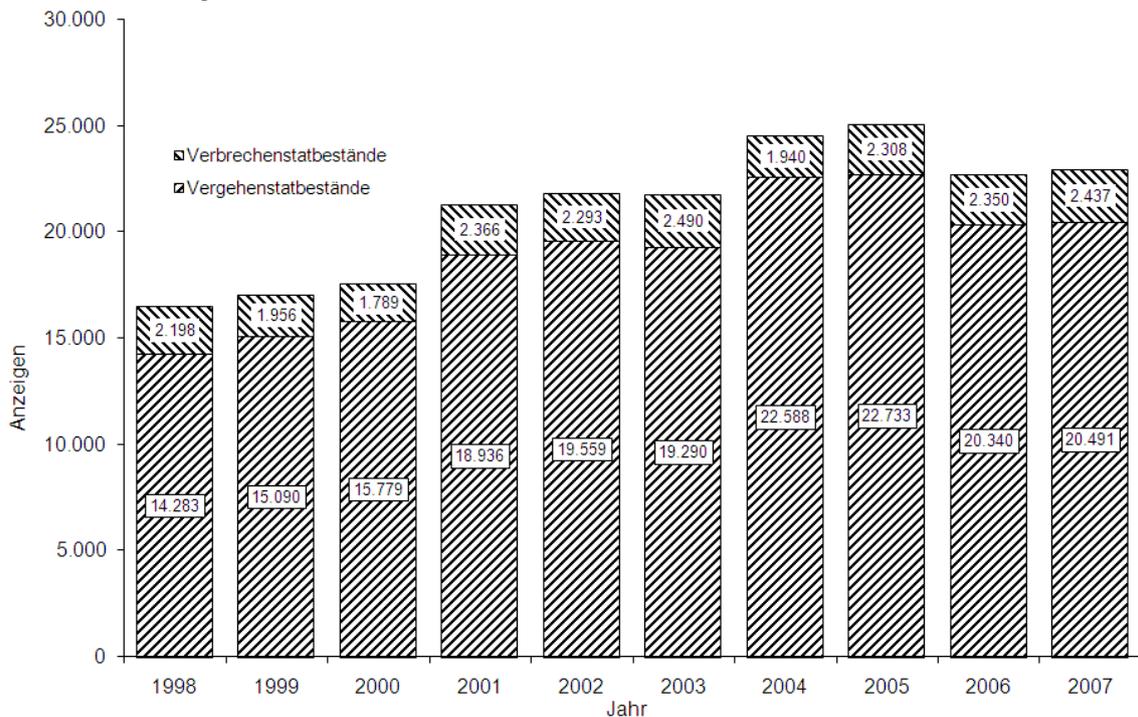
Weiterhin ist die soziale Situation der vom österreichischen Drogenhilfssystem erfassten Personen relativ zur Gesamtgesellschaft eindeutig schlechter (Wohnsituation, Schulbildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen und gesundheitliche Situation). Daraus folgt aber keineswegs, dass eine Drogenproblematik in 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. 4.2).

8.2 Drogenbezogene Kriminalität

Die Zahl der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (SMG) betrug 2007 24.166 (2006: 24.008; vgl. auch Tab. A9 im Anhang A und ST11) und ist damit im Vergleich zum Vorjahr leicht gestiegen. Insgesamt 22.929 Anzeigen (2006: 22.690) bezogen sich auf Suchtgifte, der Rest auf psychotrope Stoffe. Differenziert man nach der Art der Anzeige (vgl.

Abb. 8.1), so kam es 2007 im Vergleich zu 2006 zu einem leichten Anstieg der Anzeigen sowohl bei den Vergehens- (Besitz und Kleinhandel – § 27 SMG) als auch bei den Verbrechenstatbeständen (Handel großer Mengen, professioneller Handel – § 28 SMG). Damit setzt sich die Entwicklung der Anzeigen bei Verbrechenstatbeständen – weiterhin abgeschwächt – fort, während die Zahl der Anzeigen bei Vergehenstatbeständen nach einer Verringerung im Jahr 2006 im Berichtsjahr wieder leicht gestiegen ist (vgl. Kap. 1.1).

Abbildung 8.1: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz nach Vergehens- und Verbrechenstatbeständen in Österreich, 1998–2007



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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Unterscheidet man nach involvierten Substanzen (vgl. Tab. A11 im Anhang A und ST11), so fanden sich im Vergleich zum Vorjahr leichte Rückgänge der Anzeigenzahlen nur bei Heroin und Opiaten, psychotropen sowie sonstigen Stoffen (vgl. Abb. 8.2). Somit kommt es zu keiner Fortsetzung des seit 2005 zu beobachtenden deutlichen Rückgangs bei den Anzeigen wegen Heroins und Opiaten.

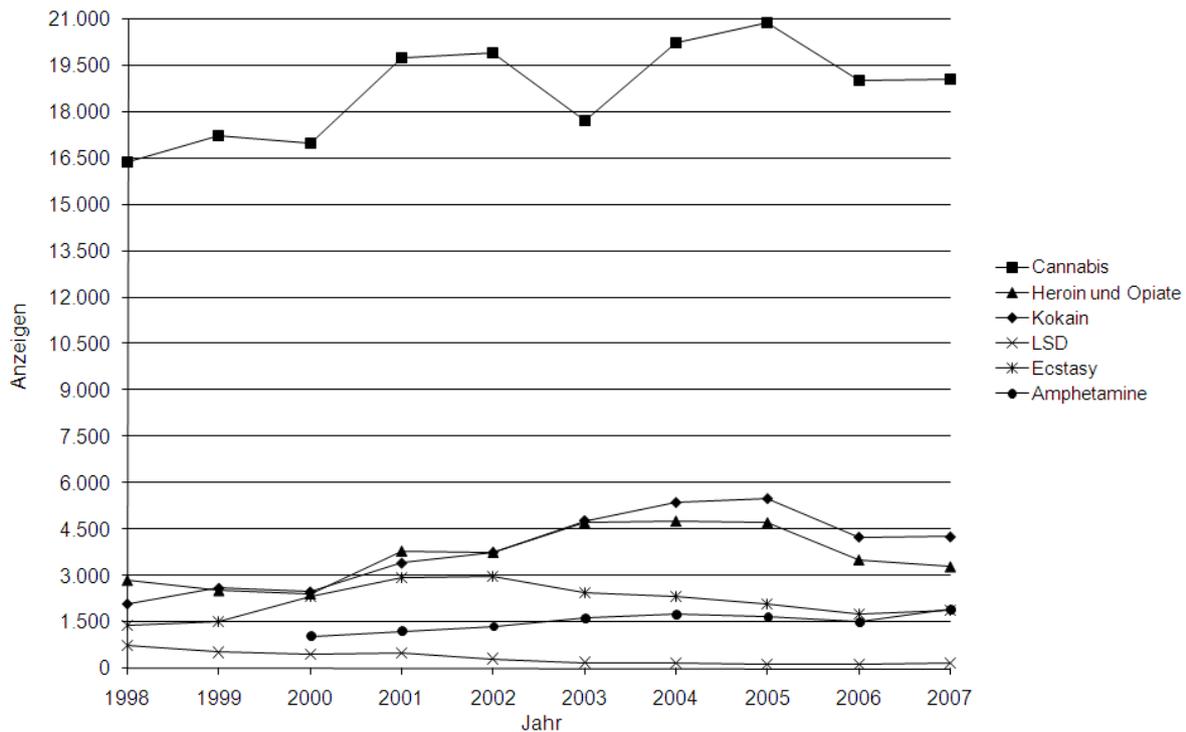
Die Anzeigen wegen Ecstasy und Amphetaminen sind im Vergleich zu 2006 – besonders bei den Amphetaminen – stark angestiegen. Ganz unterschiedlich ist die Entwicklung der Anzeigenzahlen auf Bundesländerebene (vgl. Tab. A12 im Anhang A). Während z. B. die Anzeigen im Zusammenhang mit Cannabis in Tirol, Vorarlberg und Wien einen bemerkenswerten Rückgang zeigen, ist ihre Anzahl in Kärnten, Niederösterreich, Oberösterreich und der Steiermark massiv angestiegen.

Den 24.166 Anzeigen standen im Jahr 2007 insgesamt 3.195 Festnahmen (2006: 3.292) im Zusammenhang mit Suchtmittelerhebungen gegenüber, wobei es zu Letzteren aber keine genaueren Aufschlüsselungen (Arten der Vergehen, Substanzen etc.) gibt.

Wie bereits in den Vorjahren ausgeführt und auch vom zuständigen Ressort betont (BMI 2008), erlaubt die Anzeigenstatistik aber nur bedingt Rückschlüsse auf die Entwicklung von Konsum und Missbrauch illegaler Drogen, da sie in erster Linie Intensität und Schwerpunktsetzung der Maßnahmen der Sicherheitsbehörden widerspiegelt.

Zur Beschaffungs- und Begleitkriminalität liegen weiterhin keine Daten vor.

Abbildung 8.2: Entwicklung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1998–2007



Quelle: BMI/Bundeskriminalamt 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

8.3 Drogenkonsum im Gefängnis

Die vorhandenen Informationen zum Drogenkonsum im Strafvollzug wurden im Jahr 2001 im Schwerpunktkapitel „Drogenkonsum im Gefängnis“ ausführlich dargestellt (ÖBIG 2001). Seitdem haben in diesem Bereich keine wesentlichen Änderungen stattgefunden.

Im Rahmen einer unveröffentlichten internationalen Studie, die im Jahr 2004 in 25 Mitgliedstaaten der Europäischen Union unter weiblichen drogenkonsumierenden Gefängnisinsassen durchgeführt wurde, zeigten sich für die 32 in Österreich befragten Insassinnen (Justizanstalt Favoriten: 11, Justizanstalt Schwarzau: 21) die im Folgenden kurz dargestellten Ergebnisse. Vorausschickend sei erwähnt, dass etwa zwei Drittel der Drogenkonsumierenden in Österreich männlich sind und zum Zeitpunkt der Befragung nur sechs Prozent der Einsitzenden weiblich waren. Die Hälfte der Befragten kommt aus Familien, in denen die Eltern Alkohol oder illegale Drogen missbrauchten, und 60 Prozent sind als Kind von zuhause wegelaufen. Fast die Hälfte war bereits vor dem 17. Lebensjahr physischer Gewalt ausgesetzt, und mehr als die Hälfte hatte einen Selbstmordversuch hinter sich. Im Gefängnis leiden fast 30 Prozent der Befragten unter Alkoholproblemen oder Problemen mit illegalen Drogen. Zu-

sätzlich bedrückten die befragten Insassinnen die Trennungssituation (von Partner/-in und/oder Kind) und damit einhergehende Gefühle wie Einsamkeit und Langeweile. Fast 40 Prozent nennen Gesundheitsprobleme und fast 20 Prozent Angst vor der Haftentlassung. Die Hälfte der Befragten wünscht sich Unterstützung von externen Drogeneinrichtungen während der Haft und mehr als ein Drittel Gesundheitstraining. Nach der Entlassung erwartete Probleme betreffen in erster Linie körperliche und seelische Gesundheit sowie Arbeitslosigkeit und Geldsorgen. Fast 20 Prozent haben Angst davor, wieder mit dem Gesetz in Konflikt zu geraten oder Prostitution bzw. Vergewaltigung ausgesetzt zu sein (Schmied 2004).

Anfang 2008 wurde von Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich der Caritas eine kleine Broschüre herausgegeben. Die Broschüre enthält Informationen über Safer Use in Haft und Infektionskrankheiten sowie über sozialen Dienst und Arbeit während der Haft. Zusätzlich bietet die Broschüre für alle steiermärkischen Justizanstalten Angaben über Besuchszeiten, Bekleidung, Substitutionsmöglichkeit, sozialen Dienst und nennt wichtige Kontakte (Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich 2008; vgl. Kap. 7.2).

8.4 Soziale Kosten

Studien zu öffentlichen drogenspezifischen Ausgaben werden in Österreich kaum durchgeführt, entsprechende Daten liegen nicht routinemäßig vor (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b Kap. 11).

Eine Diplomarbeit am Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik der Johannes-Kepler-Universität in Linz beschäftigt sich mit der öffentlichen Ressourcenverteilung der Drogenpolitik in Oberösterreich. Für dieses Bundesland ergeben sich aufgrund von Erhebungen und Berechnungen des Autors etwa 490 Millionen Euro an Steuereinnahmen durch z. B. Alkoholsteuer, Nikotinsteuer etc. und etwa 104 Millionen Euro an Ausgaben für z. B. Beratungseinrichtungen, hospitalisierte Patientinnen/Patienten, Gesetzesanwendungen etc. Im Rahmen der direkt zurechenbaren öffentlichen Ressourcen betragen die Ausgaben also etwa ein Viertel der entsprechenden Einnahmen bei einem Saldo von ungefähr 385 Millionen Euro. Die indirekt zurechenbaren Kosten umfassen die Kriminalitätskosten mit 11 Millionen Euro sowie die Kosten für Morbidität und Mortalität mit 344 Millionen Euro. Zusammenfassend sollten laut Studienautor eine politische Teilhabe der Suchtprävention sowie deren Finanzierung durch die öffentliche Hand gesichert sein, um effektive Präventionsarbeit betreiben zu können (Starzer 2008; vgl. Kap. 1.3).

9 Maßnahmen in Hinblick auf soziale Zusammenhänge und Folgen

Maßnahmen zur sozialen (Re-)Integration von (ehemals) Drogenabhängigen richten 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 (vgl. SQ28). Diese Maßnahmen erfolgen teilweise im Rahmen der Behandlungskette innerhalb einzelner Behandlungsmodule oder werden von niederschweligen Einrichtungen als Leistungen im Zusammenhang mit Suchtbegleitung erbracht (vgl. Kap. 5).

Zusätzlich können in jüngster Zeit immer öfter Aktivitäten im Freizeitbereich in Anspruch genommen werden. In den österreichischen Justizanstalten (JA) und Polizeianhaltezentren (PAZ) wird ein weites Spektrum an drogenbezogenen Maßnahmen im Strafvollzug angeboten. In diesem Zusammenhang kommen Prävention, Substitutionsbehandlung, Prophylaxe von Infektionskrankheiten und abstinenzorientierte Therapie zur Anwendung.

9.1 Soziale (Re-)Integration

Im Zusammenhang mit **Ausbildung und Arbeit** war 2007 das erfolgreichste Jahr seit dem Bestehen von *fix und fertig*. Die Leistungserlöse konnten gegenüber dem Vorjahr – besonders aufgrund der Steigerung im Bereich Renovierung – um mehr als 26 Prozent erhöht werden. Interessant ist, dass bei jenen Personen, die über eine Einrichtung des Drogenhilfssystems bzw. über die Sucht- und Drogenkoordination Wien (SDW) zu *fix und fertig* gekommen sind, bessere Ergebnisse erreicht werden konnten als bei jenen, die vom AMS zugewiesen worden sind. Diese Unterschiede lassen sich besonders daraus erklären, dass die über das AMS zugewiesenen Personen großteils nicht der Zielgruppe angehörten. Von den 31 Transitarbeitskräften, die *fix und fertig* 2007 verlassen haben, wurden die Ziele bezüglich arbeitskultureller Fähigkeiten (teilweise) erreicht. Für 25 Personen gilt dies auch für Bewerbungsfähigkeit und „Outplacement Readiness“. 13 Personen haben eine Qualifizierung bzw. ein Praktikum erfolgreich abgeschlossen; ebenfalls 13 Personen konnten Fortschritte bei der Schuldenregulierung erreichen (VWS 2008e).

Das bestehende Angebot von Needles or Pins mit Clearing, Intensivberatung, Gruppenangeboten und medizinischer Betreuung wurde mit Jahreswechsel in das Projekt „Standfest“⁵² übergeführt. Mit dem vom Europäischen Sozialfonds (ESF) unterstützten Projekt beschreitet der Dialog neue Wege und bietet ein spezielles Angebot für Personen mit Suchtmittelproblematik, die befristet arbeitsunfähig sind. Die Einzel- und Gruppenangebote sollen auf dem Weg zurück zur Arbeitsfähigkeit oder gegebenenfalls das Erreichen der Invaliditätspension unterstützen. Abseits des Projekts „Standfest“ werden in Kooperation mit dem Arbeitsmarktservice Niederösterreich (AMS NÖ) Berufsorientierungskurse für Niederösterreichinnen und

⁵² www.dialog-on.at/article_69.html (4. 8. 2008)

Niederösterreicher angeboten, die sowohl berufliche Orientierung als auch Auffrischung primärer Arbeitserfordernisse beinhalten. Zusätzlich kann im Rahmen eines Berufspraktikums Praxiserfahrung auf dem ersten Arbeitsmarkt gesammelt werden (Dialog 2008; Sucht- und Drogenkoordination Wien 2008).

Auch bei der Wiener BerufsBörse besteht ein Schwerpunkt der Arbeit in der Intensivierung der Kontakte zum ersten Arbeitsmarkt, was sich generell extrem schwierig gestaltet, da die Berührungängste bezüglich suchtkranker Menschen oftmals zu stark sind. Seit 2007 kann die Beratung der Wiener BerufsBörse – unter Wahrung größter Datensicherheit – auch online in Anspruch genommen werden. Das Angebot steht ehemaligen Klientinnen und Klienten ebenso zur Verfügung wie Personen, die erstmals Zugang zur Beratungsstelle finden oder die gerade einen Jobeinstieg hinter sich haben. 2007 wurden 79 Online-Beratungen durchgeführt, wobei das betreuende Team auch an den Intervisionstreffen der Wiener Online-Beraterinnen und -Berater teilgenommen hat (Wiener BerufsBörse 2008).

Das Anton-Proksch-Institut hat seine Arbeitstherapiegruppe Keramik neuorganisiert, wobei mit den Neuerungen Realitätsbezug, Funktionalität und Konzentration auf das Wesentliche im Vordergrund stehen. Zusätzlich wurden im Anton-Proksch-Institut in Zusammenarbeit mit den Patientinnen und Patienten im Jahr 2007 Renovierungs- und Umbauarbeiten erledigt (API 2008).

Im Rahmen der zweiten österreichischen Suchthilfemesse im November 2007 wurden sozialökonomische Beschäftigungsbetriebe und Projekte, die (ehemals) drogengebrauchende Menschen beschäftigen, präsentiert. Auch Vertreterinnen und Vertreter von AMS, BerufsBörse, Arbeiterkammer und Wirtschaftskammer kamen zu Wort und stellten ihre Angebote für suchtkranke Personen vor (Grüner Kreis 2008).

Im November 2007 fand in Graz das 11. wissenschaftliche Symposium zu speziellen Fragen des Arbeitsrechts und Sozialrechts und dem Thema Drogen und Alkohol am Arbeitsplatz statt, bei dem u. a. versicherungsspezifische Problemstellungen hinsichtlich Sozial-, Unfall-, Pensions- und Arbeitslosenversicherung im Zusammenhang mit Substanzgebrauch beleuchtet wurden (Ederer, persönliche Mitteilung).

Wie laut DOKLI-Bericht (GÖG/ÖBIG 2008a) und im Kapitel 8.1 berichtet, lebt fast die Hälfte der in niederschwelliger Betreuung befindlichen Personen in einer unsicheren Wohnsituation⁵³, womit Angeboten zum Thema **Wohnen** besondere Bedeutung zukommt. So wurde in Wien zwischen der SDW und der Wieder Wohnen GmbH der Liaisondienst Konnex eingerichtet. Dieses neue Projekt dient der Unterstützung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Häuser von Wieder Wohnen im Umgang mit suchtkranken Bewohnerinnen und Bewohnern (Sucht- und Drogenkoordination Wien 2008).

Bei Betreutes Wohnen betrug die Wohnplatzauslastung im Jahr 2007 98 Prozent. Insgesamt wurden elf Betreuungen beendet, und ebenso viele Neueinzüge fanden statt. Fünf dieser Be-

⁵³ Dagegen geben etwa 90 Prozent aus der Gruppe der längerfristig betreuten Personen eine gesicherte Wohnsituation an. 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).

treuungen konnten durch Vermittlung in eine Gemeindewohnung regulär beendet werden (VWS 2008f).

Das 2006 gestartete Kooperationsprojekt LOG IN wurde erweitert, sodass neben dem Anton-Proksch-Institut Klinikum auch das Bundeskanzleramt für Sport, das Schweizerhaus Hadersdorf, der Fonds Gesundes Österreich und der Verein Grüner Kreis beteiligt sind. Neben den Sparten Sport und Gesunde Ernährung bietet LOG IN seit kurzem in zwei Theatergruppen die Möglichkeit, am Improvisationstheatertraining teilzunehmen. Im Dezember 2007 wurde LOG IN mit dem Gesundheitspreis der Stadt Wien ausgezeichnet (API 2008; Grüner Kreis 2008 vgl. EDDRA).

In den Betreuungshäusern des Grünen Kreises wurden 2007 nach mehrtägigen Kunstworkshops Fragebögen an die Teilnehmenden verteilt, um Qualität der Workshops und Wünsche der Teilnehmenden zu ermitteln. In sieben Einrichtungen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer an elf Workshops insgesamt 78 Fragebögen abgegeben, die helfen sollen, das Workshopangebot von „Kunst im Grünen Kreis“ kontinuierlich auszubauen und qualitativ zu verbessern (Grüner Kreis 2008).

Als kostenlose Informationsquelle bei Rechtsfragen wurde von Chill Out in Kooperation mit NEUSTART und Streetwork Z6 die „taschenanwältin“ (www.taschenanwaeltin.at) entwickelt. Dabei handelt es sich um eine dreisprachige Broschüre für Jugendliche, die bei der Klärung von Rechtsfragen unterstützen soll (kontakt + co 2008a).

Wie bereits in Kapitel 7.4 erwähnt, ist SAM seit Herbst 2007 im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien beim Franz-Josefs-Bahnhof im neunten Wiener Gemeindebezirk im Einsatz. SAM steht für sozial, sicher, aktiv und mobil und wurde ins Leben gerufen, um für desintegrierte Personen den Zugang zu Hilfeleistungen zu verbessern, ein sozial verträgliches Verhalten von Randgruppen zu erreichen und deren Integration zu fördern. Zusätzlich soll durch SAM das subjektive Sicherheitsgefühl der Bevölkerung im öffentlichen Raum erhöht werden. Mittlerweile sind die SAM-Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auch am Praterstern und in den Bezirken 1, 3 und 15 im Rahmen von „SAM-flexibel“ zu finden. Sie stehen für die Lösung von Konflikten im öffentlichen Raum zur Verfügung und ziehen bei kritischen oder gewalttätigen Situationen die Wiener Polizei hinzu. Sie bieten Klientinnen und Klienten Information und Erstberatung zu relevanten Themen und vermitteln gegebenenfalls zu Schlafstellen für Wohnungslose oder zu spezialisierten Einrichtungen für Suchtkranke oder Jugendliche. SAM arbeitet unter anderem mit Polizei, Wiener Linien, ÖBB, MAG ELF usw. zusammen und bildet eine Ergänzung zu „Help U“, das seit Herbst 2005 mit ähnlichem Auftrag im Bereich des Karlsplatzes tätig ist (vgl. GÖG/ÖBIG 2007b). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von SAM⁵⁴ sind bedarfsorientiert an allen Tagen der Woche verfügbar, sind ohnehin vor Ort zu finden oder können über Mobiltelefon oder per E-Mail erreicht werden (VWS 2008d).

⁵⁴ www.drogenhilfe.at/pressemitteilungen (22. 7. 2008)

9.2 Prävention von drogenbezogener Kriminalität

Änderungen der rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen drogenspezifischer Maßnahmen im Strafvollzug im Berichtszeitraum werden in Kapitel 1 des vorliegenden Berichts ausführlich dargestellt. Verfahrensverläufe und – soweit vorhanden – statistisches Material mit Bezug auf das SMG in der Fassung vor der Novelle 2007 finden sich in Kapitel 11. Aktuelle Daten sowie Informationen zeigen, dass im Strafvollzug die Haft wegen SMG-Delikten weiterhin eine relevante Rolle spielt (vgl. Kap. 11.3).

In der Steiermark betreut die Drogenberatung des Landes Personen, die in der Justizanstalt Graz-Jakomini einsitzen. Im Laufe des Jahres 2007 wurden zwei Frauen und 21 Männer betreut, wobei bei 18 Personen eine Problematik betreffend illegaler Substanzen im Vordergrund stand. Dabei wurde unterstützend mit dem Sozialen und Psychologischen Dienst und dem Justizwachepersonal zusammengearbeitet (Drogenberatung des Landes Steiermark 2008).

In Tirol bietet der Verein B.I.T. Drogensuchtberatung als aufsuchende Tätigkeit in der Justizanstalt Innsbruck an – aus Kapazitätsgründen leider sehr eng gefasst. In diesem Zusammenhang fanden im Jahr 2007 266 Einzelkontakte statt. 127 Klientinnen und Klienten wurden fachspezifisch betreut. In der Statistik nicht adäquat darstellen lässt sich der zusätzliche Aufwand (Behördenintervention, Therapieplatzsicherung etc.), der bei der Betreuung dieser Klientel besonders groß ist (B.I.T. 2008).

Im Polizeianhaltezentrum (PAZ) in Wien erhöhte sich im Jahr 2007 die Zahl der von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Dialogs betreuten Klientinnen und Klienten im Vergleich zu 2006 um fast acht Prozent auf 1.424, womit seit drei Jahren ein stetiger Anstieg zu verzeichnen ist. Um auf die Verschiebung der Tätigkeit hin zur Behandlung psychiatrisch auffälliger Schubhäftlinge zu reagieren, wurden einerseits zwei zusätzliche Psychiaterinnen eingestellt und andererseits eine klare Aufgabentrennung zwischen Allgemeinmedizinerinnen bzw. -medizinern und Psychiaterinnen bzw. Psychiatern vollzogen. Im Polizeianhaltezentrum Rossauerlande findet die sozialarbeiterische Beratung und Betreuung der Frauen nun in der neuen Besucherinnen- und Besucherhalle ohne Beisein der zuständigen Beamtin statt, wodurch ein vertrauensvoller Rahmen gewährleistet ist (Dialog 2008).

Trotz der (oben nur auszugsweise) dargestellten Maßnahmen gaben die im Rahmen einer unveröffentlichten internationalen Studie unter weiblichen drogenkonsumierenden Gefängnisinsassen in Österreich befragten Personen (32) an, dass sie unzufrieden mit ihrer Vorbereitung auf die Entlassung sind. Außerdem stellten die österreichischen Befragten fest, dass sie Unterstützung im Zusammenhang mit körperlichen und/oder psychischen Gesundheitsproblemen benötigen (vgl. Kap. 8.3 und Schmied 2004).

Wie dem Konzept für eine Clearingstelle für Suchtmittelabhängige in Haft zu entnehmen ist, würde der Strafvollzug die Gelegenheit bieten, sich mit der Drogenproblematik der Einsitzenden zu beschäftigen und entsprechende Behandlungsangebote zu bieten. Um jeder Klientin bzw. jedem Klienten die passende Behandlung zukommen zu lassen, wäre es notwendig, die bestehende Drogenproblematik der Insassinnen und Insassen österreichweit nach einheitlichen Gesichtspunkten zu untersuchen sowie einen individuellen Behandlungsplan zu erstellen, nach dem in der Stamm-Justizanstalt der/des Einsitzenden vorgegangen

wird. Je nach Belagskapazität könnte die Klientin bzw. der Klient auch in der Justizanstalt Favoriten weiterbehandelt werden. In einer ersten Pilotphase des Projektes könnten Umsetzbarkeit und Machbarkeit durch Zuweisung ausgewählter Gruppen von Insassinnen und Insassen zum Clearing getestet werden (Werdenich und Moser-Riebniger 2008).

Ergänzend zu der in den Kapiteln 7.2 und 8.3 beschriebenen Broschüre mit Informationen betreffend Haft sind in der Steiermark Schulungsmaßnahmen für das Wachpersonal in den Strafanstalten geplant, die in Abstimmung mit den Justizanstalten stattfinden (Ederer, persönliche Mitteilung).

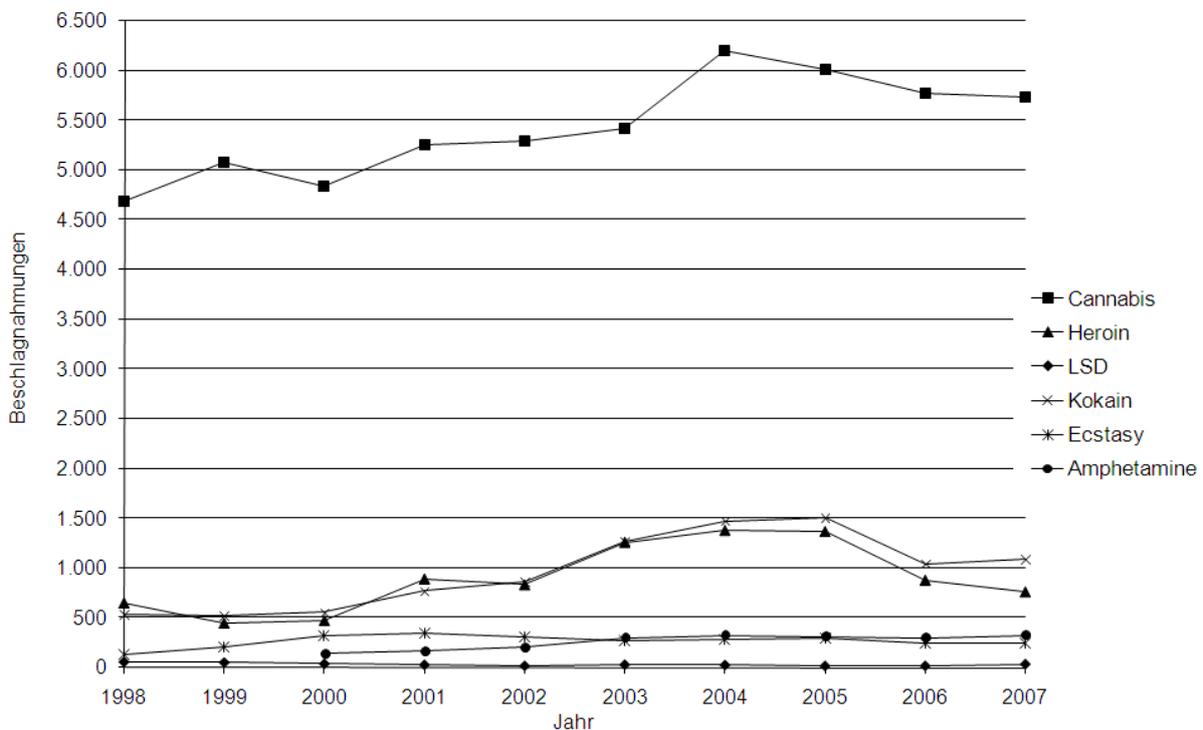
10 Drogenmärkte

Die am häufigsten in Österreich beschlagnahmte Substanz ist Cannabis, gefolgt von Kokain und Heroin. 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). Die Unsicherheit über die tatsächlichen Inhaltsstoffe und deren Konzentration stellt einen erheblichen Risikofaktor beim Drogenkonsum dar.

10.1 Sicherstellungen

Laut Bundesministerium für Inneres (BMI) ist im Jahr 2007 die Zahl der Sicherstellungen bei allen Drogen im Vergleich zum Vorjahr in etwa gleich geblieben (vgl. Abb. 10.1 und Tab. A17 im Anhang A).

Abbildung 10.1: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften in Österreich, 1998–2007



Quelle: BMI/Bundeskriminalamt 2008; GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Diese Tatsache spiegelt sich nur bedingt in der Menge der beschlagnahmten Substanzen wider, da diese sehr stark von einzelnen Aufgriffen großer Drogenmengen geprägt wird (BMI 2008; vgl. Tab. A18 im Anhang A und ST13).

Während Kokain in erster Linie auf dem Luftweg von Südamerika nach Österreich gelangt, stellt für Heroin 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 bzw. stammen zu einem geringen Teil aus Eigenanbau. Amphetamine und Derivate werden großteils aus den Niederlanden importiert (BMI 2008).

Die vom BMI aktualisierte Sonderauswertung der Beschlagnahmungen suchtgifthaltiger Medikamente zeigt, dass die Anzahl der Sicherstellungen von Substitutionsmitteln im Vergleich zum Vorjahr zurückgegangen ist (2002: 328; 2004: 783; 2006: 1.530; 2007: 1.205).

10.2 Reinheit und Preis

Im Kontext des ChEck-iT!-Projekts (vgl. Kap. 3.2), in dessen Rahmen auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene Tests von als Ecstasy oder Speed gekauften Substanzen auf Reinheit und Zusammensetzung durchgeführt werden, wurden im Jahr 2007 bei insgesamt sechs Musikveranstaltungen (Freetekno, Goa, Techno, Electronic) in den Bundesländern Burgenland, Niederösterreich und Wien 117 als Ecstasy und 129 als Speed gekaufte Proben analysiert (VWS 2008a). Der Prozentsatz der als Ecstasy gekauften Tabletten, die außer MDMA, MDE oder MDA keine psychotropen Substanzen enthielten, ist mit 60 Prozent niedriger als in den letzten Jahren (70 % bis 90 %). Der Anteil an vermeintlichem Ecstasy, vor dessen Konsum besonders gewarnt werden musste, ist 2007 stark angestiegen (31 Prozent der untersuchten Proben). Verantwortlich dafür war das vermehrte Auftreten von Tabletten, die Benzylpiperazin-Derivate (mCPP) enthielten.

Die als Speed gekauften und von ChEck iT! analysierten Substanzen enthielten nur zu 21 Prozent ausschließlich Amphetamin, zu 10 Prozent Amphetamin und Koffein und zu 24 Prozent Amphetamin, gemischt mit anderen psychotropen Substanzen (vgl. Tab. A19 und A20 im Anhang A und ST15). Nach wie vor stellen sogenannte unbekannte Amphetamin-Derivate ein Problem dar. Diese Substanzen können entweder Resultat einer unsachgemäßen Herstellung von Amphetamin aus billigen Ausgangsstoffen sein, oder es handelt sich dabei um neu entwickelte Designerdrogen. Wirkung und Gefahren dieser Substanzen sind unbekannt und nicht einschätzbar (VWS 2008a). Auffällig ist der Anstieg der methamphetamin-haltigen Speed-Proben auf 10 Prozent.

Wie in den Vorjahren wurde 2007 über Beschlagnahmungen und über den Konsum von Ecstasytablets mit dem Inhaltsstoff mCPP berichtet. mCPP weist im Vergleich zu MDMA eine vergleichsweise schwache psychoaktive Wirkung auf, aber sehr häufig unangenehme Nebenwirkungen wie Kopfschmerzen, Nierenschmerzen, Nervosität, Schweratmigkeit, Müdigkeit und ein mehrere Tage anhaltender „hangover“. Zusätzlich kann es bei gleichzeitigem Konsum von MDMA zu Krampfanfällen kommen (vgl. z. B. VWS 2008a).

13 der 16 von ChEck iT! analysierten mCPP-haltigen Tabletten enthielten zusätzlich die Substanz Metoclopramid. Dieses Antiemetikum kann mit vielen anderen Substanzen Wechselwirkungen eingehen und deren Wirkung teilweise beschleunigen; es führt zu einer Verlangsamung des Reaktionsvermögens. Erstmals wurde 2007 in einigen als Ecstasy gekauften Tabletten Buflomedil festgestellt. Diese Substanz wird in Medikamenten zur Behandlung peripherer Durchblutungsstörungen eingesetzt. Nebenwirkungen sind Kopfschmerzen, Be-

nommenheit und Magen-Darm-Beschwerden, bei hohen Dosen Blutdruckabfall, Schwindel und beschleunigter Puls und bei sehr hohen Dosen Krampfanfälle, Koma und Herzstillstand. Die Gefahr einer Überdosierung ist besonders gegeben, wenn aufgrund des Ausbleibens der erwünschten psychotropen Wirkung „nachgeworfen“ wird (VWS 2008a).

Angaben, die vom BMI bezüglich Reinheit und Preis der diversen Drogen auf Straßenverkaufs-niveau gemacht werden, finden sich in Tabelle 10.1 (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 10.1: Reinheit und Preis (in Euro pro Gramm/Stück**) der diversen Drogen im Straßenverkauf, 2007*

		Cannabis- kraut*	Cannabis- harz*	Braunes Heroin*	Weißes Heroin*	Kokain*	Ampheta- mine*	Ecstasy**	LSD**
Reinheit	Untergrenze	0,02 %	0,07 %	0,2 %	–	1,4 %	0,6 %	2,2 %	–
	Obergrenze	42 %	49 %	57 %	–	98 %	60 %	100 %	–
	Typisch	6 %	6 %	4 %	–	27 %	13 %	32 %	–
Preis	Untergrenze	9	8	65	–	60	15	5	30
	Obergrenze	10	10	85	–	90	25	10	35
	Typisch	9	8	80	–	80	25	10	30

Anmerkung: Die Daten beruhen auf Informationen und Scheinkäufen aus verdeckten Ermittlungen. Die Anzahl der Reinheitsanalysen bei den unterschiedlichen Drogen bewegt sich zwischen 59 und 444.

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

TEIL 2

Schwerpunktthema

11 Verurteilungsstatistik

Wie bereits in Kapitel 1 dargestellt, bildet das seit 1998 geltende und letztmals im Jänner 2008 novellierte Suchtmittelgesetz (SMG) den zentralen Rahmen der österreichischen Drogenpolitik. Das Gesetz differenziert vorrangig nach Menge und nicht nach Art des Suchtgifts, wobei ein breites Spektrum von Alternativen zur Bestrafung zur Verfügung steht.

Da sich die für 2007 vorliegenden Verurteilungsdaten noch auf das SMG in der Fassung vor der Novelle 2007 beziehen, werden im Folgenden die damaligen rechtlichen Gegebenheiten genauer dargestellt (Foregger et al. 1998). Die aktuelle, novellierte Fassung des SMG und im Jänner 2008 in Kraft getretene Änderungen werden in Kapitel 1 des vorliegenden Berichts ausführlich beschrieben.

Ziel dieses Kapitels ist, die juristischen Möglichkeiten sowie die Ergebnisse der Anhaltung von Personen aufgrund verschiedener Drogendelikte zu beleuchten und die in diesem Zusammenhang vorhandenen Monitoring-Instrumente darzustellen.

11.1 Im Zusammenhang mit Drogendelikten bestehende juristische Möglichkeiten

Da sich die weiter unten referierten Daten auf den Zeitraum 1998 bis 2007 beziehen, erfolgt nun eine kurze Beschreibung wesentlicher Teile der bis Anfang 2008 gültigen Gesetzgebung. Die Veränderungen, welche sich durch die SMG-Novelle 2007 ergeben, sind in Kapitel 1 beschrieben.

In Österreich ist der Konsum von Suchtmitteln nicht direkt unter Strafe gestellt, sondern durch die Regelungen über deren Besitz indirekt erfasst. Mit Ausnahme von Cannabis differenziert das SMG bezüglich der „Suchtgifte“ nach der Menge und nicht nach der Art.

- § 27 SMG sah eine Freiheitsstrafe von bis zu sechs Monaten für Erzeugung, Einfuhr, Ausfuhr, Erwerb oder Besitz von Suchtgift vor. Strafverschärfung (bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe) war für den Fall vorgesehen, dass einer/einem Minderjährigen der Gebrauch von Suchtgift ermöglicht wurde oder die Tat gewerbsmäßig bzw. als Mitglied einer Bande begangen worden war.
- § 28 SMG sah ein Strafausmaß von bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe für Erzeugung, Einfuhr, Ausfuhr und Inverkehrsetzung von Suchtgift in einer großen Menge vor. Strafverschärfung war für die gewerbsmäßige, bandenmäßige (ein bis zehn Jahre Freiheitsstrafe) oder mit Beziehung auf eine besonders große Suchtgiftmenge begangene Tat (bis zu 15 Jahren) und für die Anführer von Großbanden (bis zu 20 Jahren) vorgesehen.

Der Bereich der ausgewogenen Anwendung von strafrechtlichen und gesundheitspolitischen Instrumenten (Alternativen zur Strafverfolgung und Modell „Therapie statt Strafe“) fand im SMG gegenüber dem bis 1998 bestehenden Suchtgiftgesetz (SGG) eine Erweiterung:

- Die in den §§ 35 bis 37 geregelte Möglichkeit der Zurücklegung einer Anzeige bzw. der Verfahrenseinstellung stand in allen Fällen des Vergehens nach § 27 oder § 30 und bei

leichten Fällen der Beschaffungskriminalität zur Verfügung. Die Bedingungen für die Anzeigenzurücklegung bei „Erstkonsumierenden“ von Cannabis waren erleichtert worden.

- Der in § 39 geregelte Aufschub einer Freiheitsstrafe für suchtgiftabhängige Verurteilte konnte für Freiheitsstrafen bis zu drei Jahren zwecks Ermöglichung einer gesundheitsbezogenen Maßnahme gewährt werden. Das Modell „Therapie statt Strafe“ konnte darüber hinaus nunmehr auch auf leichte Fälle der Beschaffungskriminalität angewendet werden (ÖBIG 1998).

Im Folgenden wird demonstriert, wie das oben angeführten Gesetz (SMG in der Fassung vor der Novelle 2007) bei unterschiedlichen Drogendelikten zur Anwendung kam und auf welche Art und Weise in diesem Rahmen Polizei, Staatsanwaltschaft und Gericht tätig wurden. Dabei wird – soweit in Österreich juristisch gebräuchlich und aufgrund der vorhandenen Datengrundlage möglich – unterschieden zwischen den Delikten

- Besitz von Suchtmitteln,
- Erzeugung, Überlassen (verteilen, verkaufen, liefern, versenden) oder Handel von Suchtmitteln und dem
- Lenken eines Kraftfahrzeugs unter Einfluss von Drogen.

Der **Besitz** von Suchtmitteln ist grundsätzlich strafbar. Die **Polizei** hat in diesem Fall Anzeige wegen Verdachts einer strafbaren Handlung nach den §§ 27 bis 32 SMG an die Staatsanwaltschaft zu erstatten. Die **Staatsanwaltschaft** hat jedoch die Anzeige für eine Probezeit von zwei Jahren vorläufig zurückzulegen, wenn (nur) eine geringe Menge an Suchtmitteln besessen worden ist (gebotenenfalls bei Auflage einer gesundheitsbezogenen oder mehrerer gesundheitsbezogener Maßnahme/n, deren Notwendigkeit bzw. Sinnhaftigkeit bei der Bezirksverwaltungsbehörde erfragt werden muss – außer bei Cannabis in geringer Menge zum eigenen Gebrauch). Bleibt die Delinquentin bzw. der Delinquent im Rahmen der gesetzten Zeitspanne straffrei, wird die Anzeige zurückgelegt. Andernfalls kann die Staatsanwaltschaft Anklage erheben. Das **Gericht** hat – ebenso wie die Staatsanwaltschaft – die Möglichkeit, eine vorläufige Einstellung des Strafverfahrens für eine Probezeit von zwei Jahren auszusprechen (gebotenenfalls bei Auflage einer gesundheitsbezogenen oder mehrerer gesundheitsbezogener Maßnahme/n – siehe oben). Nach Ablauf der Probezeit ohne weiteres Drogendelikt ist das Strafverfahren endgültig einzustellen. Im Fall einer Anklage hat das Gericht, wenn es das Strafverfahren nicht vorläufig einstellt, mit Urteil zu entscheiden (Freispruch, Verhängung einer Freiheitsstrafe oder Geldstrafe). Im Fall einer Verurteilung kann vom Verurteilten ein Aufschub des Strafvollzugs unter Auflage einer gesundheitsbezogenen oder mehrerer gesundheitsbezogener Maßnahme/n beantragt werden. Dies wird insbesondere dann geschehen, wenn z. B. die Therapie einer/eines suchtkranken Verurteilten dem Vollzug der Freiheitsstrafe vorzuziehen ist. Im Falle des Aufschubs des Strafvollzugs und des erfolgreichen Durchlaufens der gesundheitsbezogenen Maßnahme/n, hat das Gericht die Strafe in der Folge bei gleichzeitiger Festsetzung einer Probezeit nachzusehen.

Im Falle von **Erzeugung, Überlassen oder Handel (dealing oder trafficking)** von Suchtmitteln entspricht die Vorgehensweise der **Polizei** der oben beschriebenen. Ebenso stehen der **Staatsanwaltschaft** dieselben juristischen Möglichkeiten zur Verfügung wie oben dargestellt – allerdings mit der Einschränkung, dass diese nur angewendet werden können,

wenn es sich bei den Delikten um bestimmte minder schwerwiegende Straftaten handelt und wenn ganz bestimmte, strengere Voraussetzungen erfüllt sind. Unter den selben Voraussetzungen kann auch in diesen Fällen das Gericht mit einer vorläufigen und in der Folge endgültigen Einstellung des Strafverfahrens mit einem Aufschub des Strafvollzugs vorgehen.

Bei festgestellter **Einschränkung der Fahrtüchtigkeit durch Drogeneinfluss** (positives Testergebnis; vgl. GÖG/ÖBIG 2006) erfolgt – nach §§ 12 bis 14 SMG – durch die **Polizei** eine Meldung an die zuständige Gesundheitsbehörde (auf Bezirksebene). Im Anschluss daran wird bei eingeschränkter Fahrtüchtigkeit durch Drogeneinfluss die Führerscheinbehörde aktiv, und ein Administrativverfahren wird eingeleitet. Dabei kommt es zu einer vorläufigen Abnahme des Führerscheins (Lenkberechtigungsentzugsverfahren) sowie eventuell zur Anordnung einer Nachschulung und/oder eines amtsärztlichen Gutachtens über die gesundheitliche Eignung. Für den Fall, dass nur eingeschränkte Fahrtüchtigkeit durch Drogeneinfluss und kein strafrechtlich relevantes Delikt vorliegt, besteht weder für **Staatsanwaltschaft** noch **Gericht** Zuständigkeit.

11.2 Systeme der Datensammlung und deren Inhalte

Das Suchtmittelgesetz bestimmt, dass beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend eine Evidenz personenbezogener Daten geführt wird. So sind von der Exekutive, den Staatsanwaltschaften und Gerichten Meldungen über erfolgte Anzeigen nach dem Suchtmittelgesetz bzw. die Ergebnisse des nachfolgenden Strafverfahrens zu tätigen. Auskünfte aus dieser zentralen Datenevidenz dürfen ausschließlich an bestimmte, ausdrücklich dazu berechnete Behörden, insbesondere an die Staatsanwaltschaften und Gerichte zu den im Gesetz definierten Zwecken erteilt werden. Die personenbezogenen Daten dürfen nur befristet bis längstens fünf Jahre nach Einlangen gespeichert werden, im Falle von Freisprüchen oder endgültigen Verfahrenseinstellungen hat die Löschung der zugrundeliegenden Daten aber jeweils unverzüglich zu erfolgen.

Genauere Angaben bezüglich dieser Daten – soweit sie im Zusammenhang mit Verurteilungen relevant sind – können dem folgenden Kapitel 11.3 entnommen werden.

Auf Basis des Suchtmittelgesetzes erfolgten im hier maßgeblichen Zeitraum folgende im Rahmen der Verurteilungsstatistik relevante Meldungen, jeweils unter Anführung der Stammdaten der betroffenen Personen:

Vom **Bundesministerium für Inneres (BMI)** wurden die wegen des Verdachts einer Straftat nach den §§ 27 bis 32 SMG an die Staatsanwaltschaft übermittelten Anzeigen gemeldet, einschließlich der Art und Menge der betroffenen Suchtgifte, sowie der Straftatbestand, der Gegenstand des Verdachtes war. Die Meldungen geben daher Aufschluss über die Art der Verwendung des Suchtgiftes (z. B. Erwerb, Besitz, Überlassung an andere Personen, Inverkehrsetzung usw.).

Von den **Staatsanwaltschaften und Gerichten** wurden die allfällig erfolgten vorläufigen (probeweisen) und endgültigen Anzeigezurücklegungen/Verfahrenseinstellungen der wegen des Verdachts einer Straftat nach den §§ 27 bis 32 SMG erstatteten Anzeigen und die jeweils für die Anzeigezurücklegung/Verfahrenseinstellung ausschlaggebend gewesenen Gründe gemeldet. Im Fall der probeweisen vorläufigen Verfahrensbeendigung war jeweils

mit anzugeben, ob diese an Auflagen geknüpft wurde (ob sich die Person auf Basis einer eingeholten Stellungnahme der zuständigen Gesundheitsbehörde gesundheitsbezogenen Maßnahmen oder der Bewährungshilfe zu unterziehen hat).

Von den **Gerichten** wurden weiters alle anderen Ergebnisse (Verurteilungen, Freisprüche) der nach dem SMG eingeleiteten Strafverfahren gemeldet. Ebenso, ob im Falle der Verurteilung ein Aufschub des Strafvollzugs gewährt wurde, einschließlich Angaben, ob mit einem Strafaufschub Auflagen verbunden waren (dass sich der Verurteilte einer gesundheitsbezogenen bzw. mehreren gesundheitsbezogenen Maßnahme/n zu unterziehen hat, Angaben über allenfalls bereits bestehende Maßnahmen dieser Art). Darüber hinaus waren alle Fälle des Widerrufs eines bedingten Strafaufschubs zu melden.

Diese Datenevidenz ermöglicht es, dass die Daten unter Wahrung des Datenschutzes in anonymisierter oder indirekt personenbezogener Form für Auswertungen verwendet werden (die keine personenbezogenen Ergebnisse zum Ziel haben). Es können Statistiken über Fallzahlen in Bezug auf die einzelnen Stationen, welche die Strafverfahren durchlaufen, durchgeführt und die Ergebnisse beschrieben werden. Eine diesbezügliche Studie zeigte jedoch große Mängel hinsichtlich Qualität und Vollständigkeit der Daten auf (ÖBIG 2003). Es ist aber eine Reorganisation der auf Grundlagen des Suchtmittelgesetzes zu führenden Suchtmittel-Datenevidenz in Vorbereitung, nach deren Umsetzung in Zukunft aussagekräftigere Analysen zum Thema möglich sein werden.

Neben der Datenevidenz nach dem Suchtmittelregister stehen das VJ-Register (Verfahrensautomation Justiz), das im Auftrag des Bundesministeriums für Justiz bei der Bundesrechenzentrum GmbH geführt wird, die von der Statistik Austria geführte Gerichtliche Kriminalstatistik sowie die Polizeiliche Kriminalstatistik zur Verfügung. Das VJ-Register ermöglicht eine Darstellung des justiziellen Verfahrensanfalls und der Erledigungszahlen der Gerichte und Staatsanwaltschaften sowie die Erfassung von einzelnen Verfahrensschritten wie Einstellungen, Diversionen und Verurteilungen⁵⁵.

Die Gerichtliche Kriminalstatistik erfasst alle rechtskräftigen Verurteilungen und deren Rechtsfolgen (Sanktionen) durch österreichische Strafgerichte. Ihre Grundlage ist der Stand des Strafregisters, das von der EDV-Zentrale des BMI geführt wird. Dabei wird bei einem Verfahren mit Verurteilungen wegen mehrerer strafbarer Handlungen die Verurteilung nur dem Delikt zugeordnet, das die höchste Strafdrohung aufweist und daher für den Strafsatz maßgebend war (Prinzip der Zuordnung nach dem strafsatzbestimmenden Delikt). Dadurch wird jede Verurteilung in der Gerichtlichen Kriminalstatistik – ungeachtet der Anzahl der tatsächlich zugrundeliegenden Delikte – nur einmal gezählt, sodass die Eintragungen täterbezogen den Verurteilungen entsprechen. Dies hat zur Konsequenz, dass das Delikt mit der strengsten Strafdrohung alle anderen abgeurteilten Delikte bei der statistischen Erfassung verdrängt. Durch diese besondere Erfassungsweise, bei der nicht Delikte, sondern verurteilte Personen gezählt werden, können daher nicht alle Verurteilungen nach SGG bzw. SMG erfasst werden.

⁵⁵ Siehe <http://www.eu2006.gv.at/de/News/information/3105e-justice.html>.

Als weitere Datenquelle steht die vom BMI geführte Polizeiliche Kriminalstatistik zur Verfügung, in der die Art und Zahl der den Sicherheitsbehörden bekannt gewordenen bzw. angezeigten strafbaren Handlungen und die polizeilich ermittelten Tatverdächtigen erfasst werden. Dabei wird in der Polizeilichen Kriminalstatistik seit dem Jahr 2002 ein Tatverdächtiger mehrfach gezählt, wenn ihm mehrere strafbare Handlungen zugeordnet werden. Eine Einfachzählung – wie bei der Gerichtlichen Kriminalstatistik – erfolgt nur in der Gesamtsumme aller gerichtlich strafbaren Handlungen und in der Untergliederung zwischen Verbrechen und Vergehen (§ 17 StGB; Schubert, Kroschl, persönliche Mitteilung; ÖBIG 2003; Foregger et al. 1998).

11.3 Zur Verfügung stehende Ergebnisse

Das vorliegende Kapitel gibt eine Übersicht über das zum Thema in Österreich vorhandene Datenmaterial. Einen Überblick über den Anteil von Alkohol bzw. illegalen Drogen am Verkehrsgeschehen bietet Tabelle 11.1. Wie schon in Kapitel 8 des vorliegenden Berichts werden auch im Folgenden sämtliche Anzeigen nach dem Straftatbestand § 28 SMG als „Verbrechen“ bezeichnet.

Tabelle 11.1: Führerscheinentziehungen, Drogenanzeigen, 2003 bis 2007

Angaben aus verschiedenen statistischen Zahlenwerke	2003	2004	2005	2006	2007
Führerscheinentziehungen (Quelle: Führerscheinregister)					
• gesamt	48.664	45.351	47.261	49.491	53.201
• wegen Alkohol und Suchtgift davon ausschließlich wegen Suchtgift	27.100	28.357	28.248	27.377	28.240 1.013 ¹
Drogenanzeigen gegen Fahrzeuglenker im Straßenverkehr gemäß § 5 StVO (Quelle: BMI)	1.261	1.139	913	1.024	909

¹ Auswertung war nur für 2007 möglich.

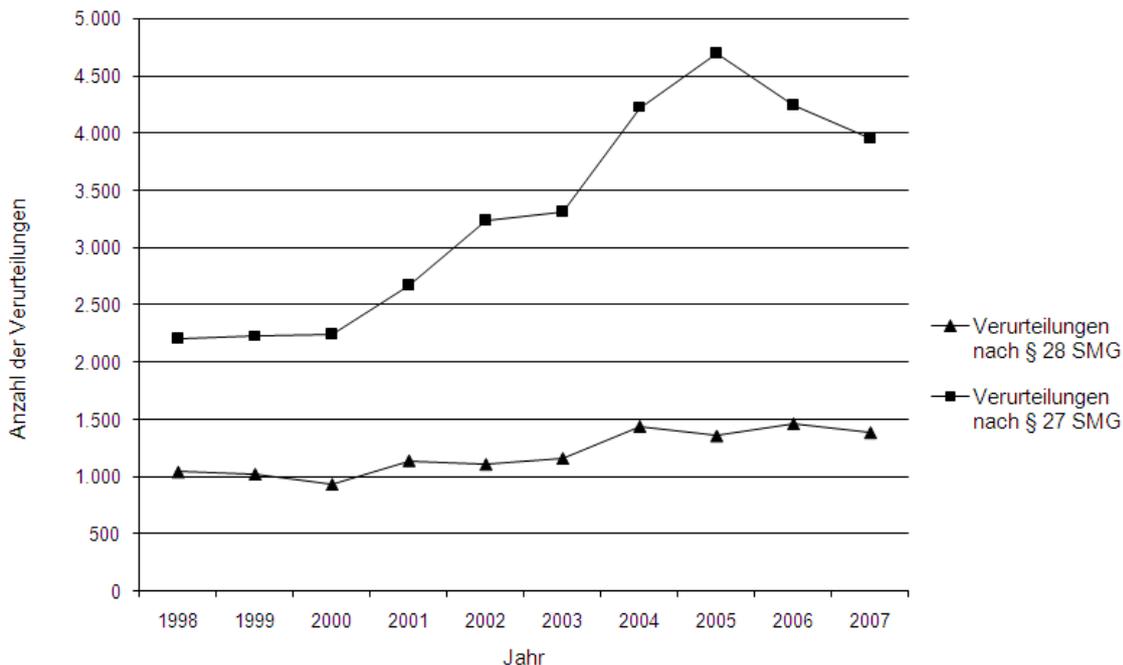
Anmerkung: Das Führerscheinregister wird als Informationsverbund bei der Bundesrechenzentrum GmbH geführt. Auftraggeber sind die Behörden, Betreiber ist das Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie. Das Register enthält personenbezogene Daten, die im Zusammenhang mit dem Lenken eines Kraftfahrzeugs, den dafür notwendigen Berechtigungen etc. unter anderem von Behörden, Amtsärztinnen und -ärzten, verkehrspsychologischen Untersuchungsstellen, den Führerschein herstellenden Unternehmen etc. auf elektronischem Weg eingegeben werden. Das Führerscheinregister enthält demnach auch Angaben über die Entziehung von Lenkberechtigungen, zugrundeliegende Bestrafungen und Wiederausfolgung des Führerscheins. In manchen Fällen wird der Entziehungsgrund im Führerscheinregister lediglich als Freitext festgehalten (im Jahr 2007: 12.970 Fälle). Schätzungsweise 20 Prozent davon fallen ebenfalls in die Kategorie Alkoholdelikte.

Quellen: Otmar Bruckner (BMI), Ing. Gerhard Szin (BRZ) / persönliche Mitteilungen

Wie bereits weiter oben erläutert, kommt es im Zusammenhang mit illegalen Suchtmitteln zur Anwendung des SMG, wobei zwischen Vergehen (§ 27 SMG – Handel, Besitz etc. von kleinen Mengen Suchtgifts) und Verbrechen (§ 28 SMG – Handel, Besitz etc. von großen Mengen Suchtgifts) unterschieden wird. Nachfolgende Abbildung 11.1 sowie Tabelle A13 im Anhang A aus der Gerichtlichen Kriminalstatistik (vgl. Kap. 11.2) zeigen die Entwicklung der entsprechenden Zahlen in den letzten zehn Jahren. Wie bereits im Jahr davor, ist die Summe der Verurteilungen (5.437) nach SMG im Jahr 2007 ebenso weiter gesunken wie die Zahl der unbedingten Freiheitsstrafen (1.415). Mit dem Rückgang der Gesamtzahl der Verurteilungen nach dem SMG ist für 2007 auch erstmals ein deutliches Sinken des Anteils dieser

Verurteilungen an allen Verurteilungen zu erkennen. Obwohl im Einzelnen alle Werte gesunken sind, besteht mit 3.956 Fällen weiterhin ein deutlicher Überhang von Vergehen (§ 27 SMG) im Vergleich zu Verbrechen (§ 28 SMG) mit 1.387 Fällen.

Abbildung 11.1: Verurteilungen nach den §§ 27 und 28 des Suchtmittelgesetzes (SMG) in Österreich, 1998 bis 2007 (vgl. auch Tab. A13 im Anhang A)



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

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

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

Tabelle 11.2 gibt einen Überblick darüber, wie sich die Verurteilungen nach Alter und Grund der Verurteilung aufteilen. Dabei zeigt sich, dass sich die Werte für Jugendliche und Erwachsene im Vorjahr im Vergleich zu 2006 analog entwickelt haben. Für die Jugendlichen sind 2007 die jeweiligen Zahlen bezüglich Vergehen bzw. Verbrechen leicht gesunken, während sie für die Erwachsenen annähernd gleich geblieben sind. Der Anteil der Jugendlichen an den wegen § 28 SMG (Verbrechen) Verurteilten beträgt 3,6 Prozent, während der entsprechende Anteil an den wegen § 27 (Vergehen) verurteilten Personen 7,1 Prozent ausmacht.

67 Prozent aller Verurteilten (2006: 66 %) erhielten Freiheitsstrafen, wobei der Anteil der bedingten Freiheitsstrafen an allen Freiheitsstrafen 47 Prozent betrug (2006: 44 %) und damit im Vergleich zu den Vorjahren weiter leicht angestiegen ist. Der Anteil der Jugendlichen, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt wurden, beträgt 3,4 Prozent; zu einer bedingten Freiheitsstrafe wurden 2,2 Prozent verurteilt.

Tabelle 11.2: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2007

Verurteilungsgrund		Geldstrafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	108	118	42	27	36	331
	Erwachsene	1.512	1.609	1.373	486	126	5.106
§ 28 SMG (Verbrechen)	Jugendliche	2	21	13	11	3	50
	Erwachsene	24	318	659	297	39	1.337
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	106	97	29	16	33	281
	Erwachsene	1.460	1.250	693	187	85	3.675

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

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

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

¹ Sonstige Strafformen: Teilbedingte Strafen (nach § 43a Abs. 2 StGB) in der Form einer Kombination von unbedingter Geldstrafe und bedingter Freiheitsstrafe, Unterbringung in einer Anstalt (nach § 21 Abs. 1 StGB oder nach § 21 Abs 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB, 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.

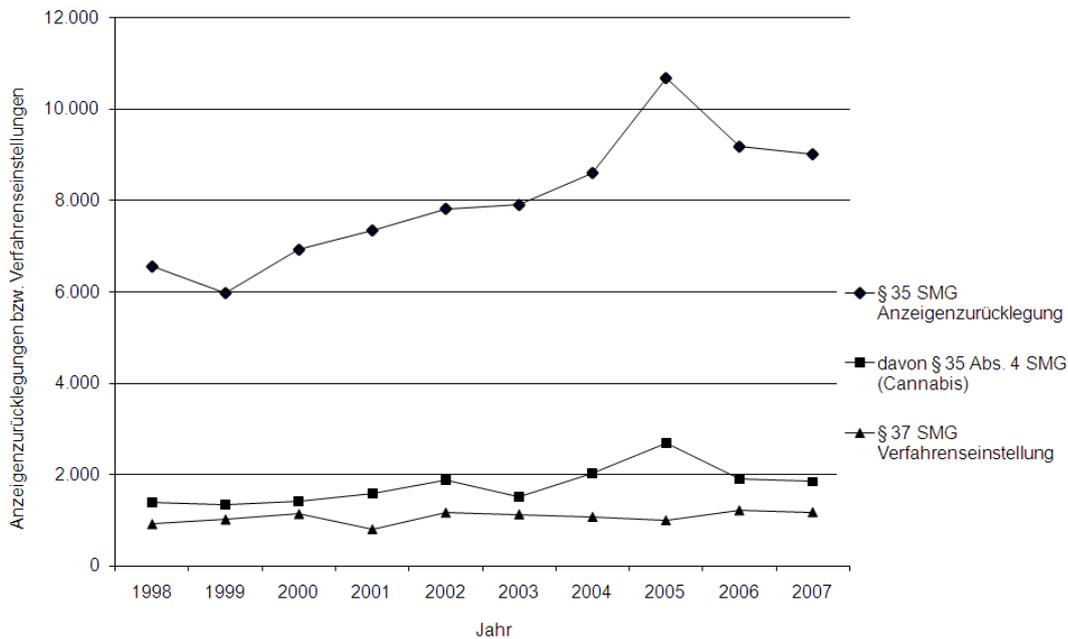
Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

In Bezug auf die Umsetzung der rechtlichen Rahmenbedingungen liegen Informationen zur Anwendung der gesetzlich vorgeschriebenen Alternativen zur Bestrafung vor (vgl. dazu ausführlich ÖBIG 2004 sowie SQ31). Ergänzend zu den Verurteilungen werden in Abbildung 11.2 und in Tab. A15 im Anhang A die Daten bezüglich der vorläufigen (probeweisen) Anzeigenzurücklegungen (§ 35 SMG) und Verfahrenseinstellungen (§ 37 SMG) dargestellt (vgl. Kap. 11.1). Aus der Abbildung ist ersichtlich, dass es bis 2005 zu einer kontinuierlichen Erhöhung der Zahlen der Anzeigenzurücklegungen gekommen war, während die Verfahrenseinstellungen im selben Jahr einen Tiefstand erreicht hatten. Seit 2005 sinkt die Anzahl der Anzeigenzurücklegungen wieder, die Verfahrenseinstellungen waren für 2006 angestiegen, sind aber 2007 wieder zurückgegangen. Weitere Informationen bezüglich rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz verurteilter Personen für 2007 – nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe – können Tabelle 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 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 Inkrafttreten des SMG – festgelegt wurde, zeigt Abbildung 11.3, dass im Analysezeitraum 1998 bis 2007 die Verurteilungen anteilmäßig am stärksten gestiegen sind, wobei der Anstieg erst mit dem Jahr 2001 einsetzt und vor allem im Jahr 2004, bezogen auf das Vorjahr, besonders stark ausgefallen ist. Ab dem Jahr 2006 kommt es bei allen drei betrachteten Werten zu einem Rückgang, der sich bei den Verurteilungen für 2007 gleich stark fortsetzt, während die Alternativen zur Bestrafung nur mehr leicht zurückgehen und die Anzeigen anteilmäßig wieder etwas ansteigen.

Abbildung 11.2: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998 bis 2007

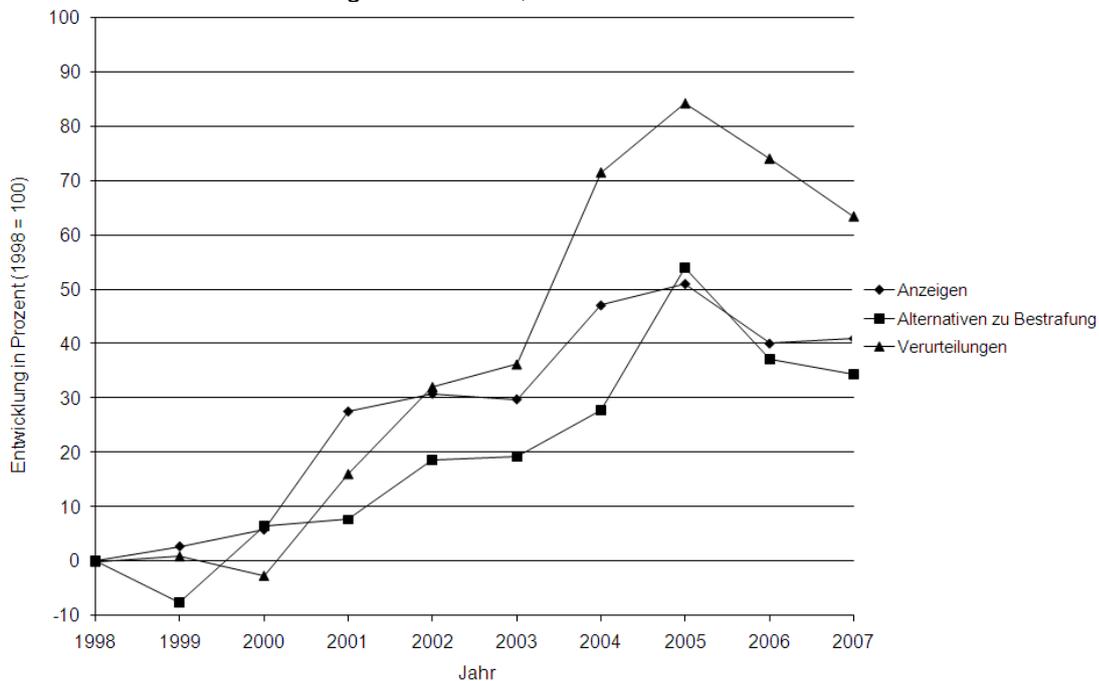


§ 35 SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige durch die Staatsanwaltschaft
 § 35 (4) SMG = Vorläufige Zurücklegung der Anzeige bei Eigengebrauch von geringen Mengen Cannabis
 § 37 SMG = Vorläufige Einstellung des Strafverfahrens durch das Gericht

Anmerkung: Daten zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs – „Therapie statt Strafe“) sind derzeit nicht verfügbar.

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Abbildung 11.3: Vergleichende, indexbezogene Entwicklung der suchtmittelbezogenen Anzeigen, Verurteilungen und Anwendungen der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998–2007



Quellen: BMI – Bundeskriminalamt, Statistik Austria, BMGFJ; GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Die Gründe für die unverhältnismäßig starke Zunahme der Verurteilungen in den Vorjahren sind unklar. Der Anstieg ist jedenfalls nicht durch eine Zunahme der Verbrechenstatbestände (im Vergleich zu den Vergehenstatbeständen; vgl. Abb. 8.1) zu erklären. Der Anstieg könnte aber teilweise durch die im Rahmen der SMG-Novelle von 2001 erfolgten geänderten gesetzlichen Bestimmungen bedingt sein, wonach die vorläufige Zurücklegung der Anzeige in gewissen Bereichen nicht mehr verpflichtend vorgesehen ist, sondern im Ermessen der Staatsanwaltschaft liegt.

Aus Salzburg liegen auf Bundesländerebene Analysen der Ergebnisse der Begutachtungen nach § 12 SMG vor (vgl. auch Kap. 2.1 und 4.3), die exemplarische Einblicke in die Vollziehungspraxis der Gesundheitsbehörden erlauben. Im Jahr 2007 wurde(n) bei 26 Prozent der Begutachteten eine gesundheitsbezogene Maßnahme empfohlen und bei 61 Prozent mehrere Maßnahmen, bei 13 Prozent wurde keine Maßnahme als notwendig erachtet. Damit ist es im Vergleich zum Vorjahr seltener zur Empfehlung einer einzelnen gesundheitsbezogenen Maßnahme gekommen, während mehrere dieser Maßnahmen um etwa 7 Prozentpunkte öfter vorgeschlagen worden sind (Drogenkoordination des Landes Salzburg 2008).

Die „ärztliche Überwachung des Gesundheitszustandes“ (79 %) ist wie bereits in den Vorjahren die am häufigsten empfohlene gesundheitsbezogene Maßnahme, während der Anteil der Empfehlung von „psychosozialer Beratung und Betreuung“ nach einem Rückgang von 2004 bis 2006 mit 60 Prozent im Jahr 2007 erstmals wieder angestiegen ist (2004: 71 %, 2005: 62 %, 2006: 51 %).

Quellenverzeichnis

BIBLIOGRAPHIE

- Amt der Kärntner Landesregierung (2008). Tätigkeitsbericht 2007 - Abteilung 12 Sanitätswesen. Amt der Kärntner Landesregierung. Klagenfurt
- Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2008). Suchtbericht 2007. Amt der Steiermärkischen Landesregierung, FA 8B Gesundheitswesen – Sanitätsdirektion, Graz
- API (2008). Jahresbericht 2007 der Abteilung V – Drogenabteilung. Anton-Proksch-Institut Klinikum. Wien
- Augusta, G., Burian, W., Wirth, U. (in Vorbereitung). Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Drogenabhängigen der Langzeittherapiestation zwischen 1997 und 2007. Unveröffentlicht
- b.a.s. (2008): Jahresbericht 2007. Steirische Gesellschaft für Suchtfragen, Graz
- BGBl I Nr. 2007/110: Bundesgesetz, mit dem das Suchtmittelgesetz (SMG) geändert wird (SMG-Novelle 2007). Ausgegeben am 28. Dezember 2007
- B.I.T. (2008). Jahresbericht 2007 der Drogen- und Suchtberatung B.I.T. Tirol. Verein B.I.T. – Suchtberatung. Volders
- BMGFJ (2008). Österreichische AIDS-Statistik. Periodischer Bericht; 1. Juli 2008. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- BMI (2007). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2006. Bundesministerium für Inneres/Bundeskriminalamt. Wien
- BMI (2008). Jahresbericht über die Suchtmittelkriminalität in Österreich 2007. Bundesministerium für Inneres/Bundeskriminalamt. Wien
- Brunner, C., Brunner, E., Mayring, P. (2007): Evaluation der Drogenambulanz Klagenfurt. Zentrum für Evaluation und Forschungsberatung. Klagenfurt
- Dialog (2008). Jahresbericht 2007. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgefährdete und deren Angehörige. Wien
- Do it (2008). Jahresbericht 2007, Statistik. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Drogenberatung des Landes Steiermark (2008). Jahresbericht 2007. Graz
- Drogenkoordination des Landes Salzburg (2008). Bericht zur Drogensituation im Land Salzburg. Jahresbericht 2007. Salzburg
- Dür, W., und Griebler, R. (2007). Die Gesundheit der österreichischen SchülerInnen im Lebenszusammenhang. Ergebnisse des 7. HBSC-Surveys 2006. Schriftenreihe Originalarbeiten, Studien, Forschungsberichte. Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend. Wien
- Dür, W., und 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 (2007). Jahresbericht 2007. Stand der Drogenproblematik in Europa. Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht. Lissabon
- Eisenbach-Stangl, I., Pilgram, A., Reidl, Ch. Wiener Drogenpolitik 1970 bis 2005 (2008). Außen- und Innenansichten. Sucht- und Drogenkoordination Wien. Wien
- ENCARE Österreich (2008). Newsletter 2/2008, 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)
- Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung (2008a): Suchtprävention und Psychodrama. Zur Bedeutung psychodramatischer Theorie für die Praxis der Suchtprävention anhand des suchtpreventiven Theaterstücks „Traust du dich?“. Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung (Hrsg.). St. Pölten
- Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung (2008b): Jahresbericht 2007. St. Pölten
- Falbesoner, B., und Lehner, S. (2008). 2. Bericht zum Suchtmittelkonsum im Burgenland. Kurzfassung. Im Auftrag der Burgenländischen Landesregierung. Eisenstadt
- Foregger, E., Litzka, G., Matzka, M. (1998). Suchtmittelgesetz; Kurzkomentar samt einschlägigen Bestimmungen in EG-Recht, internationalen Verträgen, Verordnungen und Erlässen. Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung. Wien 1998
- FSW und IFES (2002). Suchtmittel-Studie. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Oktober/November 2001. Institut für empirische Studien. Wien
- Giacomuzzi, S., Scharinger, E., Stempf, E. (2007). Alcohol Use and Drug Consumption in Austrian University Students. Präsentation auf der 3rd European Association of Addiction Therapy Conference 2007, 11. September 2007, Wien
- Giacomuzzi, S., Stempf, K., Stempf-Al-Jazrawi, E., Garber, K. (2008). Drug Consumption among university students in Austria. Letter to the Editor. Wiener Klinische Wochenschrift 120, S. 5–6
- 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 2007.
- 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 (2008b). Suchtgiftbezogene Todesfälle 2007. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien 2008.
- GÖG/ÖBIG (in Vorbereitung). Monitoringprojekt 2008. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Grüner Kreis (2008). Magazin. Frühjahr 2008, No. 65. Verein Grüner Kreis. Wien
- Haas, S. (2005). Problembewusste Frauen, risikofreudige Männer? Illegale Drogen und Geschlecht. Männer Frauen Sucht. Eisenbach-Stangl, I., Lentner, S., Mader, R. (Hrsg.). Wien
- H.I.O.B. (2008). Jahresbericht 2007, Statistik. Amt der Vorarlberger Landesregierung. Bregenz
- Hutsteiner, T., Seebauer, S., Auferbauer, M. (2005). Die Drogensituation an steirischen Berufsschulen und Lehrlingshäusern. Endbericht. X-Sample. Graz

IFES (2002). Suchtmittelstudie Steiermark. Bevölkerungsbefragung 2002. Berichtsband. Im Auftrag der Suchtkoordination Steiermark. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES (2004). Suchtmittel-Monitoring 2003. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES (2005). Suchtmittel-Monitoring 2005. Bevölkerungsbefragung Wien. Im Auftrag des Fonds Soziales Wien. Institut für empirische Sozialforschung. Wien

IFES (2007). BADO – Basisdokumentation. KlientInnenjahrgang 2006. Im Auftrag der Sucht- und Drogenkoordination Wien GmbH. Wien

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

ISP OÖ (2008): Jahresbericht 2007. Institut für Suchtprävention, Pro Mente OÖ, Linz.

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

Komfüdro (2008). Jahresbericht 2007. Komfüdro. Innsbruck

Kontaktladen (2008). Jahresbericht 2007 Kontaktladen / Streetwork. Caritas. Graz

Kontaktladen und Streetwork im Drogenbereich (2008). Haftinfos des Kontaktladens – Kein Mensch wird kriminell geboren. Caritas der Diözese Graz-Seckau. Graz

kontakt + co (2008a). suchtprävention! Der Newsletter von kontakt + co. April 08/2. Innsbruck

kontakt + co (2008b). suchtprävention! Der Newsletter von kontakt + co. Juni 08/3. Innsbruck

Landes-Rechnungshof Vorarlberg (2007): Prüfbericht über den Sozialfonds mit Schwerpunkt Suchtkrankenhilfe. Bregenz

MDA basecamp (2008). Tätigkeitsbericht 2007. Innsbruck

ÖBIG (1998). Bericht zur Drogensituation 1998. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖBIG (2001). Bericht zur Drogensituation 2001. 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

ÖBIG (2005). Bericht zur Drogensituation 2005. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen. Wien

ÖGPB (2007): Substanzbezogene Störungen und psychiatrische Erkrankungen. Konsensus-Statement – State of the Art 2007. Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie. Clinicum Neuropsy, Sonderausgabe November 2007, Wien

Rat der Europäischen Union (2003). Entwurf eines Rahmenbeschlusses zur Festlegung von Mindeststrafen über die Tatbestandsmerkmale strafbarer Handlungen und die Strafen im Bereich illegalen Handels mit Drogen. DROIPEN 84. CORDROGUE 100 Rev 1. Brüssel

Riesenhuber, M. (2007): Professioneller Umgang mit suchtmittelkonsumierenden Jugendlichen. Die Drogenberatung des Landes Steiermark als Schnittstelle von Suchthilfe und Jugendwohlfahrt. Karl-Franzens-Universität. Graz

- Schmied, G. (2004). Femal drug users in European prisons. Ausgewählte Ergebnisse aus der Befragung der Insassinnen für Österreich (unveröffentlicht).
- Schönfeldinger, R. P. (2002). Empirische Erhebung über den Konsum von legalen und illegalen Substanzen bei burgenländischen Jugendlichen. Abschlussbericht. PSD Burgenland. Eisenstadt
- Seyer, S. (2005). Von illegalen Substanzen. Vom Gebrauch der Drogen. Drogenmonitoring zu illegalen Substanzen, Alkohol und Nikotin in Oberösterreich. Institut für Suchtprävention / Pro Mente OÖ. Linz
- Seyer, S., Lehner, R., Gschwandtner, F., und Paulik, R. (2007). Bericht zum Drogenmonitoring 2006. Institut für Suchtprävention/Pro Mente OÖ. Linz (in Vorbereitung)
- 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
- Stiftung Maria Ebene (2008a). Jahresbericht 2007. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2008b). Evaluationsbericht Therapiestation Carina. PatientInnenjahrgänge 2006/2007. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Stiftung Maria Ebene (2008c). Katamnesebefragung 2007. Therapiestation Carina. PatientInnenjahrgänge 2006. Stiftung Maria Ebene. Frastanz
- Sucht- und Drogenkoordination Wien (2008). Österreichischer Drogenbericht. Input zur Drogensituation Wien. Wien
- Uhl, A. (2004) Möglichkeiten und Grenzen des Capture-Recapture-Ansatzes. Sucht 50 (1), S. 29–37
- Uhl, A., Springer, A., Kobrna, U., Gnambs, T., Pfarrhofer, D. (2005a). Österreichweite Repräsentativerhebung zu Substanzgebrauch, Erhebung 2004. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- Uhl, A., Bohrn, K., Fenk, R., Grimm, G., Kobrna, U., Springer, A., Lantschik, E. (2005b): ESPAD Austria 2003: Europäische Schüler- und Schülerinnenstudie zu Alkohol und anderen Drogen. Bundesministerium für Gesundheit und Frauen. Wien
- VIVID (2007). Kinder in suchtblasteten Familien. Tagungsergebnisse. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz
- VIVID (2008): Jahresbericht 2007. VIVID – Fachstelle für Suchtprävention. Graz
- VWS (2006). Tätigkeitsbericht 2005. Infektionsprophylaxe. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2007). Bericht 2006. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2008a). Tätigkeitsbericht 2007. ChEckiT!. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2008b). Tätigkeitsbericht 2007. Ganslwirt. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2008c). Tätigkeitsbericht 2007. Infektionsprophylaxe. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2008d). Tätigkeitsbericht 2007. streetwork. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2008e). Tätigkeitsbericht 2007. *fix und fertig*. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien
- VWS (2008f). Tätigkeitsbericht 2007. Betreutes Wohnen. Verein Wiener Sozialprojekte. Wien

Werdenich, W., Moser-Riebniger, A. (2008). Konzept für eine Clearingstelle für Suchtmittelabhängige in Haft. Wien

Wiener BerufsBörse (2008). Jahrsbericht 2007. Wiener BerufsBörse. Wien

Winklbauer, B., Hödlmoser, J., Fischer, G. (2007). Substanzmissbrauch bei Patienten mit Schizophrenie. Facharzt 4/2007, S. 27–29

Wundsam, K. (2006). Freizeitdrogenkonsum und mögliche Abhängigkeitsentwicklung bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen unter besonderer Berücksichtigung polyvalenter Konsummuster. Diplomarbeit zur Erlangung des Magistergrads der Naturwissenschaften an der Fakultät für Psychologie der Universität Wien. Wien

Persönliche Mitteilungen in alphabetischer Reihenfolge

Namen und Seitenzahlen

Anderwald, DGKS Christine (S. 48)
Bauer, Prim. Dr. Bernhard (S. 48)
Bruckner, Amtsdirektor Otmar (S. 77)

Duspara, Vinko (S. 48)
Ederer, DSA Klaus Peter (S. 53, 55, 64, 67)
Fischer, Univ.-Prof. Dr. Gabriele (S. 48)

Fitsch, Brigitte (S. 18)
Haltmayer, Dr. Hans (S. 48, 55)
Hausleitner, B. (S. 19, 23)
Hörhan, Mag. Dr. Ursula (S. 36, 39)
Kahl, DSA Walter (S. 43)
Kern, Harald (S. 20, 56)
Klein, MinR. Dr. Jean-Paul (S. 49)

Kroschl, Dr. Christian (S. 77)
Mellish, P. (S. 20)

Pietsch, Dr. Franz (S. 42, 43)

Schubert, Mag. Wolfgang (S. 77)

Schwarzenbrunner, Thomas (S. 53)
Sicherheitsdirektion NÖ (S. 34)
Stolz-Gombocz, OA Dr. Ingrid (S. 48)

Szin, Ing. Gerhard (S. 77)
Wölfle, OA Dr. Roland (S. 51, 58)

Institutionen bzw. Funktionen

Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
Ambulatorium Caritas Marienambulanz, Graz
Bundesministerium für Inneres, Generaldirektion für die öffentliche Sicherheit Einsatzangelegenheiten – Verkehrsdienst – II/2/d
Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene
Suchtkoordinator Steiermark

Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie, Drogenambulanz am Allgemeinen Krankenhaus, Wien
Kontakt & Co Suchtprävention Jugendrotkreuz
Verein Wiener Sozialprojekte
Fachstelle für Suchtprävention Burgenland
Suchtkoordinatorin Niederösterreich
Bundesministerium für Justiz Abt V/1
Suchtkoordinator Tirol
Bundesministerium Gesundheit, Familie und Jugend Abt III/A/4
Bundesministerium für Justiz
Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung, NÖ
Bundesdrogenkoordinator; Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
Sucht- und Drogenkoordinator Oberösterreich
Sicherheitsdirektion des Landes NÖ
Anton-Proksch-Institut, Langzeittherapiestation für Drogenabhängige mit Persönlichkeitsstörungen, Mödling
Bundesrechenzentrum GmbH
Therapiestation Lukasfeld der Stiftung Maria Ebene

DATENBANKEN

Best practice portal – Beispiele für evaluierte Angebote: EDDRA = Exchange on Drug Demand Reduction Action

Internet-Datenbank der EBDD: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index45497EN.html>

Österreichische Projekte in EDDRA bzw. im Best practice portal der EBDD (Stand: August 2008):

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)

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 Entwicklungspartnerschaft 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
(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
(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)

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)

SAS – Schüler auf der Suche nach alternativen Lösungsmöglichkeiten. Ein Schülmultiplikatorenprojekt zur primären Suchtprävention mit dem Ansatz der peer-group education

(VIVID – Fachstelle für Suchtprävention, Steiermark)

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)

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 erst auffällige 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.oebig.at> (Arbeitsbereich Prävention / Drogen / Links).

Drogen- bzw. Suchtkoordinationen der Bundesländer:

Suchtkoordination für das Land Burgenland

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

Drogenkoordination des Landes Kärnten

http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=42

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

Drogenkoordination des Landes Salzburg

http://www.salzburg.gv.at/themen/gs/soziales/leistungen_und_angebote/abhaengigkeit/abhaengigkeit_drogenkoordination.htm

Suchtkoordination des Landes Steiermark

<http://www.drogenberatung-stmk.at/>

Suchtkoordination des Landes Tirol

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

Suchtkoordination des Landes Vorarlberg

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/suchtpraevention/index.html>

Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

http://www.gesundheit-kaernten.at/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=77

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 Gesundheit, Familie und Jugend
<http://www.bmgfj.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 Wissenschaft und Forschung
<http://www.bmwf.gv.at>

Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
<http://www.bmsk.gv.at>

Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
<http://www.bmvit.gv.at>

Monitoring und Forschung:

EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction)
<http://www.emcdda.europa.eu>

Institut für Suchtforschung der Universität Innsbruck mit Sitz am Krankenhaus Maria Ebene
<http://www.suchtforschung.at>

Ludwig-Boltzmann-Institut für Suchtforschung am Anton-Proksch-Institut
<http://www.api.or.at/lbi/index.htm>

ÖBIG – Österreichischer Suchthilfekompass
<http://suchthilfekompass.oebig.at>

ÖBIG – Einheitliches Dokumentationssystem der Klienten und Klientinnen der Drogenhilfe
<http://tdi.oebig.at>

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-innsbruck.at>

Caritas Graz – Kontaktladen
<http://caritas-steiermark.at>

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

CONTACT – Spitalsverbindungsdienst
<http://www.drogenhilfe.at/rathilfe/skh/r-s-contact.htm>

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-stmk.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>

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

Haus am Seespitz
<http://sogis.i-med.ac.at/ich-brauche-hilfe/einrichtungsdaten.cfm?eid=47>

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

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

Jugendstreetwork Graz
<http://caritas-steiermark.at>

Klinische Abteilung für Biologische Psychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Wien
<http://www.medizin-medien.info/dynasite.cfm?dssid=4263>

Komfüdro – Kommunikationszentrum für DrogenkonsumentInnen
http://www.caritas-innsbruck.at/einrichtungen.cfm?mode=showseite1&e_id=15

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/>

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

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

Österreichische Caritaszentrale – Integration durch Arbeit KEG
http://www.esf.at/projekte/arbeitslose/projekte_ida.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.schule.at/gesundheit>

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://caritas-steiermark.at>

Substanz – Verein für suchtbegleitende Hilfe
<http://www.substanz.at>

Supromobil
<http://www.supromobil.at>

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

Therapiestation Walk about
http://www.barmherzige-brueder.at/walkabout/aktuelles/article_cs.siteswift?so=all&do=all&SWS=0c8022bea520f68b443794717b71d6de

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/gesundheitsserverhtml/page.asp?MEN_ID=109&SEI_ID=99&LST_ID=48

Vorarlberger Drogenhilfe
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 2001 bis 2007

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeitraum)	Zielgruppe (Sample)	Erhobene Drogenarten	Anteil der Befragten mit Erfahrung	
				Altersgruppe	%
Wiener Suchtmittelstudie (FSW und IFES 2002)	Wien 2001 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 650)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Opiate	15 + 15 + 15 + 15 + 15 +	14 1 1 1 1
Suchtmittelstudie Steiermark (IFES 2002)	Steiermark 2002 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 14 bis 60 Jahre (n = 1.000)	illegale Drogen (gesamt) Cannabis andere illegale Drogen	14–60 14–60 14–60	14 13 2
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer 2005)	Oberösterreich 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 1.018)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Heroin Morphium LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59	23,7 3,9 3,6 3,7 2,0 2,1 3,3 5,8 3,9
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2004)	Wien 2003 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 750)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Opiate biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15 + 15 + 15 + 15 + 15 + 15 + 15 +	16 2 2 3 1 3 2
Bevölkerungsbefragung Österreich (Uhl et al. 2005a)	Österreich 2004 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 14 Jahren (n = 4.547)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Opiate biogene Drogen LSD Schnüffelstoffe	14 + 14 + 14 + 14 + 14 + 14 + 14 + 14 +	20,1 3,0 2,4 2,3 0,7 2,7 1,7 2,4
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2005)	Wien 2005 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 600)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Opiate biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15 + 15 + 15 + 15 + 15 + 15 + 15 +	17 2 2 2 2 3 2
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 59 Jahren (n = 1.125)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Heroin Morphium LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59 15–59	27,6 7,3 7,6 5,8 4,2 4,4 4,6 8,0 7,4
Gesundheitsbefragung Österreich (ATHIS) (Klimont et al. 2007)	Österreich 2006/7 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung von 15 bis 64 Jahren (n = 11.822)	Cannabis Cannabis Cannabis Cannabis Cannabis	15 + 15–24 25–34 35–44 45–54 55–64	9,7 13,0 15,0 10,1 6,7 2,8
Wiener Suchtmittelstudie (IFES 2008)	Wien 2007 (Lebenszeit)	Gesamtbevölkerung ab 15 Jahren (n = 624)	Cannabis Ecstasy Amphetamine Kokain Opiate biogene Drogen andere Drogen (z. B. LSD)	15 + 15 + 15 + 15 + 15 + 15 + 15 +	19 4 4 4 2 7 4

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A2: Überblick über ausgewählte Studien zu Suchtmittelerfahrungen bei Jugendlichen in Österreich aus den Jahren 2001 bis 2007

Studie (Erscheinungsjahr)	Einzugsbereich Erhebungsjahr (abgefragter Zeit- raum)	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 Ecstasy Kokain Heroin Speed Halluzinogene Schnüffelstoffe biogene Drogen	12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19	20 4 2 1 3 3 20 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 Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamine GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17 14–17	22 3 2 2 1 5 1 2 15 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 Partydrogen Kokain Crack Opiate Amphetamine Halluzinogene Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20 15–20	27,1 4,8 2,0 1,1 1,4 3,1 1,8 11,4 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
Bevölkerungsbefragung OÖ (Seyer et al. 2007)	Oberösterreich 2006 (Lebenszeit)	Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 15 bis 24 Jahren (n = 669)	Cannabis Ecstasy Heroin Morphium Amphetamine Kokain LSD Schnüffelstoffe biogene Drogen	15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24 15–24	36,9 12,3 7,7 8,5 12,3 10,0 9,0 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 Ecstasy Kokain Heroin Speed Schnüffelstoffe biogene Drogen	12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19 12–19	11 2 2 2 3 15 4
ESPAD Österreich (ESPAD-Austria 2007)	Österreich 2007 (Lebenszeit)	Schülerinnen und Schüler im Alter von 15 bis 16 Jahren (n = 4.574)	Cannabis Ecstasy Kokain Crack Heroin Amphetamine GHB LSD Schnüffelstoffe Magic Mushrooms	15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16 15–16	18,0 3,4 3,2 2,3 1,8 7,7 2,3 2,8 14,1 4,1

Zusammenstellung: GÖG/ÖBIG

Tabelle A3: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache, 1998-2007

Todesursache	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Intoxikation mit Opiat(en)	27	25	18	17	17	40	38	31	27	9
Mischintoxikation mit Opiat(en)	81	101	147	119	119	115	133	134	137	138
(Misch-)Intoxikation mit Suchtgift(en) ohne Opiate	1	2	2	3	3	8	4	4	5	5
Psychoaktive Medikamente	8	8	*	*	*	*	*	*	*	*
Intoxikation unbekannter Art	0	0	0	0	0	0	10	22	28	23
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle	117	136	167	139	139	163	185	191	197	175

* = ab dem Jahr 2000 nicht mehr berücksichtigt

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A4: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Bundesland, 1998-2007

Bundesland	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	1998-2007
Burgenland	2	0	0	0	0	2	5	3	3	5	20
Kärnten	3	7	2	5	7	6	4	6	7	4	51
Niederösterreich	9	8	11	14	12	13	31	29	38	27	192
Oberösterreich	6	2	11	8	6	13	15	13	14	12	100
Salzburg	11	7	6	7	7	5	7	8	6	3	67
Steiermark	5	6	11	9	13	14	12	17	12	16	115
Tirol	12	14	11	16	13	13	15	17	16	11	138
Vorarlberg	6	5	5	11	6	5	8	6	6	7	65
Wien	63	87	110	69	75	92	88	92	95	90	861
Gesamt	117	136	167	139	139	163	185	191	197	175	1.609

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A5: Anzahl der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Altersgruppen, insgesamt und nach Geschlechteranteil, 1998-2007

Altersgruppe	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	abs.	%	abs.	abs.	abs.	%														
bis 19	7	6,0	16	16	19	11,4	20	15,1	18	12,9	20	12,3	40	21,6	28	14,7	40	20,3	24	13,7
20-24	35	29,9	23	23	33	19,8	21	14,4	20	14,4	37	22,7	40	21,6	48	25,1	51	25,9	46	26,3
25-29	20	17,1	23	23	31	18,6	19	13,7	24	17,3	28	17,2	30	16,2	36	18,8	34	17,3	23	13,1
30-34	20	17,1	27	27	27	16,2	27	19,4	23	16,5	24	14,7	19	10,2	25	13,1	19	9,7	35	20,0
35-39	16	13,7	28	28	27	16,8	25	18,0	24	17,3	29	17,8	23	12,4	19	9,9	15	7,6	22	12,6
40 und älter	19	16,2	19	19	30	17,4	27	19,4	30	21,6	25	15,3	33	17,8	35	18,3	38	19,3	25	14,3
Gesamt	117	100	136	136	167	100	139	100	139	100	163	100	185	100	191	100	197	100	175	100
weiblich	16	13,7	38	38	35	21,0	22	15,8	25	18,0	30	18,4	38	20,5	43	22,5	42	21,3	39	22,2
männlich	101	86,3	98	98	132	79,0	117	84,2	114	82,0	133	81,6	147	79,5	148	77,4	155	78,7	136	77,7

abs. = in Absolutzahlen

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A6: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Alter, 2007

Todesursache			Altersgruppen								Summe	
			< 15	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49		> 49
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	1	2	0	2	0	0	0	1	6
		mehrere Opiate	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
		+ Alkohol	0	1	3	1	5	3	1	0	0	14
		+ psychoaktive Medikamente	0	10	15	7	9	6	1	2	1	51
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	1	0	6	1	14	5	1	1	3	32
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	0	0	4	2	1	0	0	2	0	9
		SG + Alkohol	0	1	3	2	0	0	1	0	0	7
		SG + psychoaktive Medikamente	1	2	8	1	1	2	4	0	0	19
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	1	2	0	1	0	2	0	6
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	2	1	0	0	0	3
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + psychoaktive Medikamente	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art			1	4	2	6	1	4	1	4	0
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle			3	21	46	23	35	22	9	11	5	175
davon Männer			0	13	38	23	28	15	8	8	3	136

SG = Suchtgift(e)

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A7: Verteilung der direkt suchtgiftbezogenen Todesfälle in Österreich nach Todesursache und Bundesland, 2007

Todesursache			Bundesland									
			B	K	N	O	S	St	T	V	W	Ö
Intoxikationen	Opiate	ein Opiat	0	0	1	0	0	0	1	0	4	6
		mehrere Opiate	1	0	1	0	0	0	0	0	1	3
		+ Alkohol	0	1	3	1	0	1	4	1	3	14
		+ psychoaktive Medikamente	1	2	10	4	1	7	0	1	25	51
		+ Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	1	1	0	6	5	2	17	32
	Opiate und andere Suchtgifte	ausschließlich SG	1	1	3	1	0	0	0	1	2	9
		SG + Alkohol	0	0	2	1	1	1	0	0	2	7
		SG + psychoaktive Medikamente	1	0	4	0	1	1	0	1	11	19
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	2	0	0	1	1	2	6
	Suchtgifte ohne Opiate	ausschließlich SG	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3
		SG + Alkohol	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		SG + psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
		SG + Alkohol & psychoaktive Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suchtgiftintoxikation unbekannter Art		1	0	2	2	0	0	0	0	18	23
Summe direkt suchtgiftbezogene Todesfälle		5	4	27	12	3	16	11	7	90	175	
Direkt suchtgiftbezogene Todesfälle pro 100.000 Einwohner zwischen 15 und 64 Jahren		2,7	1,1	2,5	1,3	0,8	1,9	2,3	2,8	7,8	3,1	

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A8: Entwicklung der Aids-Erkrankungsfälle in Österreich nach Risikosituation, 1998–2007

Risikosituation	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Homo-/bisexueller Kontakt	28	27	13	21	19	7	16	13	16	17
Intravenöser Drogenkonsum	26	28	23	27	21	12	13	14	4	12
Heterosexueller Kontakt	25	31	28	33	40	21	31	17	30	19
Anders/unbekannt	20	15	23	11	15	10	10	14	10	16
Gesamt	99	101	87	92	95	50	70	58	60	64

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A9: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Ersttätern und Wiederholungstätern sowie Entwicklung der Gesamtanzeigen, 1998–2007

Anzeigen	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gesamtanzeigen	17.141	17.597	18.125	21.862	22.422	22.245	25.215	25.892	24.008	24.166
Ersttäter	8.672	9.868	9.343	11.033	11.269	12.117	14.346	15.569	15.808	16.053
Wiederholungstäter	8.228	7.463	8.296	10.052	10.380	9.288	9.990	9.520	7.636	7.569

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = unbekannte Täter

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A10: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz (nur Suchtgifte) in Österreich nach Bundesland, 1998–2007

Bundesland	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Burgenland	707	603	843	712	805	984	967	923	1.033	1.008
Kärnten	1.076	1.208	1.088	1.758	1.676	1.659	1.464	1.529	1.190	1.408
Niederösterreich	2.519	2.389	2.624	2.975	3.319	3.017	3.531	3.632	3.050	3.464
Oberösterreich	2.334	1.946	1.887	2.677	3.054	2.782	3.521	3.769	3.209	3.786
Salzburg	1.053	840	718	1.471	1.384	868	1.077	1.092	1.001	1.116
Steiermark	973	1.367	1.305	1.601	1.910	1.570	1.705	1.516	1.435	1.929
Tirol	2.212	2.152	2.687	2.449	2.229	2.102	2.695	2.775	2.607	2.454
Vorarlberg	1.144	1.848	1.183	1.447	1.265	1.146	1.044	1.008	1.240	1.153
Wien	4.606	4.858	5.233	6.212	6.210	7.652	8.524	8.797	7.925	6.611
Gesamtanzeigen	16.624	17.211	17.568	21.302	21.852	21.780	24.528	25.041	22.690	22.929

Differenz der Teilmengen zur Gesamtsumme = nicht zuordenbare Anzeigen

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A11: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes, 1998–2007

Suchtgift/Suchtmittel	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cannabis	16.376	17.236	17.001	19.760	19.939	17.706	20.252	20.900	19.021	19.063
Heroin und Opiate	2.850	2.524	2.413	3.802	3.954	4.717	4.770	4.720	3.516	3.294
Kokain + Crack	2.103	2.608	2.494	3.416	3.762	4.785	5.365	5.491	4.252	4.263
LSD	736	532	477	506	327	214	196	160	164	196
Ecstasy	1.411	1.517	2.337	2.940	2.998	2.473	2.362	2.106	1.763	1.889
Amphetamine	–	–	1.041	1.215	1.357	1.619	1.741	1.664	1.503	1.914
Psychotrope Stoffe	802	750	780	822	736	603	903	1.085	1.701	1.555
Sonstige	–	–	–	1.288	1.524	1.311	1.826	2.471	3.299	3.237

– = nicht getrennt erfasst bzw. ausgewiesen

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A12: Verteilung der Anzeigen wegen Verstoßes gegen das Suchtmittelgesetz in Österreich nach Art des Suchtgiftes und Bundesland, 2007

Suchtgift	B	K	NÖ	OÖ	S	ST	T	V	W	Gesamt
Cannabis	976	1.622	2.796	3.706	1.116	1.903	2.433	1.110	3.401	19.063
Heroin und Opiate	88	81	564	655	89	136	88	223	1.370	3.294
Kokain + Crack	123	238	573	492	193	182	512	275	1.675	4.263
LSD	35	1	53	34	7	13	28	11	14	196
Ecstasy	114	108	562	379	166	193	129	57	181	1.889
Amphetamine	134	50	561	464	130	231	89	55	200	1.914
Psychotrope Stoffe	13	20	137	48	15	80	38	54	1.150	1.555

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

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A13: Verurteilungen nach dem Suchtmittelgesetz (SMG) und Verurteilungen insgesamt in Österreich, 1998–2007

Jahr	Gesamtzahl der Verurteilungen nach SMG	Verurteilungen nach § 28 SMG	Verurteilungen nach § 27 SMG	Verurteilungen in Österreich	
				Gesamtzahl	davon nach SMG in %
1998	3.327	1.041	2.207	63.864	5,2
1999	3.359	1.022	2.230	61.954	5,4
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

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

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

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)

Tabelle A14: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte nach Verurteilungsgrund, Geschlecht und Altersgruppe, 2007

Verurteilungsgrund		14–19 Jahre	20–24 Jahre	25–29 Jahre	30–34 Jahre	> 34 Jahre	Gesamt
SMG gesamt	männlich	863	1.723	940	494	804	4.824
	weiblich	115	216	106	65	111	613
§ 28 SMG	männlich	134	364	270	166	299	1.233
	weiblich	28	47	21	19	39	154
§ 27 SMG	männlich	729	1.348	662	316	457	3.512
	weiblich	87	165	83	43	66	444

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

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

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

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

Tabelle A15: Rechtskräftig nach dem österreichischen Suchtmittelgesetz (SMG) Verurteilte, differenziert nach Jugendlichen und Erwachsenen, nach Verurteilungsgrund und Art der Strafe, 2007

Verurteilungsgrund		Geldstrafe	Freiheitsstrafe			sonstige Strafformen ¹	Gesamt
			bedingt	unbedingt	teilbedingt		
SMG gesamt	Jugendliche	108	118	42	27	36	331
	Erwachsene	1.512	1.609	1.373	486	126	5.106
§ 28 SMG (Verbrechen)	Jugendliche	2	21	13	11	3	50
	Erwachsene	24	318	659	297	39	1.337
§ 27 SMG (Vergehen)	Jugendliche	106	97	29	16	33	281
	Erwachsene	1.460	1.250	693	187	85	3.675

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

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

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

¹ Sonstige Strafformen: Teilbedingte Strafen (nach § 43a Abs 2 StGB) in der Form einer Kombination von unbedingter Geldstrafe und bedingter Freiheitsstrafe, Unterbringung in einer Anstalt (nach § 21 Abs 1 StGB oder nach § 21 Abs. 2, § 22, § 23 StGB), keine Zusatzstrafe nach § 40 StGB, 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 Strafrahmen nach schwerste Delikt, und daher nicht alle Verurteilungen nach SMG.

Quelle: Statistik Austria (Gerichtliche Kriminalstatistik)

Tabelle A16: Entwicklung der Anwendung der gesetzlich vorgesehenen Alternativen zur Bestrafung in Österreich, 1998–2007

Anzeigenzurücklegung/ Verfahrenseinstellung	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Gesamt	7.468	6.989	8.049	8.145	8.974	9.023	9.666	11.660	10.379	10.175
§ 35 SMG Anzeigenzurücklegung	6.557	5.979	6.924	7.346	7.817	7.902	8.599	10.668	9.173	9.008
davon § 35 Abs 4 SMG (Cannabis)	1.380	1.330	1.410	1.570	1.876	1.499	2.016	2.697	1.895	1.841
§ 37 SMG Verfahrenseinstellung	911	1.010	1.125	799	1.157	1.121	1.067	992	1.206	1.167

§ 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

Anmerkung: Die Daten zu § 39 SMG (Aufschub des Strafvollzugs – „Therapie statt Strafe“) sind derzeit nicht verfügbar.

Quelle: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A17: Anzahl der Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich, 1998–2007

Suchtgift/Suchtmittel	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cannabis	4.683	5.079	4.833	5.249	5.294	5.422	6.202	6.012	5.770	5.732
Heroin	654	452	478	895	836	1.263	1.383	1.371	883	765
Kokain	531	519	554	768	863	1.271	1.475	1.507	1.044	1.087
Amphetamine	–	–	141	161	202	294	324	312	299	319
LSD	61	56	42	32	20	33	29	20	20	39
Ecstasy	135	215	330	352	308	276	286	295	248	250
Psychotrope Substanzen	14	74	65	1	0	6	5	2	2	10
Psychotrope Medikamente	521	517	501	566	515	432	678	823	1.300	1.019

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A18: Beschlagnahmungen von Suchtgiften/Suchtmitteln in Österreich nach der Menge, 1998–2007

Suchtgift/Suchtmittel	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Cannabis (kg)	1.336	451	1.806	456	743,1	925,9	1.680,9	819,9	1.880,4	1.276,0
Heroin (kg)	118	78	230	288	59,5	42,8	235,0	282,2	34,3	117,0
Kokain (kg)	99	63	20	108	36,9	58,3	75,5	244,9	61,8	78,1
Amphetamine (kg)	–	–	1	3	9,4	54,2	25,7	8,9	38,17	17,5
LSD (Trips)	2.494	2.811	865	572	851	298	2.227,5	2.108,5	10.831,5	1.058
Ecstasy (Stk.)	114.677	31.129	162.093	256.299	383.451	422.103	122.663	114.104	30.855	66.167
Psychotrope Substanzen (kg)	0,13	4,00	1,29	0,00	0,00	0,20	0,10	0,00	0,03	0,21
Psychotrope Medikamente (Stk.)	82.018	36.437	38.507	31.377	20.081	15.649	21.119	27.104	44.416	26.289

– = nicht (getrennt) erfasst bzw. ausgewiesen

Quelle: BMI/Bundeskriminalamt

Tabelle A19: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Ecstasy gekauften Proben in Prozent, 1999–2007

Inhaltsstoffe	Prozentsatz in als Ecstasy gekauften Proben								
	1999 (n = 155)	2000 (n = 326)	2001 (n = 271)	2002 (n = 269)	2003 (n = 95)	2004 (n = 95)	2005 (n = 57)	2006 (n = 134)	2007 (n = 117)
MDMA	85,81	81,90	77,12	68,03	83,45	71,58	70,20	74,60	60,70
MDMA + MDE	0,00	3,07	2,21	14,13	7,59	9,47	0,00	1,50	0,00
MDMA + MDA	0,00	0,92	1,48	6,69	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00
MDE und/oder MDA	0,65	1,23	7,01	0,37	0,00	7,37	0,00	0,00	0,00
MDMA + Koffein	1,29	1,53	0,00	0,74	0,69	1,05	5,30	5,20	0,90
MDMA + Amphetamin	0,65	0,61	0,37	0,00	0,69	0,00	1,80	1,50	0,00
MDMA + diverse Mischungen*	3,87	2,15	0,37	0,00	3,45	1,05	12,30	0,00	6,00
PMA/PMMA	0,00	1,23	0,37	0,00	0,69	0,00	0,00	0,00	0,00
Amphetamin	3,87	1,53	0,00	1,86	1,38	0,00	1,80	4,50	0,00
Methamphetamin	0,00	0,61	2,58	1,49	0,00	0,00	0,00	0,70	0,00
Koffein	0,00	0,92	0,00	1,49	0,00	1,05	0,00	0,70	1,70
Chinin/Chinidin	0,00	0,61	1,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diverse Mischungen*	3,87	3,68	7,38	5,20	2,07	8,42	8,80	10,40	30,80

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

Tabelle A20: Inhaltsstoffe der von ChEck iT! auf Veranstaltungen der Party- und Clubszene analysierten, als Speed gekauften Proben, 1999–2007

Inhaltsstoffe	Prozentsatz in als Speed gekauften Proben								
	1999 (n = 67)	2000 (n = 93)	2001 (n = 51)	2002 (n = 87)	2003 (n = 57)	2004 (n = 41)	2005 (n = 33)	2006 (n = 75)	2007 (n = 129)
Amphetamin	53,73	56,99	60,78	45,98	35,09	21,95	33,30	24,00	22,50
Amphetamin + Koffein	4,48	9,68	9,80	8,05	15,79	19,51	6,10	29,30	10,10
Amphetamin + Methamphetamin	1,49	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amphetamin + diverse Mischungen*	20,90	7,53	3,92	17,24	29,82	39,02	24,20	24,00	31,80
Methamphetamin	7,46	3,23	1,96	3,45	1,75	2,44	3,00	0,00	10,10
Koffein	1,49	3,23	11,76	8,05	0,00	4,88	9,10	1,30	1,60
MDMA	2,99	3,23	0,00	1,15	0,00	0,00	6,10	4,00	0,00
Ephedrin gesamt	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Diverse Mischungen*	7,46	16,13	11,76	16,09	17,54	12,20	18,20	17,30	24,00

* Diverse Mischungen: Kombination aus mehr als zwei Amphetaminderivaten und/oder anderen Substanzen und/oder unbekanntem Substanzen

Quelle: Verein Wiener Sozialprojekte

Tabelle A21: Anzahl der dem BMGFJ gemeldeten aktuell in Substitutionsbehandlung befindlichen Personen in Österreich nach Erst- und fortgesetzten Behandlungen und nach Bundesländern, 2007

Behandlung	B	K	NÖ	OÖ	S	St	T	V	W
Fortgesetzte Behandlung	111	255	1.036	542	385	909	333	436	4.284
Erstbehandlung	56	80	373	240	40	204	72	72	937
Gesamt	167	335	1.409	782	425	1.113	405	508	5.221

Anmerkung: **Fortgesetzte Behandlungen** sind Behandlungen, die vor dem Berichtsjahr begonnen wurden, oder wiederholte Behandlungen von Personen, welche 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 BMGF 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: BMGFJ, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A22: Spritzentausch und -verkauf nach Anzahl der Angebote und nach Bundesländern, 2007

Bundesland	Anzahl der Einrichtungen	Anzahl der Spritzenautomaten	Gesamtzahl der getauschten und verkauften Spritzen
Burgenland	0	0	0
Kärnten ¹	–	–	–
Niederösterreich	0	0	0
Oberösterreich	3	0	142.279
Salzburg	1	2	4.544 ²
Steiermark ³	1	1	313.283
Tirol	3	3	234.170
Vorarlberg	5	5	162.500
Wien	3	0	2.320.842
Gesamt	16	11	3.177.618

¹ – = keine Informationen/ Daten übermittelt

² Angaben nicht vollständig

³ Angebot ist auf Graz beschränkt

Quelle: ST10 Syringe Availability 2008, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Tabelle A23: Aktuelle gesundheitliche Probleme bei Klientinnen und Klienten der Wiener Drogenhilfe (BADO), 2002–2006 in Prozent

Aktuelle gesundheitliche Probleme	2002	2003	2004	2005	2006
Chronische Hepatitis C	42	39	30	35	31
Zahnprobleme	22	22	19	23	21
Magen-, Darmprobleme	12	13	11	16	14
Psychiatrische Erkrankungen	11	9	9	10	12
Haut, Venen	8	9	7	10	8
Aids, HIV-Infektion	7	5	4	4	4
Krampfanfälle, epileptische Anfälle	6	7	5	6	6
Chronische Hepatitis B	5	5	4	4	3
Invalidität	2	1	1	1	1
Gynäkologische Probleme	1	3	2	4	4
STD (sexuell übertragbare Krankheiten)	1	1	*	1	1
Andere	7	10	9	8	8
Keine aktuellen gesundheitlichen Probleme	30	34	41	35	38

* = 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 2007, GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung

Tabelle A24: Personen, die im Jahr 2007 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		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle	Geschlecht		alle
	m	w		m	w		m	w		m	w	
0 bis 4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 bis 9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 bis 14	1	2	1	2	4	3	0	1	0	0	0	0
15 bis 19	19	21	19	13	21	16	16	22	18	8	17	10
20 bis 24	30	28	30	25	41	30	32	33	32	34	37	35
25 bis 29	19	17	19	23	19	22	22	20	21	24	23	24
30 bis 34	11	11	11	14	6	12	11	10	11	15	11	14
35 bis 39	8	8	8	11	4	9	8	7	8	9	5	8
40 bis 44	6	8	7	6	1	5	6	3	5	6	3	6
45 bis 49	4	4	4	2	3	2	3	3	3	3	3	3
50 bis 54	1	1	1	3	1	2	1	1	1	1	0	1
55 bis 59	1	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0
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
gültige Angaben	3.734	1.049	4.783	357	159	516	3.131	1.032	4.163	1.073	375	1.448
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 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Tabelle A25: Personen, die im Jahr 2007 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	–	–	–	24	26	24	40	27	37	11	7	10
arbeitslos gemeldet	–	–	–	32	17	28	33	31	33	51	42	49
Sozialhilfe	–	–	–	8	13	10	7	14	9	10	21	13
Kind, Schüler/in, Student/in	–	–	–	5	12	7	4	9	5	3	7	4
Präsenz-, Zivildienst, Karenz, Pensionist/in	–	–	–	4	3	4	4	8	5	7	8	7
Haushalt, berufliche Umschulung, Sonstiges	–	–	–	4	3	3	4	6	4	1	1	1
nicht erwerbstätig, keine sonstige Form des Lebensunterhalts	–	–	–	2	6	3	4	4	4	3	2	3
nicht erwerbstätig, sonstige Form des Lebensunterhalts unbekannt	–	–	–	20	20	20	4	1	3	14	13	14
gültige Angaben	–	–	–	297	138	435	2.887	941	3.828	1.015	334	1.349
unbekannt	–	–	–	38	16	54	65	28	93	11	2	13
missing	–	–	–	22	5	27	179	63	242	47	39	86

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. Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Tabelle A26: Personen, die im Jahr 2007 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	–	–	–	–	–	–	3	3	3	3	2	3
Kärnten	–	–	–	–	–	–	7	6	6	2	3	2
Niederösterreich	–	–	–	–	–	–	10	11	10	12	15	12
Oberösterreich	–	–	–	–	–	–	24	20	23	9	6	8
Salzburg	–	–	–	–	–	–	2	2	2	2	3	2
Steiermark	–	–	–	–	–	–	7	8	7	12	17	13
Tirol	–	–	–	–	–	–	10	8	9	9	12	10
Vorarlberg	–	–	–	–	–	–	3	1	2	8	9	8
Wien	–	–	–	–	–	–	35	41	36	43	34	40
Ausland	–	–	–	–	–	–	0	0	0	1	1	1
gültige Angaben	–	–	–	–	–	–	3.026	1.061	4.087	1.000	355	1.355
unbekannt	–	–	–	–	–	–	54	22	76	37	7	44
missing	–	–	–	–	–	–	26	11	37	2	2	4

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; aus Vorarlberg liegen nur Daten des stationären Bereichs vor.
Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten und niederschwelliger Begleitung nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Tabelle A27: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach aktueller Wohnsituation und Geschlecht in Prozent

Aktuelle Wohnsituation	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)	–	–	–	52	57	53	88	88	88	83	88	84
ungesichert (z. B. Obdachlosigkeit)	–	–	–	43	35	41	7	8	7	9	5	8
in Institution, daneben gesichert	–	–	–	4	7	5	4	3	4	7	5	6
in Institution, daneben ungesichert	–	–	–	1	0	1	1	1	1	2	2	2
gültige Angaben	–	–	–	295	122	417	3.009	1.044	4.053	1.000	339	1.339
unbekannt	–	–	–	46	16	62	78	38	116	36	22	58
missing	–	–	–	57	27	84	19	12	31	3	3	6

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.

Diese Variable wird bei kurzfristigen Kontakten nicht erhoben.

Quelle: GÖG/ÖBI 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Tabelle A28: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach Leitdrogen und Geschlecht in Prozent

Leitdroge (Mehrfachnennungen möglich)	Kurzfristige Kontakte			Niederschwellige Begleitung			Längerfristige Betreuungen ambulante			Längerfristige Betreuungen stationär		
	Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht			Geschlecht		
	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle	m	w	alle
Opiate	53	56	54	40	36	39	55	69	58	76	83	78
Heroin	40	42	40	26	20	24	39	49	41	52	53	52
Methadon	5	5	5	2	1	1	5	7	6	14	17	14
andere Substitutionsdrogen	21	22	21	19	18	18	23	31	25	47	55	49
andere bzw. nicht näher spezifizierte Opiate	2	3	2	2	1	2	2	3	3	3	1	2
Kokaingruppe	12	12	12	12	10	11	13	11	12	23	17	22
Kokain	12	12	12	12	10	11	12	11	12	23	17	22
Crack	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
nicht näher spezifiziertes Kokain	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Stimulantien	5	5	5	2	3	2	5	5	5	10	5	9
Amphetamine (z. B. Speed)	4	3	4	1	0	1	4	3	4	9	4	7
MDMA (Ecstasy), andere Designerdrogen	3	2	3	1	2	1	3	3	3	4	3	4
nicht näher spezifiziertes Stimulanzium	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Tranquilizer/Hypnotika	13	18	14	15	19	16	9	12	10	24	24	24
Benzodiazepine	13	17	14	15	19	16	9	12	9	24	24	24
Barbiturate	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1
andere Hypnotika bzw. Tranquilizer	0	2	1	1	3	1	0	0	0	0	0	0
Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	3
LSD	0	0	0	0	0	0	1	0	1	3	2	3
nicht näher spezifizierte Halluzinogene	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cannabis	30	24	29	27	18	24	38	24	35	32	21	29
Schnüffelstoffe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Alkohol	7	8	7	8	6	8	6	6	6	10	7	10
biogene Drogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
andere Drogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
nur nicht behandlungsrelevanter Konsum	12	13	12	9	13	10	3	3	3	0	1	0
nur Begleitdroge	2	2	2	18	19	18	6	6	6	4	4	4
gültige Angaben	3.686	1.035	4.721	403	156	559	4.260	1.438	5.698	2.250	737	2.987
Anzahl der Personen mit gültigen Angaben	2.436	665	3.101	285	119	404	2.777	899	3.676	990	348	1.338
unbekannt	1.251	355	1.606	37	21	58	212	86	298	19	9	28
missing	47	29	76	35	19	54	142	47	189	64	18	82

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.

Überkategorien sind fett gedruckt.

Grundgesamtheit: alle Klientinnen und Klienten.

Quelle: GÖG/ÖBIG 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Tabelle A29: Personen, die im Jahr 2007 eine drogenspezifische Betreuung begonnen haben, nach intravenösem Drogenkonsum und Alter 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	52	47	51	33	31	32	60	45	56	26	18	24
ja	48	53	49	67	69	68	40	55	44	74	82	76
gültige Angaben	2.349	656	3.005	246	128	374	2.872	938	3.810	1.019	346	1.365
unbekannt	764	221	985	64	17	81	209	77	286	29	20	49
missing	621	172	793	47	14	61	50	17	67	25	9	34

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 2008a, DOKLI-Auswertung Klientenjahrgang 2007

Tabelle A30: Interventionen zur Suchtprävention in der Schule, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für die Umsetzung in Klasse/Schule	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess-Evaluation ja/nein	Ergebnis-Evaluation ja/nein
NÖ	Eigenständig werden	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	10	28	10–12 pro Jahr	n. v.	134	nein	ja
NÖ	Traust Du Dich?	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	60	2	2	6.772	169	nein	ja
NÖ	Stationenmodell	11- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen, Eltern	61	9 LehrerInnen, 2 Eltern	5	4.457	291 LehrerInnen, 839 Eltern	ja	nein
NÖ	LehrerInnen-Fortbildung	11- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	13	8	n. v.	n. v.	385	nein	nein
NÖ	Helfen statt strafen	11- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen, DirektorInnen	4	4	3	235	73	nein	nein
NÖ	Step by Step	11- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	7	32 (+ 4 Einheiten Basis-Schulung Sucht und SVB, wenn nicht vorhanden)	n. v.	n. v.	76	nein	nein
NÖ	Feel ok	12- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	2	2	n. v.	n. v.	20	nein	ja
NÖ	Geh kum Oida	13- bis 15-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	5	0	2 bis 3	418	18	nein	nein
NÖ	Peer-Education-Projekt	14- bis 16-jährige SchülerInnen	15- bis 18-jährige SchülerInnen + betreuende LehrerInnen	11	44 in 3 Modulen über 2 Jahre, BetreuungslehrerInnen 8 Stunden/Jahr	6 (2 Stunden Inforeveranstaltung im 1. Jahr, 4 Stunden Workshop im 2. Arbeitsjahr der Peers)	n. v.	149 Peers, 21 BetreuungslehrerInnen	nein	nein
NÖ	Regionalprojekt Amstetten	11- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen und Eltern	6	8 LehrerInnen, 2 Eltern	n. v.	305	20 LehrerInnen, 110 Eltern	nein	nein
St	Schülerworkshop	13- bis 18-Jährige	keine	17	4,5	n. v.	448	17	nein	ja
St	Seminar Grundlagen der Suchtprävention	12- bis 18-Jährige	LehrerInnen	6	4	n. v.	n. v.	92		ja
St	Projektberatungen	12- bis 18-Jährige	LehrerInnen	12	2	n. v.	n. v.	20	nein	nein
St	Seminar-Suchtprävention in der Berufsschule	15- bis 19-Jährige	LehrerInnen der Berufsschulen	4	18	n. v.	n. v.	64	nein	ja
St	Vortrag Suchtprävention in der Berufsschule	15- bis 19-Jährige	LehrerInnen der Berufsschulen	2	2,5	n. v.	n. v.	75	nein	nein
St	Wahlpflichtfach SP in der Schule	7- bis 18-Jährige	LehrerInnen in Ausbildung: Volksschule, Hauptschule	1	12	n. v.	n. v.	14	nein	nein
St	Eigenständig werden	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	13	76	n. v.	n. v.	56	nein	ja
OÖ	Eigenständig werden	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	15	28	n. v.	ca. 5.000	202 LehrerInnen, 60 DirektorInnen, 1.444 Eltern	nein	ja

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für die Umsetzung in Klasse/Schule	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess-Evaluation ja/nein	Ergebnis-Evaluation ja/nein
OÖ	Peer Education	16- bis 17-jährige SchülerInnen	Peers	29 Schulen	48	n. v.	ca. 1.700	134 Peers, 81 LehrerInnen	nein	nein
OÖ	Clever & Cool	13- bis 15-jährige SchülerInnen	LehrerInnen, Eltern	27 Schulen	11 Unterrichtsmodulare zu insgesamt 33 Unterrichtseinheiten, 1 Projektpräsentation im Kollegium, schulinterne LehrerInnenfortbildung zu 8 Einheiten, Elternvortrag	n. v.	1.510 SchülerInnen	750 Eltern, 271 LehrerInnen	nein	nein
OÖ	Akademielehrgang "Kordinator für Suchtprävention an der Schule"	15- bis 19-jährige SchülerInnen	LehrerInnen und SchulärztInnen	100 Einheiten	n. v.	n. v.	n. v.	26 LehrerInnen und SchulärztInnen	nein	nein
OÖ	KoordinatorInnen für Suchtprävention an der Schule	15- bis 19-jährige SchülerInnen	LehrerInnen und SchulärztInnen	81 Schulen	n. v.	n. v.	n. v.	132 KoordinatorInnen	nein	nein
OÖ	Step by step	15- bis 19-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	7 Seminare	4 Einheiten	n. v.	n. v.	120 LehrerInnen	nein	nein
OÖ	Manual „internetbasierte Suchtprävention für den Unterricht“	14- bis 19-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	2.000 LehrerInnen	nein	nein
T	Eigenständig werden	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	3	26	n. v.	n. v.	54	nein	ja
T	PLUS	10-bis 14-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	2	12	n. v.	n. v.	31	nein	nein
T	Klasse	14-bis 15-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	1	8	n. v.	n. v.	9	nein	ja
T	Schulische Sucht-information	14- bis 15-jährige SchülerInnen	Präventionsfachleute, Präventionsbeamte der Polizei, Suchtberater/innen, Schulärzt/innen, Lehrer/innen	69	2 bis 8	2 Stunden pro Klasse	ca. 2.500	ca. 30	ja	nein
V	Eigenständig werden	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	3	28	n. v.	n. v.	54	nein	ja
V	klartext:sucht	12- bis 18-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	8	4	mindestens 10	n. v.	102	noch nicht	noch nicht
W	Eigenständig werden	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	5	je 24 Unterrichtseinheiten (2007: 5 mal)	n. v.	1.250	50	nein	ja
W	Feelok.at	SchülerInnen	LehrerInnen	keine	3 Unterrichtseinheiten, à 50 Minuten	n. v.	keine	keine	nein	nein
W	Step by Step	SchülerInnen	LehrerInnen	keine	10 Unterrichtseinheiten	n. v.	keine	keine	nein	nein
K	Eigenständig werden	6- bis 10-Jährige	LehrerInnen	2	48	10 pro Jahr	150	32	nein	ja

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für die Umsetzung in Klasse/Schule	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess-Evaluation ja/nein	Ergebnis-Evaluation ja/nein
K	Lebenskompetenzprogramm 5/6	10- bis 14-Jährige	LehrerInnen	1	24	14	160	20	nein	nein
K	suchtfrei.OK	13- bis 14-Jährige	LehrerInnen	3 Schulen je 2 Klassen, Projekt laut feststehendem Programm (einjährig)	96	63,5	150	69	nein	nein
K	ORG St. Ursula	14- bis 19-Jährige	LehrerInnen / Eltern	2	4	10	70	57	nein	nein
K	Helfen statt Strafen	11- bis 14-Jährige	LehrerInnen	n. v.	n. v.	6	31	n. v.	nein	nein
K	LWF (mehr. Projekt)	15- bis 18-Jährige	LehrerInnen / Eltern	2	6	8	30	36	nein	nein
K	Step by Step	14- bis 18-Jährige	LehrerInnen	2	16	n. v.	n. v.	38	nein	nein
K	Höhere Technische Lehranstalt Ferlach	15- bis 21-Jährige	KlassensprecherInnen, Multiplikatoren	4 Multiplikator-Workshops	8	n. v.	n. v.	40	nein	nein
K	Slowen. Gymn.	14- bis 19-Jährige	LehrerInnen	2	4	6	30	10	nein	nein
K	Kärntner Tourismusschulen	14- bis 19-Jährige	LehrerInnen – mehrjährig	2	12	n. v.	120	20	nein	nein
K	Schülerworkshops laut Angebot	10- bis 16-Jährige		6	n. v.	55	292	12	ja	ja
K	VS Basisseminare	6- bis 10-Jährige	LehrerInnen	2	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	nein	nein
K	PI	10- bis 14-Jährige	LehrerInnen	1	4	n. v.	n. v.	12	nein	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A31: Interventionen zur Suchtprävention in der frühen Kindheit, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess- Evaluation ja/nein	Ergebnis- Evaluation ja/nein
NÖ	Weinen, Wüten, Lachen	3- bis 6-jährige Kinder	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	2	40	n. v.	41	nein	nein
NÖ	Fortbildung HortnerInnen	3- bis 12-jährige Kinder	HortnerInnen	1	16	n. v.	21	nein	nein
St	SVB im Kindesalter	3- bis 6-jährige Kinder	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	3	81	n. v.	58	nein	nein
St	WS Spielzeugfreier KG	3- bis 6-jährige Kinder, Kinder- gartenpädagoginnen,	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	4	16	n. v.	80	nein	nein
St	WS Intergenerative Pädagogik	3- bis 6-jährige Kinder	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	1	4	n. v.	20	nein	nein
OÖ	Suchtprävention im Kindergarten	3- bis 6-jährige Kinder	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	5	8 Einheiten	n. v.	85	nein	nein
OÖ	Encare-OÖ Netzwerk zum Thema Kinder aus sucht- belasteten Familien	Kinder aus suchtbelasteten Familien	ExperteInnen zum Thema Kinder aus suchtbelasteten Familien	2 Treffen	6 Einheiten	n. v.	32	nein	nein
V	Kinder stark machen- erlebnispädagogischer Workshop	3- bis 6-jährige Kinder	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	3	20	n. v.	23	nein	nein
V	Wir sind ein Team	3- bis 6-jährige Kinder	KindergartenpädagogInnen, KindergartenhelferInnen	1	8	n. v.	23	nein	nein
W	Suchtvorbeugung im Kleinkindalter	Säuglinge	Eltern von Kindern im Säuglingsalter	8	je 2 Stunden	n. v.	93	nein	nein
W	Der spielzeugfreie Kin- dergarten	Kindergarten- und Kinder- gruppenkinder	Kindergarten- pädagogInnen, Eltern	2	je 2 Monate	40 Kinder, 75 Eltern- teile, 6 Kindergarten- pädagogInnen	n. v.	nein	ja
K	Spielzeugfreier Kinder- garten	3- bis 6-Jährige	Eltern, Kindergarten- pädagoginnen	3 Elternabende	16	165	113 / 12 Kindergarten- pädagoginnen	nein	nein
K	Suchtvorbeugung im Kleinkindalter	4- bis 6-Jährige	Eltern	2	3	43	27	nein	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A32: Interventionen zur Suchtprävention in Familien, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess-Evaluation ja/nein	Ergebnis-Evaluation ja/nein
NÖ	Elternsein ist manchmal scho(e)n schwer	6- bis 10-Jährige	Eltern	4	10	n. v.	40	nein	nein
NÖ	Elterninfoabend	Kinder u. Jugendliche	Eltern	29	2	n. v.	870	nein	nein
NÖ	Elternkreise	Erwachsene	ModeratorInnen	8	4	28	55	nein	nein
NÖ	Sehn(Sucht) und Familie	Erwachsene	Erwachsene aus Pfarrgemeinde	1	36	n. v.	17	nein	nein
St	Was geht ab?!	12 -18 Jährige	Eltern	5	2 x 3,5	n. v.	52	nein	nein
St	Elternvortrag	0- bis 18-Jährige	Eltern	52	2	n. v.	2.100	nein	nein
St	Elterncafé	0- bis 10-Jährige	Eltern	36	108	n. v.	132	nein	nein
OÖ	Eltern-Aktiv-Seminare	10- bis 19-jährige	Eltern	7 Standorte	16 Einheiten	n. v.	50 Eltern	nein	ja
OÖ	Vortrag „Wie schütze ich mein Kind vor Sucht“	6- bis 19jährige	Eltern	88 Vorträge	2	n. v.	4.413 Eltern	ja	nein
OÖ	Elternhandbuch „Wie schütze ich mein Kind vor Sucht“	10- bis 19-jährige	Eltern	n. v.	n. v.	12.000 Stück	n. v.	nein	nein
T	Elternabend	Erwachsene	Präventionsfachleute	15	0 (jahrelange Erfahrung)	ca. 600	3	nein	nein
V	Elternmängste - Kinder(t)räume – wie schütze ich mein Kind vor Sucht	6- bis 18-Jährige	Eltern	52	3	n. v.	1487	nein	nein
W	ENCARE – European Network for Children Affected by Risky Environments	Kinder und Jugendliche	FachexpertInnen und PraktikerInnen aus Wiener Einrichtungen der Kinder- und Jugendbetreuung sowie Jugendhilfe und Familienhilfe bzw. -beratung	Auftaktveranstaltung: 12.12.2007	1 mal ganztägig	45	keine	nein	nein
W	Wie schütze ich mein Kind vor Sucht? Ein Handbuch für Eltern	Eltern und Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen	PädagogInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, FamilienberaterInnen	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	nein	nein
W	Erziehung beginnt bei den Erziehenden - Suchtvorbeugung auch!	Kinder	Kindergarten- und HortpädagogInnen	4	je 4 Stunden	n. v.	25	nein	nein
K	Suchtprävention von Anfang an (Katholisches Bildungswerk)	2- bis 6-Jährige	Eltern	n. v.	7	n. v.	47	nein	nein
K	Kind sucht Halt	3- bis 10-Jährige	Eltern	n. v.	2,5	n. v.	40	nein	nein
K	Elternabende	6- bis 10-Jährige	Eltern	4	12	n. v.	81	nein	nein
K	Elternabende	10-bis 18-Jährige	Eltern	5	15	n. v.	109	nein	nein
K	Elternabend – suchtfrei.OK	12- bis 13-Jährige	Eltern	1	3	35	42	ja	ja
K	Elternabend – eigenständig werden	6- bis 10-Jährige	Eltern	1	3	n. v.	17	nein	nein
W	Wie schütze ich mein Kind vor Sucht? Ein Handbuch für Eltern	Eltern und Bezugspersonen von Kindern und Jugendlichen	PädagogInnen, LehrerInnen, SozialarbeiterInnen, FamilienberaterInnen	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	nein	nein
W	Erziehung beginnt bei den Erziehenden - Suchtvorbeugung auch!	Kinder	Kindergarten- und HortpädagogInnen	4	je 4 Stunden	n. v.	25	nein	nein

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess- Evaluation ja/nein	Ergebnis- Evaluation ja/nein
K	Suchtprävention von Anfang an (Katholisches Bildungs- werk)	2- bis 6-Jährige	Eltern	n. v.	7	n. v.	47	nein	nein
K	Kind sucht Halt	3- bis 10-Jährige	Eltern	n. v.	2,5	n. v.	40	nein	nein
K	Elternabende	6- bis 10-Jährige	Eltern	4	12	n. v.	81	nein	nein
K	Elternabende	10- bis 18-Jährige	Eltern	5	15	n. v.	109	nein	nein
K	Elternabend – suchtfrei.OK	12- bis 13-Jährige	Eltern	1	3	35	42	ja	ja
K	Elternabend – eigenständig werden	6- bis 10-Jährige	Eltern	1	3	n. v.	17	nein	nein
K	Suchtprävention von Anfang an (Katholisches Bildungs- werk)	2- bis 6-Jährige	Eltern	n. v.	7	n. v.	47	nein	nein
K	Kind sucht Halt	3- bis 10-Jährige	Eltern	n. v.	2,5	n. v.	40	nein	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A33: Interventionen zur Suchtprävention in der außerschulischen Jugendarbeit, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess-Evaluation ja/nein	Ergebnis-Evaluation ja/nein
NÖ	Workshops für Jugendliche – Basics	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	keine	10	3	220	keine	nein	nein
NÖ	Workshops "no risk, no fun?"	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	keine	3	3	20	keine	nein	nein
NÖ	Steps for You(th)	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	MitarbeiterInnen der außerschulischen Jugendarbeit	7	6	n. v.	134	nein	nein
NÖ	Movin'	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	MitarbeiterInnen der außerschulischen Jugendarbeit	5	20	n. v.	53	nein	nein
S	Projektberatung	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	Jugendarbeiter/innen	4	2	n. v.	7	nein	nein
St	Seminar „Basics“, Kiffen, ...	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	Jugendarbeiter/innen	9	4	n. v.	64	nein	ja
St	movin' - Motivierende Gesprächsführung	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	Jugendarbeiter/innen	1	20	n. v.	17	nein	ja
St	Suchtprävention im Fußballverband	Jugendliche von 12 bis 19 Jahren.	Trainer/innen im FBV	6	3	n. v.	105	ja	ja
St	Brennpunkt Suchtprävention / Steirische Feuerwehr	Jugendliche von 12 bis 19 Jahren	Jugendbeauftragte der steirischen Feuerwehr	5	3	n. v.	154	nein	ja
St	Suchtprävention im Lehrlingshaus	Lehrlinge	Lehrlingshaus Mitarbeiter/innen	1	3	n. v.	12	nein	nein
OÖ	Jugendflyer It's up to you	13- bis 19-Jährige	keine	17 Flyer zu suchtspezifischen Themen	n. v.	125.000 verteilte Flyer	keine	nein	nein
OÖ	Jugendtagung „Drugs & Drive“	13- bis 19-Jährige	JugendarbeiterInnen	1 Tagung	8 Einheiten	n. v.	70 TeilnehmerInnen	nein	nein
OÖ	Movin' –Motivational Interviewing in der Suchtprävention	13- bis 19-Jährige	JugendarbeiterInnen	3 Schulungen	24 Einheiten	n. v.	53	nein	nein
T	act it! (Forumtheater)	Lehrlinge von 15 bis 18 Jahren	keine	6	n. v.	150	n. v.	nein	nein
T	movin' (Motivational Interviewing)	Jugendliche von 12 bis 18 Jahren	JugendarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen	2	pro Seminar 23	n. v.	30	ja	nein
T	Workshops MultiplikatorInnen	Kinder/Jugendliche von 6 bis 18 Jahren	JugendarbeiterInnen, SozialarbeiterInnen, PädagogInnen	6	im Schnitt 2,5	n. v.	100	nein	nein
T	Workshops Jugendliche	Jugendliche von 12 bis 16 Jahren	JugendarbeiterInnen	1	2	10	3	nein	nein
V	Kinder stark machen – Vereine setzen Zeichen	8- bis 18-Jährige	Funktionäre, Trainer	27	3	n. v.	839	nein	nein
V	Eventbegleitung	14- bis 25-Jährige	Veranstalter/Jugendarbeit	43	n. v.	3.500	ca. 80	nein	nein
W	Lehrgang Suchtprävention in der Jugendarbeit	Kinder und Jugendliche	MitarbeiterInnen der außerschulischen Kinder- und Jugendarbeit	21	118	n. v.	31	nein	nein
W	MOVE	Risikant konsumierende Jugendliche	MultiplikatorInnen, die mit risikant konsumierenden	2	41	n. v.	28	nein	ja

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess- Evaluation ja/nein	Ergebnis- Evaluation ja/nein
			Jugendlichen arbeiten						
K	WS „Gehsteig“	14- bis 18-Jährige	keine	2	n. v.	40	n. v.	nein	nein
K	WS für Jugendliche FGÖ-- Kampagne	14- bis 18-Jährige	keine	1	n. v.	31	n. v.	nein	nein
K	Freiwillige Feuerwehr	10- bis 14-Jährige	Ausbildner 44	2	8	n. v.	44	nein	nein
K	Kampagne „Nachdenken statt Nachschenken“	Jugendliche von 14 bis 18 Jahren	keine	1	15	9	n. v.	nein	nein
K	Jugendtreff – Info für Jugendliche	Jugendliche	keine	1	3	18	n. v.	nein	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A34: Interventionen zur Suchtprävention in der Gemeinde, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess- Evaluation ja/nein	Ergebnis- Evaluation ja/nein
NÖ	Gemeinde-Workshops	Erwachsene	keine	2	5	20	n. v.	nein	nein
NÖ	Gemeinde-Infostand	Erwachsene und Jugendliche	keine	24	keine	1.182 Erwachsene, 473 Jugendliche	keine	nein	nein
NÖ	Gemeinde-Vorträge	Erwachsene und Jugendliche	keine	5	keine	106 Erwachsene, 16 Jugendliche	keine	nein	nein
St	Vorträge	Erwachsene	keine	4	2	60	n. v.	nein	nein
St	A.L.K. Workshop	Erwachsene	keine	2	6	38	n. v.	nein	nein
OÖ	Community based Projekte	Erwachsene	Schlüsselpersonen in Gemeinden	2 Gemeinden (Gmunden, Vorchdorf)	5	20	n. v.	nein	nein
OÖ	Bezirksprojekt Vöcklabruck		Schlüsselpersonen im Bezirk	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	nein	nein
V	Gemeinden setzen Zeichen	Jugendliche	Gemeindeverantwortliche	9	3	n. v.	87	nein	nein
K	Gemeinde-Workshops	Bevölkerung	Gemeinderäte	5	4	n. v.	63	nein	nein
K	Gemeinde-Beratung	Bevölkerung	Gemeinderäte	3	5	n. v.	10	nein	nein
K	Gemeinde-Vorträge	Erwachsene	keine	10	5	359	keine	nein	nein
K	Beratung Suchtprävention. In der Gemeinde	Kinder und Jugendliche	Gemeinderat	5	10	n. v.	30	nein	nein
K	„Wie schütze ich mein Kind vor Sucht“	Kinder und Jugendliche	Eltern	4	12	n. v.	130	nein	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A35: Interventionen zur Suchtprävention im Betrieb, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess- Evaluation ja/nein	Ergebnis- Evaluation ja/nein
NÖ	SVB in Betrieben	Erwachsene	Erwachsene aus dem mittleren und oberen Management	5 Erstgespräche	2,5	nicht bekannt	99	ja	nein
St	SP im Betrieb	Lehrlinge	Lehrlings- verantwortliche	3	4	n. v.	21	ja	nein
St	Elternvortrag	Lehrlinge	Eltern	1	2	n. v.	80	ja	nein
St	SP im Betrieb	Lehrlinge	Trainer/innen der Lehrlingsausbilder	1	3	n. v.	21	ja	nein
OÖ	Talk About	15- bis 19-jährige Lehrlinge	keine	53	3 Einheiten	ca. 700	keine	ja	nein
OÖ	Grundlagenseminar für Lehrlingsausbildner und BerufsschullehrerInnen	15- bis 19-jährige Lehrlinge	Lehrlingsausbildner und BerufsschullehrerInnen	15	8 Einheiten	n. v.	213	ja	nein
OÖ	betriebliche Suchtpräventi- onsprogramme mit Betriebs- vereinbarungen	Beschäftigte	Schlüsselpersonen	5 Unternehmungen	n. v.	n. v.	n. v.	ja	nein
OÖ	Broschüre „Suchtprävention in der Arbeitswelt“	Schlüsselpersonen in Betrieben	keine	n. v.	n. v.	2.000 Stück	n. v.	nein	nein
T	pib – Prävention in Betrieben	Erwachsene	Führungskräfte, Sicherheits- fachkräfte, Betriebsräte, Arbeitsmediziner	34	21	483	207	ja	nein
V	klartext:sucht	Lehrlinge	Ausbildner/Lehrer an Berufsschulen	25	4	ca. 300	32	nein	nein
V	Drogenkonsum während der Lehrzeit	Lehrlinge/Angestellte	Ausbildner/Lehrlings- verantwortliche	15	4	nicht erhoben	150	nein	nein
V	Individuelle Beratung	Lehrlinge/Angestellte	keine	10	ca. 3	10	n. v.	nein	nein
V	VIVA	Jugendliche in Lehrlings- und Arbeitsprojekten	keine	2	20	18	n. v.	ja	ja
K	Alkohol am Arbeitsplatz	Erwachsene	Erwachsene aus dem mittleren und oberen Management	6	6,5	nicht bekannt	17	ja	nein
K	SP im Lehrbetrieb	15- bis 19-jährige Lehrlinge	Lehrlingsbeauftragte im Betrieb	11	38	118	18	ja	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A36: Sonstige Interventionen zur Suchtprävention, 2007

Bundesland	Name des Projektes/ Programmes	Direkte Zielgruppe (Angabe des Alters)	Indirekte Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Anzahl an durchgeführten Subprojekten/ Schulungen	Anzahl an Einheiten/ Stunden für Training von MultiplikatorInnen	Anzahl an erreichten Personen der direkten Zielgruppe	Anzahl an erreichten Personen der indirekten Zielgruppe (MultiplikatorInnen)	Prozess- Evaluation ja/nein	Ergebnis- Evaluation ja/nein
NÖ	Militärvorträge	Männliche Jugendliche, 17 Jahre	keine	172	1	10.362	keine	ja	nein
OÖ	Präventionsmagazin 4ty four	MultiplikatorInnen	keine	2 Zeitungen jähr- lich	1	jeweils 3.000	n. v.	nein	nein
OÖ	Homepage www.praevention.at	MultiplikatorInnen	keine	n. v.	n. v.	259.920 Zugriffe/Jahr	n. v.	nein	nein
OÖ	Tagung „Sucht ohne Drogen“	MultiplikatorInnen	keine	1	8 Einheiten	270 MultiplikatorInnen	n. v.	ja	nein
OÖ	1-2-free.at Jugendhomepage	Jugendliche	keine	n. v.	n. v.	34.584 Zugriffe/Jahr	n. v.	nein	nein
OÖ	Motte & Co – DVD (Theaterstück für Volksschulkinder)	6- bis 10-jährige SchülerInnen	LehrerInnen	n. v.	n. v.	5.000 DVDs	n. v.	nein	nein
OÖ	Drogenmonitoring OÖ	Entscheidungsträger im Land OÖ	keine	n. v.	n. v.	n. v.	n. v.	ja	nein
OÖ	Masterstudienlehrgang Sucht- und Gewaltprävention	MultiplikatorInnen/ Schlüsselpersonen/ MitarbeiterInnen der institutionalisierten Suchtprävention	keine	n. v.	120 ECTS	n. v.	n. v.	ja	nein
OÖ	Akademielehrgang Sucht- prävention	MultiplikatorInnen	keine	n. v.	15 ECTS	20 AbsolventInnen	n. v.	ja	nein
OÖ	Prägendtagung	Polizei	keine	n. v.	12 Einheiten	75 TeilnehmerInnen	n. v.	ja	nein
OÖ	Seminar für Landeskoordinatoren für Suchtprävention in den Lan- deskriminalämtern in Österreich	Polizei	Landeskoordinatoren in den Landeskriminalämtern	n. v.	8 Einheiten	n. v.	20 Teilnehmer	nein	nein
OÖ	Lehrgang für Schlüsselpersonen des österreichischen Bundes- heers	Rekruten und Angehörige des Bundesheers	Schlüsselpersonen im ös- terreichischen Bundesheer	1	36 Einheiten	25 Schlüsselpersonen	n. v.	ja	nein
V	Militärvorträge	Männliche Jugendliche, 17 Jahre	keine	6	n. v.	489	keine	nein	nein
V	Bezirkskonferenzen	Jugendliche	Systempartner	4	4	n. v.	ca. 200	ja	ja
W	Fachtagung „Früh erkennen, früh handeln – Frühinterventions- ansätze in der Suchtprävention“	Fachkräfte aus dem Feld der Suchtprävention	n. v.	1 Tag: 28.9.2007	ganztägig	70	n. v.	ja	nein
K	MOVIN	SchülerInnen ab 10 Jahren	LehrerInnen, Schulärzte	1	22	laufende Beratung bei Bedarf	keine	ja	ja
K	Way Out	Jugendliche ab 14 Jah- ren	Beratung nach § 11 + 13 SMG	n. v.	1.745	80	n. v.	ja	ja
K	Exekutive-Schulung	Exekutivbeamte	n. v.	2 x 2 Module	280	40	keine	ja	ja
K	BBRZ	Jugendliche	n. v.	7	21	n. v.	82	ja	nein
K	Jugendtreff	Jugendliche	Eltern	2	6	n. v.	16	ja	nein

B = Burgenland, K = Kärnten, NÖ = Niederösterreich, OÖ = Oberösterreich; S = Salzburg; St = Steiermark, T = Tirol, V = Vorarlberg, W = Wien, n. v. = nicht vorgegeben bzw. nicht verfügbar

Quellen: Fachstelle für Suchtvorbeugung, Koordination und Beratung NÖ; VIVID – Fachstelle für Suchtprävention Steiermark; ISP OÖ; kontakt + co – Suchtprävention. Jugendrotkreuz; SUPRO; ISP Wien; Landesstelle für Suchtprävention Kärnten

Tabelle A37: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2006 nach fünfjährigen Altersgruppen und Geschlecht

Altersgruppe	männlich	weiblich	gesamt
0 bis unter 5 Jahre	204.690	194.525	399.215
5 bis unter 10 Jahre	217.041	206.222	423.263
10 bis unter 15 Jahre	246.855	234.574	481.429
15 bis unter 20 Jahre	252.867	240.581	493.448
20 bis unter 25 Jahre	266.025	260.439	526.464
25 bis unter 30 Jahre	264.022	258.761	522.783
30 bis unter 35 Jahre	283.048	284.872	567.920
35 bis unter 40 Jahre	344.096	338.405	682.501
40 bis unter 45 Jahre	362.060	351.686	713.746
45 bis unter 50 Jahre	316.830	312.707	629.537
50 bis unter 55 Jahre	259.059	264.851	523.910
55 bis unter 60 Jahre	246.012	254.727	500.739
60 bis unter 65 Jahre	208.653	226.051	434.704
65 bis unter 70 Jahre	203.752	228.833	432.585
70 bis unter 75 Jahre	134.071	168.580	302.651
75 bis unter 80 Jahre	113.597	166.037	279.634
80 bis unter 85 Jahre	68.672	152.876	221.548
85 und mehr Jahre	37.308	108.563	145.871
Gesamt	4.028.658	4.253.290	8.281.948
0 bis unter 15 Jahre	668.586	635.321	1.303.907
15 bis unter 30 Jahre	782.914	759.781	1.542.695
30 bis unter 45 Jahre	989.204	974.963	1.964.167
45 bis unter 60 Jahre	821.901	832.285	1.654.186
60 bis unter 75 Jahre	546.476	623.464	1.169.940
75 und mehr Jahre	219.577	427.476	647.053
Gesamt	4.028.658	4.253.290	8.281.948

Quelle: Statistisches Jahrbuch 2008, Statistik Austria, GÖG/ÖBIG-eigene Berechnungen

Karte A1: Übersichtskarte mit Bundesländern, Landeshauptstädten und Bezirken



Maßstab 1:2 500 000

ANHANG B

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome
AKH	Allgemeines Krankenhaus
AMS	Arbeitsmarktservice
API	Anton-Proksch-Institut
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BADO	(Wiener) Basisdokumentation
BGBI	Bundesgesetzblatt
BMeiA	Bundesministerium für europäische und internationale Angelegenheiten
BMUKK	Bundesministerium für Unterricht, Kunst und Kultur
BMF	Bundesministerium für Finanzen
BMGFJ	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend
BMI	Bundesministerium für Inneres
BMJ	Bundesministerium für Justiz
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft
BMLV	Bundesministerium für Landesverteidigung
BMVIT	Bundesministerium für Verkehr, Innovation und Technologie
BRZ	Bundesrechenzentrum GmbH
CRC	Capture-Recapture-Verfahren
DB	Drogenbeauftragte bzw. -beauftragter
DK	Drogenkoordinatorin bzw. -koordinator
DOKLI	Einheitliches Dokumentationssystem der Klientinnen und Klienten der Drogenhilfe in Österreich
DSM-IV	Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen
DTA	Drogentherapeutische Anlaufstelle
EAAT	European Association for Addiction Therapy
EBDD	Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
EDDRA	Exchange on Drug Demand Reduction Action
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
ENCARE	European Network for Children Affected by Risky Environments within the Family
ESPAD	European School Survey Project on Alcohol and other Drugs
ESF	Europäischer Sozialfonds
EU	Europäische Union
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
GBL	Dihydrofuran-2-on
GHB	4-Hydroxybutansäure
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GÖG/ÖBIG	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG

GÖG/FGÖ	Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich Fonds Gesundes Österreich
GPS	General Population Survey
HAV	Hepatitis-A-Virus
HBV	Hepatitis-B-Virus
HBVcAb	Hepatitis B core antibody (= HBc-AK)
HBVeAg	Hepatitis B e antigen (= HBc-AK)
HBVsAb	Hepatitis B surface antibody (= HBs-AK)
HBVsAg	Hepatitis B surface antigen
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
ISP	Institut für Suchtprävention
i. v.	intravenös
JA	Justizanstalt
JGG	Jugendgerichtsgesetz
LSD	Lysergsäurediethylamid
MAG	Magistratsabteilung
mCPP	Meta-Chlorphenylpiperazin
MDA	3,4-Methylenedioxyamphetamine
MDE	3,4-Methylenedioxy-N-Ethylamphetamine
MDMA	3,4-Methylenedioxy-Methylamphetamine
NÖ	Niederösterreich, niederösterreichisch
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGABS	Österreichische Gesellschaft für arzneimittelgestützte Behandlung
ÖGPB	Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie
OÖ	Oberösterreich, oberösterreichisch
PAZ	Polizeianhaltezentrum
PCR	Polymerase-Kettenreaktion
REITOX	Europäisches Informationsnetz für Drogen und Drogensucht (Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies)
SAM	sozial, sicher, aktiv, mobil
SB	Suchtbeauftragte bzw. -beauftragter
SDW	Sucht- und Drogenkoordination Wien
SGG	Suchtgiftgesetz
SK	Suchtkoordinatorin bzw. -koordinator

SMG	Suchtmittelgesetz
SQ	Structured Questionnaire
ST	Standard Table
STD	Sexually transmitted diseases
StGB	Strafgesetzbuch
StPO	Strafprozessordnung
StVO	Straßenverkehrsordnung
SVV	Selbstverletzendes Verhalten
TBC	Tuberkulose
VWS	Verein Wiener Sozialprojekte
WKO	Wirtschaftskammern Österreichs

ANHANG C

Standard Tables & Structured Questionnaires

Verzeichnis der österreichischen Standard Tables des Jahres 2008 sowie der Structured Questionnaires

Die folgende Liste gibt einen Überblick über alle Standard Tables, die für Österreich im Jahr 2008 erstellt und an die EBDD übermittelt wurden. Bezüglich der Structured Questionnaires werden alle angeführt, auf die im Text verwiesen wird, auch wenn ihr letztes Update länger zurückliegt. Alle Standard Tables und Structured Questionnaires können Interessierten auf Anfrage (Monika Löbau, loebau@oebig.at) zur Verfügung gestellt werden.

- STANDARD TABLES 01: BASIC RESULTS AND METHODOLOGY OF POPULATION SURVEYS ON DRUG USE (Wien)
- STANDARD TABLE 02: METHODOLOGY AND RESULTS OF SCHOOL SURVEYS ON DRUG USE (ESPAD)
- STANDARD TABLES 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (DOKLI)
- STANDARD TABLES 03: CHARACTERISTICS OF PERSONS STARTING TREATMENT FOR DRUGS (Substitutionsbehandlungen)
- STANDARD TABLE 05: ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLE 06: EVOLUTION OF ACUTE/DIRECT DRUG-RELATED DEATHS
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Anton-Proksch-Institut: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Kurzzeittherapiestation Lukasfeld: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Marienambulanz Graz: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Verein Wiener Sozialprojekte – Ganslwirt: HBV, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Drogenambulanz, AKH Wien, HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 09: PREVALENCE OF HEPATITIS B/C AND HIV INFECTION AMONG INJECTING DRUG USERS (Suchtgiftbezogene Todesfälle HCV, HIV)
- STANDARD TABLES 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 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 24: ACCESS TO TREATMENT
- STANDARD TABLE 34: TREATMENT DEMAND INDICATOR (TDI) DATA
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 22/25: UNIVERSAL PREVENTION (letztes Update: 2007)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 23: PREVENTION AND REDUCTION OF HEALTH-RELATED HARM ASSOCIATED WITH DRUG USE (letztes Update: 2008)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 26: SELECTIVE PREVENTION (letztes Update: 2007)
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 27: Part 1: TREATMENT PROGRAMMES,
Part 2: QUALITY ASSURANCE TREATMENT
- STRUCTURED QUESTIONNAIRE 28: SOCIAL REINTEGRATION (letztes Update: 2006)
- 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)